



NOWINY LEKARSKIE

DWUTYGODNIK SPOŁECZNO-NAUKOWY

Założony przez Wydział Lekarski Poznańskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk w r. 1889

Organ Poznańskiego Towarzystwa Lekarskiego, Komisji Lekarskiej Poznańskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk, Wojewódzkiego Urzędu Zdrowia, Izby Lekarskiej Poznańskiej, Izby Lekarskiej Gdańsko-Pomorskiej, Bydgoskiego Towarzystwa Lekarskiego i Związku Zawodowego Pracowników Służby Zdrowia w Poznaniu

Naczelny Redaktor: *prof. dr Karol Jonscher*

Komitet Redakcyjny: Prof. dr Dega Wiktor, Prof. dr Dowżenko Anatol, Prof. dr Dreszer Ryszard, Prof. dr Kapuściński Witold, Prof. dr Lakner Leon, Prof. dr Łabendziński Franciszek, Prof. dr Nowakowski Kazimierz, Prof. dr Stojalowski Kazimierz, Prof. dr Z. Stolzman, Prof. dr Straszynski Adam, Prof. dr Zakrzewski Aleksander, Prof. dr Zwoliński Tadeusz. Sekretarz: dr O. Szczepski.

Komitet Wydawniczy: dr T. Frąckowiak, dr J. Jankowiak, dr A. Maciejewski, dr W. Widy, dr St. Wrzyszczyński, dr A. Radziwiński (Bydgoszcz)

Adres Redakcji i Administracji: Poznań, ulica Chudoby nr 9 — Telefon 20-07
Konto P. K. O. Poznań V 4073 — Redakcja przyjmuje rękopisy pisane tylko na maszynie.
Autorowie otrzymują 20 egzemplarzy odpowiedniego numeru N. L.

Z I Kliniki Chorób Wewnętrznych U. P.
(Dyrektor: Prof. dr med. Stefan Kwaśniewski)

Stefan Kwaśniewski

KSIEGOCZBIÓR
Sekcji Zbiorów Specjalnych
Inw. 4851 Sygn. 0-38/57 ✓

O zaburzeniach czynności ruchowej żołądka na tle organicznym i psychogennym

Przedmiotem niniejszej pracy są spostrzeżenia zebrane w ostatnich 10 latach w szpitalach: SS. Elżbietanek w Katowicach, w Szpitalu Powiatowym w Chrzanowie oraz w I Klinice Chorób Wewnętrznych U. P.

Wszystkie zaobserwowane przypadki, za wyjątkiem jednego, który tu przytoczę, omówiłem na trzech posiedzeniach lekarskich w Katowicach i w Poznaniu. Ze zdjęć wybrałem tylko najistotniejsze, a z historii chorób — te dane, które są konieczne dla objaśnienia załączonych rycin.

Już zwykły nieżyt żołądka wykazuje niejedną ciekawą szczegół z zakresu zaburzeń czynności ruchowej żołądka.

Cattan podkreśla, że w żadnym przypadku ostrego nieżytu nie można przewidywać rodzaju i nasilenia zaburzeń. Spostrzegano z jednej strony w razie dobrego napięcia mięśniówki i żywej perystaltyki przyspieszone opróżnienie żołądka, a z drugiej strony stwierdzono ze zwiotczeniem ścian zwolniony i słaby ruch robaczkowy, a niekiedy nawet zupełną atonię, wynikającą jakoby z porażenia mięśniówki żołądka. Z pojęciem ostrego nieżytu

żołądka łączymy dzisiaj ściśle już określone obrazy rentgenowskie i gastroskopijne. Układ i obrys fałdów, ukrwienie oraz falowanie perystaltyczne były przedmiotem wieloletnich badań.

Stumpff utrwalił w nieżycie ostrym na zdjęciach kimograficznych różnego rodzaju ruchy robaczkowe, które w miarę przekrwienia i usztywnienia ścianek żołądka uwydatniają się raz w drobnych, płytkich i leniwych, raz w nadmiernie głębokich i szybko posuwających się falach. Rentgenolodzy poświęcili wprawdzie wiele wnikliwych obserwacji zarysom fałdów i perystaltyce w nieżycie ostrym, ale nie wspominają nic o zaleganiu. Z klinicystów przede wszystkim Konjetzny, którego także cytuję Katsch, zwrócił uwagę na duże i długie zaleganie soków żołądka w nieżycie ostrym. Już przed laty Kemp stwierdził zaleganie w nieżycie ostrym trwające do 12 godzin. Sam widziałem w ostatnich 10 latach tylko trzy przypadki, w których można było także i rentgenologicznie wykazać długie zaleganie. Skromną liczbę trzech przypadków nie trudno sobie wytłumaczyć, większość bowiem chorych z nieżytem

1989 - J - 1072

ostrym nie zgłasza się do szpitala, a jeszcze mniej do prześwietlenia żołądka. Poza tym wielu chorych z zaleganiem wymiotuje i w ten sposób kończy swój nieżyty żołądka. Jestem jednak przekonany, że w razie innego doboru materiału klinicznego będziemy częściej spotykali się z tego rodzaju zaburzeniami. Już jako młody lekarz wojskowy w czasie I Wojny Światowej miałem możność obserwowania wielu przypadków ostrego nieżytu u żołnierzy niemieckich. Było to w czasie upalnych dni lipca i sierpnia 1917 roku w Champagnii. Ponieważ z dnia na dzień zgłaszało się coraz więcej chorych, lekarz-major wydał rozkaz płukania żołądka u wszystkich żołnierzy z objawami ostrego nieżytu wychodząc z założenia, że zabieg ten rzeczywiście chorym dobrze robi, a symulantów odstraszy. Tak więc płukaliśmy żołądki prawie że codziennie. Już wówczas uderzyły mnie u niektórych żołnierzy obrzynie i nieraz wprost cuchnące masy wymiocin, w których wykryłem resztki pokarmów spożytych w ciągu dnia poprzedniego. Byli to przede wszystkim żołnierze, którzy twierdzili, że wymiotować nie potrafią. Spośród wspomnianych wyżej trzech przypadków z zaleganiem — dwóch pacjentów chwaliło się, że nie wymiotowali jeszcze ani razu w ciągu życia.

Autorzy francuscy (F i e s s i n g e r) odróżniają dwa rodzaje wymiotów: vomissements faciles et en jet i vomissements pénibles. Pierwsze występują często w schorzeniach mózgu i opon mózgowych i znamienuje je brak objawów wstępnych, jak: odbijanie, dławienie, nudności itd. Zjawiają się one nagle i wybuchowo, bez większych dolegliwości ze strony żołądka. Drugie zaś są dokuczliwsze, ponieważ często poprzedzają je odbijania, gnieceń w okolicy żołądka, nudności i nieraz daremne próby wymiotów, co stwarza dla chorego stan bardzo przykry. Także i wymioty same odbywają się z daleko większym wysiłkiem i wyczerpują chorego. Nieżyty ostry jest często następstwem przeładowania żołądka, przy czym napoje alkoholowe odgrywają bardzo dużą rolę. W dawkach małych alkohol pobudza zarówno czynność wydzielniczą jak i ruchową, w dużych ilościach wprawdzie podnieca śluzówkę do wzmoczonego wydzielania soków, ale hamuje równocześnie ruch robaczkowy i prowadzi do zwiotczenia i unieruchomienia żołądka (B a r c l a y). Wzmoczone pragnienie z zanikiem łaknienia zachęca do przyjmowania większych ilości płynów, które rozpychają jeszcze więcej już i tak zwiotczały oraz rozdęty żołądek. Skutki takiego postępowania są aż nadto znane. Występują często obfite wymioty określane jako vomissements pénibles. Jak już wspomniałem są ludzie, którzy twierdzą, że wymiotować nie potrafią. Trzeba tu jednak rozróżnić niemożność wymiotów od przeciwstawienia się wymiotowaniu, a więc zahamowaniu bodźców wymiotnych przez wstrzymanie ich w ośrodkach podkorowych narządu pozaczolowego, w którym nowoczesna neurofizjologia lokalizuje odruchowość warunkową (M a z u r k i e w i c z). Jest to wyraźne nieskoordynowanie ośro-

ków nadrzędnych z obwodem, ponieważ opróżnienie żołądka przez wymioty jest jedynym i właściwym sposobem wydalania szkodliwej zawartości żołądka, do czego też dążymy płukaniem żołądka. Zważywszy, że czynny współudział żołądka w akcie wymiotnym jest poza skurczem części przyodźwiernikowej bardzo mały, a główną pracę wykonuje tłocznia brzuszna z głębokim wdechem i otwartym wpustem — więc każdy, nawet i atoniczny żołądek może być w ten sposób opróżniony, co potwierdzają liczne obserwacje.

B a r c l a y podkreśla, że tylko w wyjątkowych okolicznościach wymioty wystąpić mogą przez gwałtowny skurcz całego żołądka. Także i antiperystaltyka, o której udziale w akcie wymiotnym wspominali swego czasu niektórzy autorzy, nie odgrywa zasadniczo żadnej roli. (B r y d e, B o c k u s). Nawet bardzo głębokie i żywe fale powrotne nie są w stanie przesunąć większej ilości zawartości żołądka do części dogłowej, jak to jeszcze wykażę.

We wspomnianych trzech przypadkach, które sam zaobserwowałem, ostry nieżyty wystąpił niewątpliwie na skutek przeładowania żołądka po bardzo sutej biesiadzie, obficie zakrapianej alkoholem. Dwóch z nich już przed tym odczuwało lekką niedyspozycję żołądka. Ani jeden nie wymiotował.

Przypadek pierwszy: M. K., lat 32 (Chrzanów). Prześwietlenie i zdjęcie żołądka dnia 9. IV. 1942 wykazuje bardzo wysoką warstwę soków, na której spoczywa duża kopolasta bania powietrza. Papka kontrastowa spada przez wysoką warstwę soków i układa się na dnie żołądka w kształcie szerokiej miski, przedzielonej przez kręgosłup na dwie, prawie że równe części. Ruch robaczkowy bardzo wolny i płytki, z dłuższymi przerwami. Fale są tak małe, że nie dochodzi do styku ścian w części przyodźwiernikowej. Nie udaje się przesunąć papki do opuszki, ani w stojącej, ani w leżącej pozycji. Po dwóch godzinach nieco papki znajduje się w jelicie cienkim i w opuszcze, z której nie przesuwają się, a więc zalega. Ruch robaczkowy tak jak poprzednio — bardzo leniwy, z dużymi przerwami. Po 10 godzinach (ostatnie prześwietlenie tego dnia) zalega jeszcze $\frac{1}{3}$ papki kontrastowej na dnie żołądka. W nocy dreszcze i czyszczenia. Temperatura 39,5° C. Po 24 godzinach warstwa soków na szerokość dłoni bez śladów papki.

Przypadek drugi: W. Rz., lat 38 (Chrzanów), 19. VII. 1943. Kształt żołądka i ruch robaczkowy — jak u poprzedniego. Po 10 godzinach zalega prawie że połowa papki. Po 24 godzinach — mała reszтка w kształcie sierpu na dnie żołądka. Warstwa soków na półtora dłoni. Po 28 godzinach — wysoka warstwa soków bez śladów papki.

Przypadek trzeci: J. K., lat 40 (Katowice), 20. V. 1945. Ogromny, wiotki żołądek, z bardzo wysoką warstwą soków, sięgającą prawie że do wpustu, z małym pęczkiem powietrza. Ruch robaczkowy bardzo rzadki i ledwo dostrzegalny. Po 2 godzinach tylko ślady papki w jelicie cienkim. Ponieważ chory podczas prześwietlenia zasłabł i uskarżał się na ogromny ucisk w żołądku, przerwaliśmy prześwietlenie i przystąpiliśmy do płukania. Już po wprowadzeniu zgłębnika do przetyku, nastąpiły tak silne wymioty, że zgłębnik wyleciał. Dokładnej ilości wymiocin nie można było oznaczyć, ponieważ część z nich wskutek gwałtowności wymiotów znalazła się obok wiadra. W wiadrze było 1650 ccm wymiocin, w tym część papki kontrastowej. Liczne strzępy,

niewątpliwie resztki pokarmu, których nie można było bliżej rozpoznać, wskazywały na zaleganie co najmniej od 13 godzin.

Trzy powyżej przytoczone przypadki wykazują, że w niezycie ostrym, spowodowanym przeładowaniem żołądka z dużą domieszką alkoholu, może wystąpić zaleganie do 24 godzin u chorych, którzy nie wymiotują. Poza tym przypadek trzeci dowodzi, że nawet zupełnie zmiotczaly, rozdęty i pozbawiony perystaltyki żołądek może się opróżnić przez wymioty, o ile tłocznia brzuszna, z odpowiednim ustawieniem przepony i otwartym wpustem, z należytą siłą uniesie i ściśnie żołądek. Kontrolne bowiem prześwietlenie po wymiotach wykazało, że żołądek opróżnił się doszczętnie. Tylko liczne plamki rozmieszczone w trzonie żołądka wskazywały na lepkość powierzchni śluzówki, jak to często spotykamy w ostrym niezycie. Przypominam, że był to jeden z chorych, który twierdził, że wymiotować nie potrafi, i że w swym życiu nie wymiotował ani razu. Nie zgadzam się z uwagą B o c k u s a, jakoby wymiociny zawierające dużo kwasu solnego miały charakterystyczny zapach żrący (characteristic penetrating odor). Kwas solny nawet w najwyższym stężeniu stwierdzanym w żołądku jest bezwonny. Zapach żrący pochodzi przeważnie z kwasów tłuszczowych, powstałych wskutek rozkładu pokarmów.

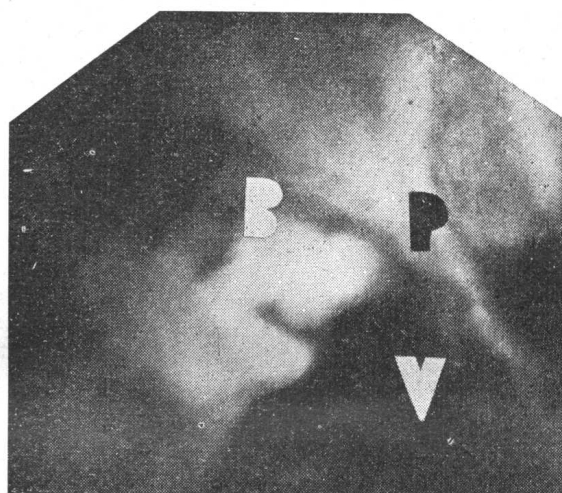
Patrząc na te duże i rozdęte żołądki z powolną i płytką perystaltyką, przerywaną okresami bezruchu — odnosi się wrażenie, jakoby żołądek ociągał się wprost z opróżnieniem do dwunastnicy, wczekując zbawiennego odruchu wymiotów, którym jednak głowa przeciwstawia się i hamuje je.

W przeciwieństwie do powyższych przypadków z zahamowaniem wymiotów — następnych dwóch chorych zgłosiło się z częstymi wymiotami. Wywiady ich były nawet w szczegółach bardzo do siebie podobne. Wymioty występowały po spożyciu pewnych pokarmów, jak fasoli, grochu, ogórków i kapusty, a u jednego z nich, jak się wyraził z „matematyczną pewnością“ po szparagach. Jeden z lekarzy pouczył go, że ma idiosynkrazję na szparagi i że należy ich unikać. Obydwaj wymiotowali 5—6 razy do roku od wielu lat. Przestrzegając pewną dietę nie odczuwali żadnych dolegliwości, a tylko jeden z nich w przeciągu 10 lat zasięgał dwa razy porady lekarskiej. Obydwaj zwracali uwagę nie tylko na skłonność do wymiotów, ale i na łatwość wymiotowania. Jeden z nich oświadczył, że wystarczy mu otworzyć usta i wciągnąć brzuch, a natychmiast występują wymioty. Obydwaj nie mieli też żadnego okresu wstępnego z odbijaniem, dławieniem i nudnościami. Sygnałem ostrzegawczym było uczucie pełni i jakby wzdęcia żołądka. W razie wstrzymania wymiotów, co nie udawało się nigdy dłużej jak pół godziny, następował skurcz żołądka i gwałtowny wybuch wymiotów. Słuchając tego wywiadu przypomniałem sobie chorego z samorodnym rozszerzeniem przelyku, którego znam od 11 lat. Przeplukiwał sobie przelyk w ten spo-

sób, że wypijał półtora litra rumianku i po pewnej chwili oddawał go z powrotem. Wykonywał tę codzienną toaletę przelyku z zadziwiającą łatwością. Prześwietlenie obydwóch chorych ze skłonnością do wymiotów wykazało jednak, że nie mieliśmy tu do czynienia z poszerzeniem przelyku.

Prześwietlenie i zdjęcie z dnia 7. XII. 1942, Chrzanów, J. W., lat 34. Żołądek kształtu haka o dobrym napięciu. Obrys fałdów prawidłowy. Uderza bardzo żywa i głęboka perystaltyka, która rozpoczyna się wysoko w trzonie. Mimo żywej perystaltyki papka nie przechodzi do dwunastnicy i nie udaje się jej przesunąć do dwunastnicy. Dopiero po dłuższym wyczekiwaniu wypełnia się dwunastnica, w której widoczny jest duży ubytek i silne zwężenie na odcinku długości 2 cm. Ponieważ obrazy rentgenowskie obydwóch chorych są prawie identyczne — przytaczam tylko jedno zdjęcie (rys. 1).

Nie wszystkie fale przesuwały się z początku do dwunastnicy. Dopiero po kilku jak gdyby próbnym rzutach przelewała się papka stałym wąskim strumieniem przez silnie zwężoną opuszkę. Po niespełna 3 godzinach — zupełne opróżnienie żołądka.



Rys. 1

„B — Bulbus, P — Pylorus, V — Ventriculus“

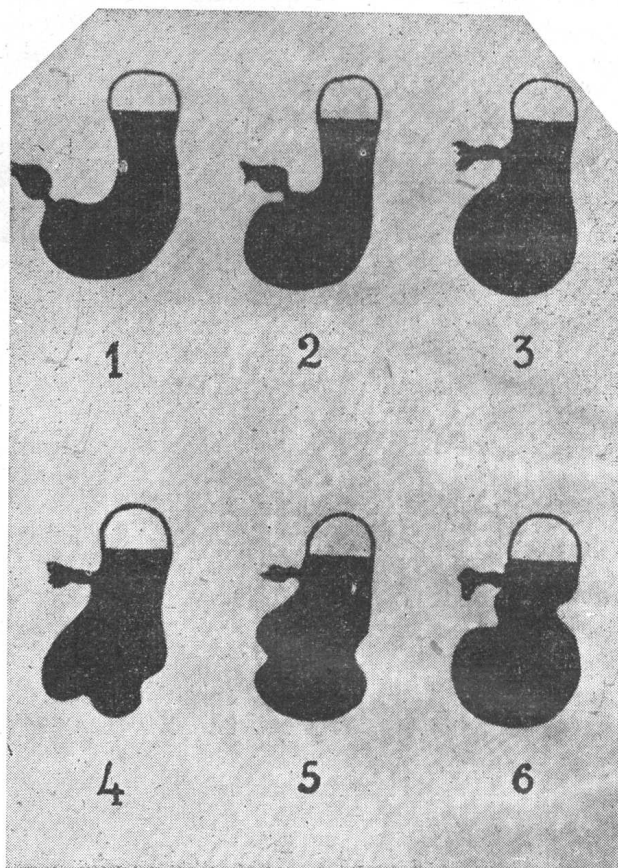
Należy przypuszczać, że tak duży ubytek i silne zwężenie powstały na tle wrzodu dwunastnicy, chociaż obydwaj chorzy mimo dokładnego wypytywania się w tym kierunku — nie przypominali sobie, żeby chorowali na jakieś większe dolegliwości żołądkowe. Wspominali tylko o swych wymiotach, które datowały się od wielu lat. Kontrolowałem pierwszego chorego, którego zdjęcie tutaj przytoczyłem, jeszcze 5 razy w następnych dwóch latach, drugiego 2 razy w następnym roku. Okres między pierwszą falą perystaltyczną, a pierwszym rzutem do dwunastnicy trwał u pierwszego zawsze 10, a u drugiego 7 minut. Nie udało się tego okresu skrócić, ani przez ułożenie chorego, ani przez ucisk na opuszkę. Przed jednym z prześwietleń podałem jednemu 1 mg atropiny podskórnie. Ze względu na znaczne napięcie nerwu błędnego, należało się spodziewać, że 1 mg atropiny nie będzie w stanie osłabić pracy mięśniówki żołądka, a nawet może ją wzmocnić w myśl wywodów D a n i e p o l u o dwufazowym działaniu jądów

układu roślinnego (Gerner). Mimo wyraźnego zadziałań atropiny, czego dowodem były suchość w gardle i poszerzone źrenice, nie spostrzegłem żadnych zmian ani w rodzaju, ani też w tempie perystaltyki. Także i okres wstępny trwał niezachwianie 10 minut. Jak już wspomniałem, wymioty u wymienionych chorych występowały z łatwością bez okresów wstępnych, nudności i wysiłku — były to więc vomissements faciles et en jet. W sprawach mózgowych, które tutaj można było z pewnością wykluczyć, wymioty występują na skutek silniejszego pobudzenia ośrodka wymiotnego w komorze IV przez wzmożony ucisk. Nasilone bodźce przewodzone przez nerwy błędne powodują wybuch wymiotów. W naszych przypadkach podnieta powstała niewątpliwie bezpośrednio w żołądku i nie natrafiając na opór świadomy czy nieświadomy w ośrodkach niższych i wyższych, mogła swobodnie wyzwolić akt wymiotów. Zresztą i w długotrwałych wrzodach dwunastnicy z częstymi wymiotami można zauważyć, że charakter wymiotów zmienia się i przechodzi z czasem z vomissements pénibles w vomissements faciles i en jet.

W następnej grupie omówię zaburzenia czynności ruchowych w żołądkach z bardzo dużym skróceniem krzywizny małej po wrzodach żołądka. Na zdjęciach 11-tu przypadków uderza już na pierwszy rzut oka nie tylko znany workowaty kształt żołądka, ale i brak opuszki dwunastniczej. W rzeczywistości opuszka nie wykazuje zmian anatomicznych, ale odźwiernik jest na skutek blizn i zrostów tak daleko przeciągnięty, że znajduje się po stronie lewej kręgosłupa o kilka zaledwie palców od wpustu. Opuszka i część dwunastnicy są wyciągnięte jak struna i zwężone do tego stopnia, że papka kontrastowa przepływa na przestrzeni około 10 cm zupełnie cienkim strumieniem. Dopóki żołądek wypełniony jest miazgą pokarmową powyżej odźwiernika, opróżnienie jest łatwe i odbywa się przez rytmiczne otwieranie się odźwiernika. Co dzieje się jednak, gdy soki żołądkowe obniżają się poniżej poziomu odźwiernika?

Trzeba sobie uprzytomnić, że w razie bardzo dużego skrócenia krzywizny małej cały worek objęty jest wyłącznie przez krzywiznę dużą i na niej tylko odbywa się ruch robaczkowy. Krótki odcinek krzywizny małej jest zupełnie nieruchomy. Jest rzeczą zrozumiałą, że nawet głęboka fala zmierzająca od wpustu wzdłuż krzywizny dużej do odźwiernika, jak też i często w tych przypadkach obserwowana fala antiperystaltyczna — od odźwiernika do wpustu — przebiegają bezskutecznie, bo nie mogą podsunąć papki do odźwiernika. Otóż w 4 przypadkach można było zauważyć bardzo ciekawe próby dostosowania się perystaltyki do utrudnionych warunków opróżniania. Jeden z moich współpracowników, dr Karolczak, utrwalił na rysunkach poszczególne fazy tego ruchu robaczkowego u chorego M. Z., lat 42 (rys. 2). Rysunek 1 przedstawia prawdopodobny kształt żołądka przed chorobą. Na drugim, wykonanym z odbitki zdjęcia z r. 1946 w 2 lata po cho-

robie wrzodowej (wrzód na krzywiznie małej), widoczne jest już skrócenie krzywizny małej. Rysunek 3 wg zdjęć z r. 1947 i 1948 ukazuje bardzo silne skrócenie krzywizny małej z wydłużeniem opuszki. Na rys. 4—6 obserwowano fale perystaltyczne.



Rys. 2

Jak wynika z rysunków 4—6 punkt wyjścia fal przeniósł się na dno żołądka i stąd rozchodziły się teraz dwie fale równocześnie: jedna skierowana do wpustu, a druga do odźwiernika, przy czym dno żołądka unosiło się ku górze. Na pozór są to fale jednokierunkowe, bo obie poruszają się dogłowo. W rzeczywistości są to jednak fale rozbieżne, gdyż fala po stronie prawej (patrząc na rysunek) ma kierunek antiperystaltyczny do wpustu, fala zaś po lewej biegnie prawidłowo do odźwiernika. Musiało więc w tym przypadku nastąpić rozdwojenie impulsu jednokierunkowego na dwa przeciwbieżne. Należało jeszcze uwzględnić możliwość krzyżowania się dwóch fal: perystaltycznej i antiperystaltycznej w jednym punkcie na dnie żołądka. W dwóch szczegółowo obserwowanych przypadkach nie mogliśmy jednak tego rodzaju gry fal stwierdzić. Fale powstawały na dnie żołądka. W przypadku, którego rysunek przytoczyłem, wystąpiło pod koniec bardzo burzliwe i bezładne falowanie z gwałtownym unoszeniem się dna żołądka. Po tym okresie jakby drgawek nastąpiła nagle przerwa i bezruch żołądka, po czym rozpoczął się gra od nowa. Okazało się, że nawet

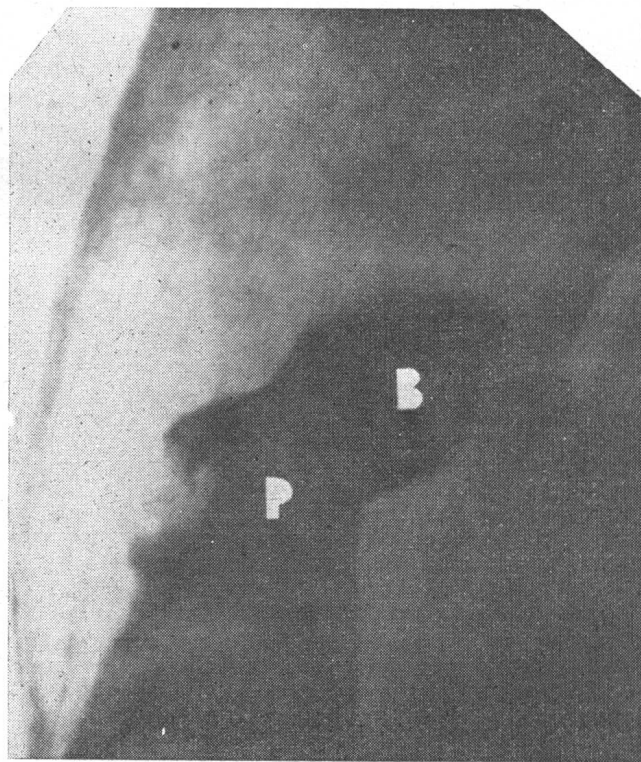
przy tego rodzaju zastępczej perystaltyce, cały wysilek opróżnienia żołądka pozostał daremny z tej prostej przyczyny, że ścianki workowatego żołądka były zbyt daleko od siebie położone, aby mogło dojść, mimo głębokiej antiperystaltyki, do stykania się ścian. Nawet w pozycji leżącej, gdy fale stały się głębsze, daleko było jeszcze do zetknięcia się ścian. W tym położeniu wprawdzie dochodziła papka do odźwiernika, ale przeważnie właśnie dzięki temu ułożeniu, a nie pracy fal. Najlepszym dowodem niedostateczności tego rodzaju perystaltyki było długie i duże zaleganie u wszystkich 11 chorych, od 2—21 dni. Wszyscy wymiotowali, niektórzy 2—3 razy w tygodniu i w ten sposób opróżniali żołądki z resztek zalegających pokarmów. U chorego, u którego zalegała papka 21 dni, stwierdziliśmy podczas operacji (dr K o w a l s k i, Katowice), że papka miała spoistość mokrego, ale już twardniejącego gipsu.

Podobny rodzaj perystaltyki można też zaobserwować w przypadkach nieprawidłowo założonego zespolenia żołądkowo-jelitowego. Już w jednej z moich poprzednich prac pozwoliłem sobie zauważyć, że wcale nie tak rzadko młodzi adepci sztuki chirurgicznej zakładają zespolenie zbyt wysoko, niekiedy wprost niewiarogodnie wysoko. Takie zespolenie czasami stosuje się jako zabieg przygotowawczy do późniejszej resekcji, ale nie o tym tutaj jest mowa. Już z góry powiedzieć można, że zespolenie jest źle założone, jeżeli jest widoczna głęboka i żywa perystaltyka. Po dobrze założonym zespoleniu nie widzimy wyraźnego ruchu robaczkowego i papka przelewa się przez zespolenie do jelita cienkiego. Wprawdzie daje się zauważyć ruch robaczkowy po prawidłowo założonym zespoleniu, ale tylko na krótkim odcinku między zespoleniem a odźwiernikiem, jeżeli jest on drożny i część papki uchodzi tą drogą. Wobec niedrożnego odźwiernika perystaltyka i na tym odcinku ustaje po pewnym czasie. Źle założone zespolenie z otwartym odźwiernikiem nie przynosi choremu żadnej ulgi, z niedrożnym natomiast, nawet i taki zabieg okazuje się zbawienny, ponieważ przynajmniej część papki dostaje się do jelita. W niedrożnym odźwierniku i zbyt wysokim przyczępieniu jelita, można zaobserwować podobny mechanizm opróżnienia jak z dużym skróceniem krzywizny małej. Tam był odźwiernik za wysoko — a tutaj zespolenie. Jednak w zespoleniu, chociaż zbyt wysokim, warunki opróżnienia są nieco korzystniejsze. Opróżnienie żołądka może wprawdzie nastąpić tylko przez perystaltykę zwrotną, ale tutaj odbywa się ona na dwóch krzywiznach, a poza tym żołądek nie jest workowato rozdęty. Obserwowałem chorego z bardzo wysokim zespoleniem przez 2 lata. Chory sam zrobił ciekawe spostrzeżenie: zauważył mianowicie, że w pozycji leżącej na lewym boku „lepiej trawił“ i nie wymiotował tak często jak przedtem. Lepsze opróżnienie żołądka można by odnieść do tego ułożenia. W takim razie papka niezależnie od antiperystaltyki powinna przelewać się do jelita. A jednak tak

nie było. Można było zauważyć, że w pozycji wybranej przez chorego fale antiperystaltyczne wydatniej podsuwały papkę do zespolenia niż w innych ułożeniach. W pozycji stojącej nie było opróżnienia — mimo żywej antiperystaltyki. Do całkowitego opróżnienia nie doszło jednak nigdy, nawet w pozycji leżącej. Wszystkie prześwietlenia kontrolne wykonane w ciągu 2 lat wykazywały zawsze zaleganie do 24 godzin. Poza tym chory wymiotował 1—2 razy w tygodniu. Po 2 latach zdecydował się na zabieg doszczętny, po którym czuł się doskonale.

Jak wynika z przytoczonych powyżej przypadków, antiperystaltyka nie może odgrywać poważniejszej roli w opróżnieniu żołądka także podczas wymiotów. Akt wymiotny odbywa się z taką szybkością, że trudno śledzić szczegóły podczas jego dokonania. Fale antiperystaltyczne są zbyt powolne, a przede wszystkim nie prowadzą do styku ścian i dlatego też nie mogą podsunąć zawartości żołądka do wpustu.

W podanym niżej przypadku zobaczymy, jak żołądek w pewnych niezwykłych warunkach pozbawiony jest możliwości wykonywania ruchu robaczkowego, chociaż nie wykazuje żadnych zmian anatomicznych.



Rys. 3

Dnia 26. II. 1943 r. przyjęto do Szpitala w Chrzanowie dziewczynkę 15-letnią, która od kilku tygodni zauważała u siebie guz w okolicy żołądka. Stan odżywienia był bardzo dobry, wygląd doskonały. Nie odczuwała żadnych dolegliwości. W nadbrzuszu macalny duży guz niebolesny, przesuwalny. Prześwietlenie żołądka dnia 2. III. 1943 r. wykazało, że cały żołądek wypchany jest jakąś bezkształtną masą, która także wypełnia opuszkę i część dwunastnicy. Papka kontrastowa, którą można było z łatwością obsuwać wokoło ciała obcego,

splywała przez rozarty odźwiernik do opuszki. Nie stwierdzono żadnej perystaltyki wzdłuż całego żołądka. Na zdjęciu bocznym (rys. 3) widoczna jest wypchana opuszka i część dwunastnicy na tle wypełnionego żołądka. Przed operacją przeprowadziliśmy jeszcze raz dokładny wywiad, wspólnie z chirurgiem dr Heftmanem, wypytując chorą, czy nie obgryzała włosów, albo nie połykała jakichś korzonków lub małych szmatek itp. Chora zaprzeczała stanowczo twierdząc, że nie jadła nic poza posiłkami domowymi. Podczas operacji (dr Heftman) wydobyto z długiego cięcia ogromny, kołtunowaty zwój włosów, przesiąknięty miazgą pokarmową i oblepiony grubą warstwą śluzu. Był to po prostu odlew całego żołądka wraz z opuszką i częścią dwunastnicy wielkości małego kota i ważył 930 gramów. Ze zwoju wydzielala się nieznośnie cuchnąco żrąca woń. Błona śluzowa żołądka pokryta była warstwą śluzu, śluzówka sama nie wykazywała makroskopowo żadnych nadżerek i wybroczyn oraz stanu silniejszego przekrwienia. W dwa tygodnie po wykonanym zabiegu prześwietlenie wykazało żołądek o kształcie haka, żywą perystaltykę z opróżnieniem w dwóch godzinach.

Nie zawsze jednak duże trichobezoary przebywają w żołądku tak bezobjawowo i bezkarnie, jak w opisanym przypadku. Często obserwowano silne krwiotoki i owrzodzenia (Bockus). Opisane są także przypadki zatkania i niedrożności jelita cienkiego przez oderwane części trichobezoar (Year of Rad.).

Żołądkowo-wiadowe przełomy stanowią bardzo ciekawy przedmiot obserwacji zaburzeń ruchomych żołądka. Opisane są najróżniejsze zakłócenia perystaltyki od zupełnej atonii i bezruchu do hiperperystaltyki i skurczu żołądka w całej jego długości (Cattel, Albrecht, Schintz, Teschendorf).

Przypadek pierwszy: M. J., lat 42, Chrzanów.

Chorą przyjęto do szpitala dnia 16. IX. 1944 r. z powodu bardzo silnych bólów żołądka i wymiotów. W ostatnich dwóch latach chora przechodziła podobne napady, które trwały mniej więcej tydzień. Za przyczynę obecnego stanu podaje silne zdenerwowanie w ostatnich dniach. Silne bóle żołądka, którym towarzyszą bardzo męczące wymioty, występują zawsze nagle. Chora jest bardzo niespokojna, sęka i nie może znaleźć miejsca w łóżku, wyszukując stale innego ułożenia i pozycji. Skurcze występują okresowo z dłuższymi przerwami dobrego samopoczucia.

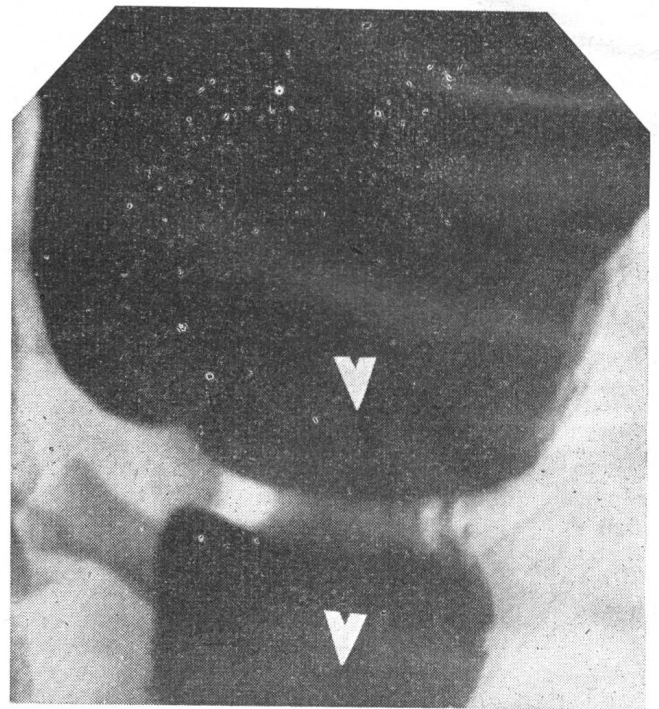
Powłoki brzuszne miękkie, bez napięcia i oporów. Żołądek na ucisk niebolesny, źrenice nierówne, nie reagują na światło. Odczyn Wassermanna we krwi: \pm , w płynie mózgowo-rdzeniowym O. W. ++++

Prześwietlenie chorej (dnia 18. IX. 1944) podczas napadu napotykało na bardzo duże trudności. Chora niespokojna, wyrwała się spod ekranu i wymiotowała. Dwa zdjęcia nie udały się, na trzecim jednak zasadnicze zmiany są dobrze widoczne.

Chora prędko wypija papkę kontrastową. Żołądek normotoniczny, perystaltyka żywa, obrysy opuszki gładkie. W pewnej chwili chora oświadcza, że czuje zbliżające się kurcze. W kilka sekund później występuje nagle skurcz żołądka w środku trzonu na długości 3 cm. Żołądek podzielony jest na dwie części, a w miejscu skurczu nie widać śladu papki. Chora dostaje gwałtownych bólów, wyrwa się, wymiotuje. Po kilku minutach udaje się ją jednak nakłonić, mimo trwających skurczów, do wypicia jeszcze jednej porcji papki. Skurcz trwa nadal, ale zdaje się popuszczać, gdyż widoczne są na tym odcinku zarysy fałdów w reliefie. Poza tym zauważono, po wypiciu drugiej porcji papki,

bardzo silne wybrzuszenie żołądka ku przodowi nad odcinkiem skurczu. Wytworzyła się więc duża kaskada, której poprzednio nie spostrzeżliśmy. Na rys. 4 widoczny jest skurcz, natomiast wybrzuszenie żołądka na odbicie nie wychodzi należycie. Ponieważ chora znowu zaczęła wymiotować — przerwaliśmy prześwietlenie.

Zdawałoby się, że całość objawów klinicznych wraz z obrazem rentgenowskim potwierdzają w zupełności rozpoznanie przełomów żołądkowych. Jednak rentgenolodzy mogliby wysunąć pewne zastrzeżenia, gdyż podobne obrazy znane są i w innych schorzeniach. Assmann bowiem już przed laty opisał identyczne skurcze żołądka w tym samym miejscu u ludzi nerwowych, bez wyraźnej jednak dolegliwości ze strony żołądka. Występują one prawie że wyłącznie w pozycji leżącej i giną w pozycji stojącej. Mogę potwierdzić z własnego doświadczenia spostrzeżenia Assmanna. Widziałem mianowicie takie same skurcze u dwóch



Rys. 4

kobiet, u których objawy kliniczne ani też wyniki badań krwi i płynu mózgowo-rdzeniowego nie upoważniały do rozpoznania *crises gastriques*. Ale w tych przypadkach skurcze występowały tylko w pozycji leżącej, były przelotne i, co najważniejsze, chore nie odczuwały żadnych bólów. Pojawienie się bólów równocześnie ze skurczami i to w pozycji stojącej upoważniają, zdaje się, do powiązania wszystkich przytoczonych danych w jedną całość jako *crises gastriques*.

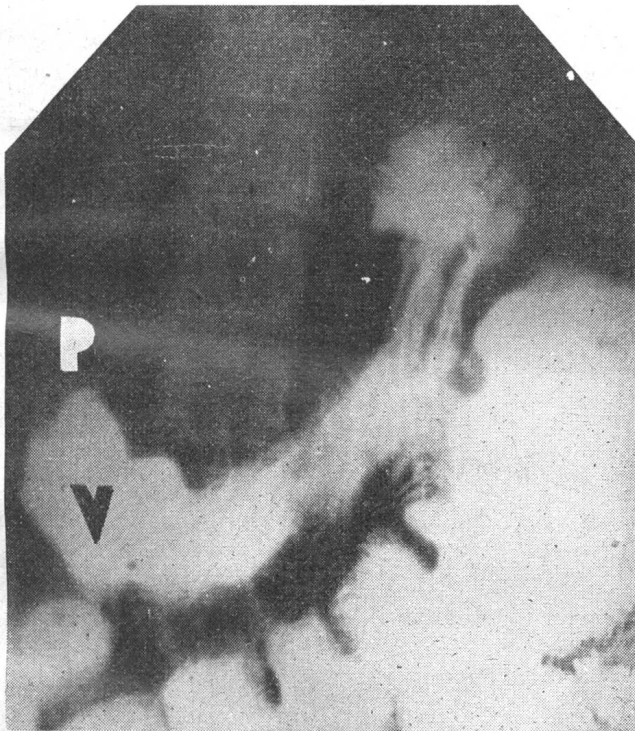
Przypadek drugi:

Z. W., lat 51, Poznań. Przyjęta do I Kliniki Chorób Wewnętrznych U. P. dnia 7. IV. 1949. Chorą przywieziono karetką Pogotowia. Ustawicznie wymiotuje. Wymioty datują się od ostatniej wojny i występują po zmartwieniach. Chora jest spokojna i nie odczuwa większych bólów. Brzuch wiotki, nie stwierdza się

wzmoczonych oporów, ani bolesności. Reszta narządów i układ nerwowy bez zmian. Odczyn Wa. R. we krwi: ujemny (19. 4. 1949), w płynie mózgowo-rdzeniowym Wa. R. ++++ (27. 4. 1949). Citochol: ++.

Prześwietlenie żołądka 12. IV. 1949: Żołądek normotoniczny, napięcie prawidłowe, fałdy wyraźne. Czynność ruchowa prawidłowa. Opuszka dwunastnicy kształtna. Po 3 godzinach widoczny cień w kształcie lejka, podstawą przylegający do przepony. Skurcz w środkowej części trzonu z zaleganiem papki we wpuszcie utrzymuje się przez 30 minut i ustępuje dopiero po ponownym podaniu papki. Żołądek wypełnia się teraz dobrze, ale papka, mimo żywej i głębokiej perystaltyki, nie przechodzi do dwunastnicy. Skurcz odźwiernika trwa przeszło pół godziny, po czym powolne przepuszczanie do dwunastnicy.

Drugie prześwietlenie: 13. IV. 1949 r. Obraz żołądka jak dnia poprzedniego bezpośrednio po podaniu papki. W 30 minut po badaniu pacjentka wymiotowała papkę na oddziale. Po 3 godzinach żołądek jakby bardziej poprzecznie ułożony i w całej swej długości silnie zwężony. Reszta papki równomiernie rozmieszczona w całym żołądku aż do wpustu. Mimo żywej i głębokiej perystaltyki odźwiernik zamknięty do 30 minut. Na zdjęciu (rys. 5) zwężony żołądek i fala perystaltyczna w części przyodźwiernikowej. W jelicie grubym papka z dnia poprzedniego.



Rys. 5

Trzecie prześwietlenie 20. IV. 1949 r. Żołądek prawidłowo położony o dobrym napięciu i prawidłowej czynności ruchowej. Treść przechodzi bez przeszkód do dwunastnicy. Opuszka kształtna. Po 3 godzinach — papka w jelicie cienkim.

Jak wynika z prześwietlenia, żołądek zachowywał się z początku zupełnie prawidłowo, ale po 3 godzinach byliśmy zaskoczeni niezwykle ciemnym w kształcie lejka w okolicy wpustu. W warunkach prawidłowych znajdujemy zawsze resztkę papki na dnie żołądka. Dalsze wypełnienie lejka wykazało, że papka znajduje się przy wpuszcie, na skutek skurczu w górnej części trzonu. Nie wiadomo jak długo już skurcz trwał, ale obserwowaliśmy go jeszcze przez 30 minut. Nie mógł być jednak zbyt silny, bo po podaniu nieco więcej papki skurcz nagle ustąpił i żołądek wypełnił się zupełnie

swobodnie. Niemniej i dalsze zachowanie się żołądka było niezwykle. Mimo bardzo żywej i głębokiej perystaltyki papka nie przechodziła przez odźwiernik przez 30 minut. Najwidoczniej teraz odźwiernik znajdował się w stanie skurczu. Jeszcze ciekawiej przedstawiają się spostrzeżenia z dnia następnego: po spożyciu papki żołądek zachowywał się najpierw zupełnie prawidłowo i papka przechodziła do dwunastnicy bez przeszkód. Kiedy chora w pół godziny po prześwietleniu z wymiotowała byliśmy przekonani, że żołądek po 3 godzinach będzie pusty. Tym większe było nasze zdziwienie, kiedy podczas kontrolnego prześwietlenia stwierdziliśmy, że żołądek nie tylko że nie był pusty, ale papka rozmieszczona była w całym żołądku. Żołądek był w całej swej długości zwężony i jakby pozostawał we wzmożonej i trwałej perystoli, jak to widać na zdjęciu. Równocześnie była widoczna bardzo głęboka i żywa perystaltyka uderzająca o zamknięty odźwiernik. Na zdjęciu utrwaliła się jedna z fal w okolicy przyodźwiernikowej. Stan ten trwał przeszło pół godziny.

Rozpoznanie żołądkowych przełomów wiadomych sprawia nieraz duże trudności i niejednokrotnie wykonano u takich chorych niepotrzebnie operację. Mann przytacza historię chorego, który był trzykrotnie operowany, gdyż za każdym razem ustalono wskazania do otwarcia jamy brzusznej (K o d e j s k o). W przypadku drugim, w którym wymioty występowały bez wyraźnych bólów, i w braku innych objawów klinicznych, nie nasunęła się zaraz myśl o żołądkowych przełomach w postaci tzw. *hyperemesis spinalis*. Dopiero niezwykle zachowanie się żołądka podczas prześwietlenia nakłoniło nas do wykonania nakłucia lędźwiowego i zbadania płynu mózgowo-rdzeniowego.

Bardzo żywa perystaltyka z długotrwałym skurczem odźwiernika wskazywały na równoczesne wzmożone napięcie w obu trzonach układu roślinnego. W tym przypadku można rzeczywiście mówić o antagonistycznym działaniu obu układów, gdyż w ten sposób włączone odruchy przeszkadzają sobie nawzajem i uniemożliwiają skoordynowaną czynność, której wymaga opróżnienie żołądka. Wymioty, które wystąpiły w pół godziny po wypiciu papki, nie były doszczętne, jak wykazała kontrola po trzech godzinach. Reszta papki była rozmieszczona równomiernie w całym żołądku. Długo trwająca i silnie wzmożona perystola z zamkniętym odźwiernikiem prawdopodobnie uskuteczniła w myśl wywodów Barclaya'a częściowe opróżnienie żołądka bez współdziałania tłoczni brzusznej.

Przejdę teraz do omówienia dwóch najcięższych przypadków zaburzeń czynności ruchowej żołądka na tle psychogennym po silnym wstrząsie psychicznym. Ponieważ w zaburzeniach powstałych na tle silnych wstrząsów psychicznych ważne jest zapoznanie się zarówno z motywami przeżyć, jak i warunkami w jakich powstały, pozwolę sobie naszkicować nieszczęśliwy dla chorego zbieg okoliczności, których padł ofiarą.

Dnia 16. VI. 1943 r. zgłosił się mężczyzna Z. R., lat 23, do szpitala w Chrzanowie, jako pacjent prywatny. Jak zwykle w takich przypadkach, inspektor szpitala, Niemiec, zażądał uiszczenia wpłaty na dziesięć dni i kartek żywnościowych względnie poświadczenia urzędu żywnościowego. Chory nie posiadał ani kartek, ani poświadczenia, wobec czego inspektor nie chciał go przy-

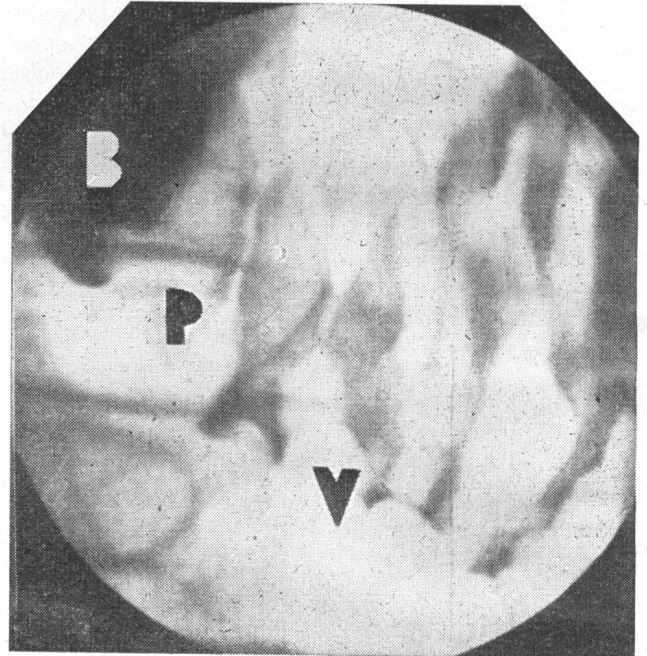
jąć. Ponieważ wyglądał blado i skarżył się na bóle brzucha, więc inspektor przyprowadził chorego do mnie, żebym go zbadał, prześwietlił i donosił mu, czy istnieje konieczność przyjęcia go do szpitala. Chory silnie podenerwowany zwierzył mi się, że w Katowicach przeprowadzał pewne zabronione transakcje handlowe, i że trzech z jego współników zaarrestowano. Kiedy dowiedział się, że główny oskarżony wymienił go za świadka, uciekł z Katowic i zamierzał ukryć się w szpitalu, gdzie już raz przed dwoma laty, pod innym nazwiskiem przebywał. Nie byłem skłonny przyjąć go, ponieważ przed dwoma laty swym niewłaściwym zachowaniem się sprawił mi dużo przykrości. Odmowa zdenerwowała chłopaka jeszcze więcej. W pewnej chwili zauważyłem, że inspektor wraca w towarzystwie innego mężczyzny, w którym poznałem urzędnika policji tajnej. Na moje powiedzenie: „idzie policja kryminalna, chyba nie po pana“, chory ogromnie przeraził się, a kiedy Niemcy przystąpili do nas i zażądali od niego wylegitymowania, stał się błąd jak trup. Nie zaarrestowano go, a Niemcy po wylegitymowaniu jeszcze dwóch czy trzech mężczyzn w poczekalni rentgenowskiej odeszli. Krótco po tym zaściu przystąpiliśmy do prześwietlenia, Młodzieniec, który przedtem bardzo żywo opowiadał swe przeżycia, siedział teraz milczący, wyczerpany i cały zły potem. Prosił o odłożenie prześwietlenia twierdząc, że z pewnością wymiotuje papkę kontrastową. Dał się jednak nakłonić do prześwietlenia i wypił papkę jednym tchem. Na pierwszy rzut oka uderzało trzepocące się serce, którego silne uderzenia potrzęsały całą klatką piersiową i udziały się też żołądkowi, który jakby tętnił (tetno około 150 na minutę). Żołądek kształtu haka, wiotki. Papka opada powoli na dno żołądka. Nie widać zupełnie fal perystaltycznych. Nie udało się przesunąć papki do dwunastnicy. Po mniej więcej 15 minutach papka leży na kształt miseczki na dnie żołądka. Po 30 minutach żołądek nadal w bezruchu, nie stwierdza się śladu papki w dwunastnicy i jelicie cienkim. Na dolnej krawędzi miseczki wzdłuż krzywizny dużej widać drobne peźakowate fale, których kierunku nie można bliżej określić. Na zdjęciu wzdłuż krzywizny dużej aż do odźwiernika wyraźne ząbienie. W pewnej chwili żołądek dźwiga się nagle gwałtownie ku górze, ale wymioty nie następują. Papka znowu powoli opada na dno żołądka. Po dalszych 15 minutach żołądek jeszcze w bezruchu, drobne falowania nadal widoczne. Wymioty. Prześwietlenie przerwano.

Młodzieniec do wieczora uspokoił się, nabrał rumieńców, ale jeszcze się pocił, zwłaszcza d'onie miał silnie wilgotne. Tetno około 100 na minutę. Noc miał niespokojną, a nad ranem wystąpiły dwa wypróżnienia.

Prześwietlenie dnia następnego — przelyk prawidłowy. Po pierwszych dwóch łykach papka zatrzymuje się w górnej części trzonu, daje się jednak rozprowadzić przez lekki masaż żołądka. Obrisy fałdów prawidłowe. Po dalszym wypiciu papki rozpoczyna się nagle niezwykle szybka i głęboka perystaltyka, jedna fala goni drugą i papka przelewa się jednym stałym strumieniem przez odźwiernik. Nagle przerywa się strumień papki w odźwierniku i następuje jałby zagęszczenie fal w okolicy przyodźwiernikowej. Żołądek jest podzielony przez głębokie wciecia na krzywiznie dużej na kilka długich płatków na kształt palców, które wykonują wahadłowe ruchy. Rys. 6 (zdjęcie wykonane podczas skurczu odźwiernika). Po kilku sekundach skurcz odźwiernika zwalnia i znowu papka przelewa się jednym strumieniem. Jeszcze dwa razy obserwowaliśmy podobny skurcz z zagęszczeniem fal. Po 10 minutach żołądek pusty. Podczas prześwietlenia było słychać bardzo głośne kruczenie i przelewanie w brzuchu. Po 5 dniach wykonane prześwietlenie kontrolne wykazało prawidłową perystaltykę z opróżnieniem żołądka w mniej więcej 2,5 godziny.

Przypadek drugi zawdzięczam uwadze jednego z chorych współtowarzyszy pacjenta.

Dnia 16. 10. 1944 roku przyjęto do szpitala powiatowego w Chrzanowie chorego J. W., lat 24. Młodzieniec bardzo małomówny, skryty, krnąbrny z nieco ponurym wyrazem twarzy. Po 3 dniach pobytu w szpitalu nie wiedzieliśmy właściwie co z nim począć. Dawał ogólnikowe i wymijające odpowiedzi, tak że nie można się było z nim po prostu dogadać. Kiedy tego dnia oświadczyłem mu, że będę go musiał dla braku miejsca prawdopodobnie zwolnić, zwrócił się jego sąsiad do niego, żeby mi przecież powiedział, co się z nim przed godziną działo. Otóż wg oświadczeń sąsiada przed godziną tak kruczało i burczało u chorego w brzuchu,



Rys. 6

że wszyscy w pokoju to słyszeli i pytali go, co się u niego w brzuchu dzieje. Kiedy sam chorego zbadałem, nie stwierdziłem u niego nic nadzwyczajnego. Brzuch miał miękki, bez oporów i było słychać tylko od czasu do czasu niezbyt głośne przelewanie. Kiedy chorego zapytałem, czy częściej miewa takie burczenia w brzuchu, oświadczył, że zdarza się to tylko wtedy, kiedy jest silnie zdenerwowany. Odpowiedź ta zaskoczyła mnie, ponieważ wyobrażałem sobie człowieka silnie zdenerwowanego w innym stanie niż naszego młodzieńca. Przeciwnie, robił on wrażenie uosobienia spokoju. Przyczyny swego zdenerwowania nie chciał ujawnić, nawet kiedy później rozmawiałem z nim sam na sam. Dopiero po dwóch tygodniach dowiedziałem się od młodszego brata o zajściu, które nim w tym dniu wstrząsnęło.

Zaciekawiony opowiadaniem chorych kazałem pacjentowi przyjść do prześwietlenia żołądka mniej więcej po godzinie, kiedy wykonywaliśmy badania kontrolne.

Przelyk prawidłowy, żołądek normotoniczny, obrisy fałdów prawidłowe. Po połknięciu kilku łyków papki rozpoczęła się tak żywa i głęboka perystaltyka, jakiej jeszcze nie widziałem. Od połowy trzonu był cały żołądek podzielony na wąskie i długie kałdunki, a papka przelewała się z ogromną szybkością stałym strumieniem przez otwarty odźwiernik. Rys. 7. Na zdjęciu półskósnym rys. 8 wygląda krzywizna mała i duża jakby poszarpana z wystającymi kolcami. Kolce przedstawiają ostre końce kałdunków. Po 10 minutach żołądek pusty. Papka przelatuje z wielką szybkością przez jelito cienkie, przy czym słychać bardzo głośne kruczenie i burczenie w brzuchu. Trwa to mniej więcej jeszcze 20 minut po opróżnieniu się żołądka. W tym

czasie papka przelatuje przez jelito cienkie i układa się w dolnych odcinkach w miednicy, po czym następuje spokój.

Dnia następnego nie odbyło się niestety prześwietlenie z powodu pewnego oporu ze strony chorego i wykonano zgłębnikowanie żołądka cząsteczkowe, które poza nadkwasotą (70 HCl) nie wykazało nic ciekawego. Późniejsze dwukrotne zgłębnikowanie u niego wykazało także nadkwasotę (60,75 HCl). Ale jeden szczegół był godny uwagi, nie zauważono po próbnym śniadaniu alkoholowym żadnego kruczenia i stwierdzono jeszcze po 70 minutach błękit metylowy.

Chory skarżył się wieczorem na zupełny zanik apetytu, nie jadł kolacji twierdząc, że niebieskim płynem popsuliśmy mu żołądek.

Dnia trzeciego nie chciał się najpierw zgodzić na prześwietlenie, ponieważ czuł niesmak w ustach i miał odbijania. Po dłuższych pertraktacjach udało się nam nakłonić go do prześwietlenia.

Przełyk prawidłowy, żołądek normotoniczny, zarys fałdów prawidłowy. Uderza bardzo powolna perystaltyka, chociaż głębokość fal jest prawidłowa i prowadzi do styku ścianek w okolicy przedodźwiernikowej. Nie

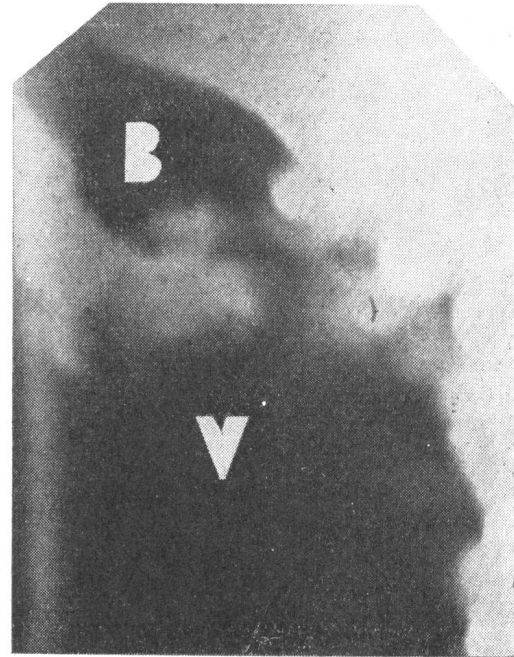


Rys. 7

wszystkie fale kończą się opróżnieniem do dwunastnicy. Po trzech godzinach znajduje się jeszcze prawie połowa papki w żołądku, a przerwy między poszczególnymi falami wydają się jakby jeszcze dłuższe. Po 5 godzinach jeszcze ślad papki na dnie żołądka. Kontrolne badanie wykonane po 8 i 16 dniach wykazało opróżnienie żołądka w mniej więcej dwóch godzinach, z normalnym i regularnym tempem perystaltyki. Niestety nie notowaliśmy podczas drugiego prześwietlenia odstępów między poszczególnymi falami, co byłoby bardzo ważne ze względu na późniejsze kontrolne badanie.

W trzecim tygodniu pobytu chorego w szpitalu, zgłosił się pewnego dnia młodszy brat chorego i prosił mnie o prywatną rozmowę. Chłopak lat 18 w przeciwieństwie do brata bardzo żywy i wymowny, opowiedział mi szczegóły przejścia swego brata. Brat, jak cała rodzina zapisali się na volkslistę. Wskutek tego dostał wezwanie przed półtora rokiem do stawienia się do

wojska. Na wezwanie nie stawił się i od tego czasu ukrywał się u znajomych i po szpitalach. Był to już czwarty szpital w którym przebywał. Od czasu do czasu odwiedzał rodziców wieczorem i tak też uczynił przed 2 tygodniami. Prawdopodobnie ktoś go zauważył i doniósł o tym policji. Następnego dnia po jego od-



Rys. 8

jeździe zjawili się dwóch policjantów i żądało od rodziców ujawnienia pobytu syna. Kiedy rodzice oświadczyli, że nie wiedzą, gdzie syn się znajduje, policjanci zaarrestowali drugiego brata oraz siostrę i osadzili ich w więzieniu. On sam będąc w kuchni i widząc co się dzieje, uciekł i z rana dnia następnego przyjechał do Chrzanowa i kazał brata wywołać przed szpital. Tam doszło między nimi do bardzo burzliwej i gwałtownej rozmowy, w toku której brata uderzył w twarz, kopnął go i uciekł. Ponieważ po 10 dniach za dużą łapówką siostrę i brata zwolniono, więc pogodził się znowu z drugim bratem i prosił w imieniu rodziców, żeby go jak najdłużej w szpitalu przetrzymać, gdzie też jeszcze pozostał przez dwa miesiące.

Gwałtowna scena między braćmi odbyła się właśnie tego dnia o 8 rano, kiedy chorzy zauważyli to niezwykle głośne burczenie w brzuchu. Chory, jak już poprzednio zaznaczyłem nie okazywał najmniejszego zdenerwowania, ale niezwykle zachowanie się jego żołądka zdradziło jego wzruszenie.

Przytoczone tu dwa przypadki zaburzeń czynności żołądka na tle psychogennym wykazują kilka ciekawych i ważnych szczegółów. W przypadku pierwszym, niewątpliwie po wstrząsie, układ współczulny wzięty w posiadanie nad całym obwodem. Bładość skóry, silne poty, bardzo przyspieszona akcja serca i bezruch żołądka, tworzą klasyczny zespół przewagi układu współczulnego (Stone, Venulett). Gwałtowne dźwignięcie się żołądka oraz późniejsze wymioty wskazują jednak, że i nerw błędny rozpoczął się odzywać w kilku nagłych i gwałtownych impulsach. Ponieważ w okresie przedwymiotnym ruch robaczkowy ustaje, należałoby się zastanowić, czy bezruchu żołądka nie można by tłumaczyć tym właśnie okresem. Młodzieniec wyraźnie przestrzegł, że zbiera mu się na wymioty i później

też wymiotował. Wydaje mi się jednak, że bezruch żołądka trwający mniej więcej przez 3 kwadransy był jednak zbyt długi, by go w ten sposób sobie tłumaczyć. Należy raczej przyjąć, że do unieruchomienia przez wzmoczone napięcie układu współczulnego żołądka dochodziło od czasu do czasu silne impulsy nerwu błędnego tak, że ostatecznie doszło do wymiotów.

Drobny ruch falisty wzdłuż krzywizny dużej był niewątpliwie wzmocnionym odruchem wiązek włókien mięsnych śluzówki (*muscularis mucosae*), tych samych mięśni, które kształtują fałdy śluzówki i tworzą często spotykane ząbienie krzywizny dużej. Podobne drobne falowania występują także i w innych sprawach i tak np. spostrzega je się czasami w niedrożności odźwiernika, kiedy żołądek wyczerpany daremnymi uderzeniami o zamknięty odźwiernik przestaje pracować.

Wielką niespodzianką było zachowanie się żołądka dnia następnego. Po bezruchu dnia poprzedniego nastąpiła teraz niezwykle burzliwa perystaltyka. Nie ulega wątpliwości, że tego dnia nerw błędny, jakby wyzwalając się z nagromadzonych bodźców, poganiał w niezwykle tempie jedną falę robaczkową za drugą. Krótkie i nagle skurcze odźwiernika, wyzwalające zagęszczenie fal w części przyodźwiernikowej, wskazywały na krótkie impulsy nerwu współczulnego zaciskające zwieracz odźwiernika. Mamy tu więc krótkie, okresowe przerywanie bodźców jednego z członów układu roślinnego przez drugi. Dnia pierwszego przerywał nerw błędny wzmoczoną czynność współczulnego, dnia następnego na odwrót nerw współczulny przerywał strumień podnieć nerwu błędnego.

Bardzo ciekawa była uwaga samego chorego, który słysząc w drugim dniu kruczenia we własnym brzuchu wyraził swe zdziwienie, że nie wystąpiły one już dnia poprzedniego, kiedy był tak silnie podenerwowany. Zdarzało się bowiem częściej, że występowały u niego takie same kruczenia i potem czyszczenia, kiedy miał jakieś przykre przeżycia. Także i „przy przeziębieniu żołądka“, siedząc na przykład przez dłuższy czas na chłodniej ziemi, zauważył podobne objawy. Najwidoczniej przeżycie dnia poprzedniego uderzyło chorego silniej i głębiej niż zwykle zdenerwowanie, a późniejszy odźwięk tego wstrząsu odezwał się dopiero dnia następnego, w łagodniejszych objawach zdenerwowania, co też było przyczyną tego kruczenia i czyszczenia.

Łącznie z kruczeniem muszę podkreślić, że chorzy nie posiadali zdolności wywołania dowolnego kruczenia żołądka. Jaworski utrzymywał, że kruczenie wywołane samowolnie powstaje przez nagle ruchy oddechowe, względnie tłocznię brzuszną w tak zwanym przez niego dwuramiennym żołądka. Chorzy tacy, najczęściej neuropatycy, opisują się chętnie swym osobliwym cierpieniem (Adamowicz). W jednej z klinik berlińskich pokazywano przez kilka lat rosłego mężczyznę, który potrafił wywołać różnego rodzaju kruczenia i skrzczenia, które zmieniały swe nasilenie i cha-

rakter w miarę szybkości zadziałania tłoczni brzusznej na żołądek. Tej zdolności nasi chorzy nie posiadali.

Zwracam przede wszystkim uwagę na dwufazowość odczynu odruchowego, który wyrażał się w pierwszym okresie zupełnym bezruchem żołądka, na skutek silnego napięcia w układzie współczulnym, w okresie drugim jako późniejsze odreagowanie w niezwykle burzliwej perystaltyce, wyzwolonej przez nerw błędny.

Kiedy widziałem w przypadku drugim tę niezwykle burzliwą hiperperystaltykę, miałem już wytłumaczenie gotowe. Ponieważ młodzieniec nie chciał w żaden sposób ujawnić przyczyny i czasu swego przeżycia, myślałem, że uchwyciłem analogicznie do pierwszego przypadku, okres drugi dwufazowej reakcji. Dalszy przebieg badania wykazał jednak, że byłem w błędzie, ponieważ w trzecim dniu obserwacji stwierdziliśmy bardzo powolną perystaltykę z opóźnieniem opróżnienia żołądka do 5 godzin. Ujawniony później przez brata przebieg zająć potwierdził, że gwałtowna perystaltyka była następstwem wstrząsów pierwszego dnia. Chory nie doznał urazu bezpośredniego wstrząsu przeżycia, zaskoczyła go tylko bardzo przykra nowina i burzliwa rozprawa z bratem. Najwidoczniej zareagował jako typowy wagotonik niezwykle silnym odruchem nerwu błędnego, a dopiero potem w drugiej fazie odreagowania przeważał nerw współczulny.

Catell, który poświęcił swą dwutomową monografię wyłącznie czynności ruchowej przewodu pokarmowego, wykazał jakie trudności napotykał w szczegółowym rozbiórce tej na pozór tak monotonnej czynności ruchowej żołądka. Wolf i Wolff, krocząc drogą utorowaną przez Pawłowa, dokonali swych badań na człowieku z przetoką stałą żołądka. Sama tylko charakterystyka chorego, jego warunków, zainteresowań i konfliktów życiowych zajmuje 18 stron. Na tym tle „wydzielanie psychiczne“ zarysowuje się jako część nieoddzielna pewnego aktu życiowego, który ma swój początek w świecie zewnętrznym i odbity w mózgu wyraża się w pewnej określonej czynności narządu, w danym przypadku żołądka. Autorzy ci wykazali jak subtelnie reaguje żołądek na różne podnieć psychiczne.

Tym się tłumaczą bardzo burzliwe objawy w czynności ruchowej żołądka podczas wstrząsu psychicznego i długotrwały ich odźwięk w okresie odreagowania.

PIŚMIENNICTWO

1. Adamowicz. Pol. Arch. Med. 1932 t. 10 st. 275.
2. Albrecht. Die Roentgendiagnostik d. Verd. Kanals. 1934.
3. Assmann. Die klin. Rtg. Diag. 1922.
4. A. E. Barclay. The Digestion tract. 133.
5. H. Bockus. Gastro-Enterologie. 1947 t. 1 str. 29.
6. Mac Bryde. Signs and Symptoms. 1947 str. 313—330.
7. Cannon. Body changes in Pain, Hunger, Fear and Range. 1939.

8. W. Catel. Norm. u. Path. Phys. d. Bewegungsvorgänge im gesamten Verdauungskanal. 1937.
9. Cattan. Syndroms Gastriques Traité de Médecine. 1948 t. 7 str. 254.
10. Fiessinger N. Diagnostic Practiques. 1948 str. 132.
11. K. Gerner. Pol. Arch. Med. W. 1930 t. 8 z. 3.
12. Katsch. Handbuch d. inneren Medizin. 1938 str. 457.
13. Kodejszko. Pol. Tyg. Lek. 1947 nr 15—17.
14. Kemp. Arch. f. Verdkrh. 1903 t. 19 str. 168.
15. Konietzny. Med. Klinik. 1937 nr 15 str. 473.
16. Kwaśniewski St. Śląska Gaz. Lek. 1947 z. 3—5.
17. Mazurkiewicz. Rocznik psychiatr. 1938 str. 17.
18. Schintz, Baentsch u. Friedel. Lehrbuch d. Roentgendiagnostic. 1939.
19. Stone. Diseases of the Joints and Rheumatism. 1947 str. 271.
20. Stumpf. Zehn Vorlesungen über Kymographie. Leipzig 1937.
21. Teschendorf. Lehrbuch d. Rtg. Differentialdiagnostic. 1937.
22. Wolf i Wolff. Human Gastric Funktion. Oxford Med. Publ. 1944.
23. Venulet. Fizjopatologia ogólna. 1948 str. 53.
24. Year of Radiologie 1938 str. 202.

Проф. Квасневски: О органическом и психогенетическом расстройстве двигательной деятельности желудка.

Краткое изложение.

Обыкновенный острый катар желудка часто вызывает интересные явления расстройства его деятельности. Главным образом это касается рвоты. У некоторых больных в таких случаях не бывает рвоты и, как видно из описи 3 приведенных выше случаев острого катара вследствие злоупотребления алкоголем и переполнения желудка — содержимое может оставаться в желудке до 24 часов, как бы в ожидании благотворного действия рвоты.

И наоборот некоторые больные указывают необыкновенное расположение к рвоте. Как пример приведено два такие случая.

Сокращение малого изгиба как последствие язвенного процесса или вызванное слишком высоким желудочно-кишечным соединением (anastomosis), вызывает в свою очередь перистальтику, стремящуюся приспособиться к измененным условиям. Целью этой деятельности является перемещение содержимого из нижней части желудка к находящемуся высоко пилорусу (pylorus) или отверстию анастомоза (anastomosis). Случается, что это не дает никакого результата и только рвота приводит к испорожнению желудка от залежей. Для представления этого явления предложены описи и рентгеновские снимки нескольких наблюдений. В случае трихобезоара (trichobezoar) у 15-летней больной не было никакой перистальтики желудка, несмотря на отсутствие анатомических изменений, которые не были обнаружены при операции.

Разнообразные картины расстройства перистальтики желудка представляли 2 описанные случаи crise gastrique. Расстройство выражалось несоординированной двигательной деятельностью, большой склонностью к рвоте, разнообразностью способов перемещения содержимого желудка и неравномерностью испражнений.

Особенно интересны случаи расстройства двигательной деятельности, замеченные у 2-х молодых людей в последствии психического шока. У первого из них произведенное непосредственно после шока рентгенологическое исследование проявило полное бездействие желудка, а на следующий день усиленную двигательную деятельность. Во втором случае сперва обнаружено усиленную перистальтику, а при следующих проявлениях значительное ее ослабление. Приведенные случаи являются примерами изменяющейся попеременно деятельности обеих частей вегетативной системы, а именно ее симпатической и парасимпатической части.

SUMMARY

The habitual acute gastritis represents many a time the very curious functional disorders. It concerns especially the matter of vomits. There exist the patients which don't vomit and, according to the 3 described cases of acute gastritis caused by abuse of alcohol and overfilling of stomach, the contents of stomach may remain in it 24 hours as if awaiting for salutary vomiting.

On the contrary there exist the patients which have an uncommon facility of vomiting. For example is cited the description of 2 cases. The shortening of lesser curvature following the ulcer disease or wrong performed anastomosis gastro-intestinalis gives the movements adjusting to the altered conditions in the manner contradictory with correct peristalsis. It is made for moving the contents from lower parts of stomach to the high situated pylorus or outlet of anastomosis. Many a time it is fruitless and just the vomits empty the stomach from contents. For illustrating this phenomenon there is given the description with X-ray pictures of several cases.

In the case of trichobezoar at 15 years old girl X-ray didn't show any movement of stomach though there was lack of anatomic alterations what was confirmed by operation.

The very diverse picture of movement disorders of stomach showed 2 cases of tabetic crisis. Those disorders consisted in unadjusted movements, great disposition for vomits, difference of moving of contents and different time of emptying.

Very curious disorders of movements there were observed at 2 young man after mental shocks. In one case just after the shock X-ray revealed entirely unmovement of stomach and on the following day increased movement. In the second case first there was observed very vivacious peristalsis and during the next X-ray its distinct relaxation.

The mentioned cases there are the examples of alternation of action of vegetative nervous system i. e. its part sympathetic and parasympathetic.

Z Kliniki Chorób Dziecięcych Akademii Lekarskiej
w Poznaniu
(dyr. prof. dr K. Jonscher)

Teodor Rafiński i Edmund Fojudzki

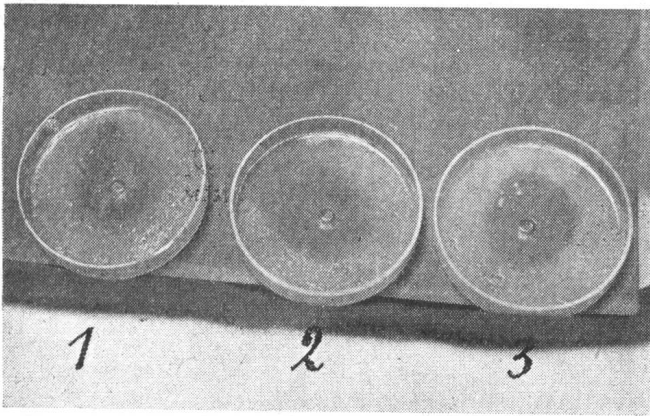
Badania nad bakteriostatycznymi właściwościami torfu (doniesienie tymczasowe)

Rozważania nad właściwościami biologicznymi torfu skłoniły nas do powzięcia badań nad działaniem bakteriostatycznym torfu in vitro i in vivo.

oraz do prób wyodrębnienia substancji z torfu działających bakteriostatycznie.

W toku pracy otrzymaliśmy różne substancje,

które następnie przebadaliśmy na ich działanie bakteriostatyczne na zarazki gramododatnie jak i gramujemne. Załączone zdjęcie fotograficzne obrazuje działanie bakteriostatyczne substancji torfowych na niektóre zarazki np. fot. numery 1 i 3 przedstawia działanie bakteriostatyczne substancji torfowych na gronkowce złociste, nr 2 na paciorkowce hemolityczne.



Wyniki pozytywne uzyskane na pożywkach skłoniły nas do dalszych badań *in vivo*. Materiałem doświadczalnym były myszki białe i świnki morskie zakażone różnymi zarazkami. Również na myszkach i świnkach morskich przeprowadzono badania nad toksycznością i ustaleniem dawki śmiertelnej bakteriostatycznych substancji torfowych.

Opierając się na wynikach doświadczeń, przeprowadzamy obecnie próby zastosowania bakterio-

statycznych substancji torfowych w terapii klinicznej, przy czym osiągnięte dotychczas wyniki są zachęcające.

Краткое изложение.

Исследование бактериостатических особенностей торфа.

(Временное сообщение.)

Авторы перевели исследования над действием бактериостатическим торфа *in vitro* и *in vivo*, а также ряд испытаний выделения из торфа субстанций действующих бактериостатически.

Авторы пользовались разными растворительными средствами и получили разные субстанции, которые в свою очередь подвергли испытанию на их действие бактериостатическое на бактерии грам + и грам —. Испытания произведены были на белых мышках и на морских свиньях. На основании положительных результатов экспериментальных исследований авторы начали применять экстракты из торфа у больных. Первые наблюдения дают положительные результаты.

SUMMARY

Investigations on bacteriostatic properties of peat
(A provisory information)

The authors performed several investigations on bacteriostatic activity of peat *in vitro* and *in vivo*, and several trials of isolating the bacteriostatic substances from the peat.

Authors obtained various substances. Afterwards they put these substances to the test of bacteriostatic activity on gram-negative and gram-positive microorganisms. Further investigations were performed on white mice and guineapigs. Basing on the positive experimental results now they are doing the trials with application of the bacteriostatic substances of peat in clinical therapy.

Zakład Anatomii Opisowej Uniwersytetu Poznańskiego

(Kierownik — prof. dr med. Stefan R ó z y c k i)

Józef K o ł a c z k o w s k i

Zagadnienie polskiego mianownictwa anatomicznego

(Ciąg dalszy)

IV.

Jakby w odpowiedzi na te słowa P e s z k e g o, w kilka lat po ich napisaniu, Krakowskie Tow. Lekarskie poleciło Komisji Słownikowej, w której skład weszli Tadeusz Browicz, Stanisław Ciechanowski, Stanisław Domański i Leon Kryński, opracować na nowo wyczerpany już zupełnie Słownik terminologii lekarskiej z r. 1881. Komisja ta ze współudziałem Tow. Lek. Warszawskiego. Wydziału Lekarskiego Tow. Przyj. Nauk w Poznaniu oraz „wielu lekarzy i przyrodników polskich“ wydała w Krakowie w 1905 r. „Słownik Lekarski Polski“. Jak wynika z przedmowy, zadaniem Komisji było „zebrać polskie nazwy z zakresu medycyny i nauk ściśle z nią się łączących, nowe nazwy, gdzie można, obmyśleć, spośród już istniejących dobrać najodpowiedniejsze, zmierzając przy tym do ujednostajnie-

nia polskiego mianownictwa“. Autorzy wyrażają nadzieję, że im się to częściowo powiodło. Resztę zostawiają czasowi, który przez samoistny rozwój terminologii lekarskiej „przekaze przyszłości nazwy, najwięcej mające zdolności żywotnej“.

„Wydanie obecne słownika, piszą dalej autorzy, nie jest tylko przeróbką ostatniego wydania z r. 1881, chociaż się na niem w wielu względach opiera. Cały materiał słownikowy został na nowo opracowany. W dziale mianownictwa anatomicznego uwzględniono częściowo nazwy ze słownika Krysińskiego, pomijając niepotrzebne nowotwory językowe, przy czym znaczną pomocą była krytyczna praca P e s z k e g o. W przeistaczaniu materiału, zawartego w danym wydaniu, korzystaliśmy z elaboratu, przesłanego komisji słownikowej przez Towarzystwo Lekarskie Warszawskie oraz z uwag, nadesłanych przez Poznańskie Towarzystwo Przyjaciół Nauk (18).

W ten sposób powstał słownik jako praca zbiorowa, obejmująca szerokie grono uczonych fachow-

ców. Słownik ten stał się podstawą dla mianownictwa większości podręczników lekarskich m. in. i anatomicznych.

W cztery lata później ukazuje się w Krakowie pierwszy tom „Anatomii człowieka“ A d a m a B o c h e n k a. W przedmowie swej autor porusza sprawę mianownictwa w taki sposób:

„Przy pisaniu tekstu natrafił autor na trudną sprawę mało jeszcze wyrobionego słownictwa anatomicznego polskiego. Znacznym wprawdzie w tym względzie ułatwieniem było wydane przez St. Krysińskiego tłumaczenie polskie „Słownictwa anatomicznego bazylijskiego“, stanowiło ono bowiem podstawę do dyskusji. Tę dyskusję przeprowadził autor z prof. K. K o s t a n e c k i m i H. K a d y j e m, którzy cały szereg zmian w nim zaproponowali. Staraniem autora było, aby każda nazwa polska oddawała możliwie dokładnie treść nazwy łacińskiej, nie zawsze dało się to jednak przeprowadzić. Autor uważał więc za wskazane wprowadzenie niektórych nazw wprost w ich brzmieniu łacińskim. Takie wprowadzenie nazw łacińskich już oddawna przez praktycznych lekarzy stosowane, nie zdaje się autorowi zasadniczo przeciwnym duchowi języka polskiego. Wobec wymagań nauki, która coraz nowe pojęcia tworzyć musi, zdaje się autorowi najprostszą rzeczą wstąpienie na drogę przyjmowania do języka nazw łacińskich, na drogę, na którą dawno wstąpiły wszystkie języki zachodniej Europy.“ (19).

Dziwne się trochę wydaje, że autor zupełnie nie wspomina o P e s z k e m. Nie ma też wzmianki o wspomnianym „Słowniku Lekarskim“, który o cztery lata wyprzedził ukazanie się podręcznika B o c h e n k a. Jak wynika z przytoczonych słów, autor jest zwolennikiem „przyjmowania do języka nazw łacińskich“. Stąd wniosek, że glosy z obecnej prasy lekarskiej polskiej, z których kilka przytoczyłem zaraz na wstępie, nie byłyby nowością, skoro już 40 lat temu B o c h e n e k uważał za wskazane wprowadzenie niektórych nazw wprost w ich brzmieniu antycznym.

Jeśli przejrzymy pierwsze wydanie Anatomii B o c h e n k a (16), stwierdzimy, że w wielu wypadkach źle zrobił autor, nie oparłszy się na Słowniku Lekarskim z r. 1905. Niedociągnięcia te naprawił częściowo w późniejszych wydaniach St. C i e c h a n o w s k i (B o c h e n e k zmarł w r. 1913 nie dokończywszy swego dzieła), o czym jeszcze wspomnimy. Na razie zacytujemy kilka usterek, jakie znaleźć można w I wydaniu B o c h e n k a.

Na str. 272 czytamy: więzadło trapezowate (*lig. trapezoides*). Sądzę, że nie każdy powiedziałby o tej nazwie, że jest miłą dla ucha. Zobaczmy tedy, jak poprzednicy B o c h e n k a nazywali to więzadło. W Słowniku Lekarskim widnieje na str. 277 nazwa: *Lig. trapezoideum* więzadło kruczoobojczykowe v. kotwiasto-obojęzykowe czworoboczne. (Na str. 594 kotwiasty wyrostek — *procesus coracoideus*. N a t a n s o n (str. 55) nazywa je więzaniem równoczworobocznym. G u r b s k i (str. 208) i H i r s c h f e l d (T. I, str. 631) nazywają je więzaniem trapezoidalnym, K r y s i Ń s k i czworobokowatym, co wydawcy poprawiają na czworoboczny. (cz. II, str. 58).

Na str. 241 u B o c h e n k a widnieje nazwa „szew lambdowaty“. W Słowniku Lekarskim na str. 474 *sutura lambdoidea* znaczy szew węglowy. K r y s i Ń s k i (cz. II, str. 119) również używa tej nazwy. P e s z k e taką daje uwagę: „Szew węglowy“. U r s i n u s zwie go „węglastym“; R y s z k o w s k i, nieźrównany w wynajdywaniu nazw najdziwaczniejszych, wyjątkowo szew ten nazwał bardzo dobrze „równoramiennym“. Można by go też nazwać „poprzecznym tylnym“. N a t a n s o n (str. 21) pisze: *sutura limbosa s. lambdoidea* — szew obrębkowy, czyli kątowy. G u r b s k i (str. 84) szew potylicociemienny, H i r s c h f e l d (str. 520, tom I) szew potylicociemienny, czyli obrębkowy.

Jak stało się, miał B o c h e n e k z czego wybierać, trudno więc zrozumieć, dlaczego właśnie użył słowa „lambdowaty“ i „trapezowaty“. Czy dlatego, żeby zadośćuczynić swej zasadzie, iż każda nazwa polska winna możliwie dokładnie oddać treść nazwy łacińskiej? Jeśli w ten sposób rozumiał tę zasadę, to nie powinniśmy go naśladować. Z tej samej przyczyny zapewne nazwał *phalanges* — falangami, mimo że w Słowniku Lekarskim, u N a t a n s o n a, u G u r b s k i e g o i H i r s c h f e l d a, wszędzie tam znajdziemy nazwy „członki palców“. K r y s i Ń s k i proponuje miłą fonetycznie nazwę paliczki, która nie podobała się P e s z k e m u. Skoro bowiem, poczynając od U r s i n u s a, zwały się zawsze w anatomii, a także w mowie potocznej „członkami palców“ albo rzadziej „kłykciami“, więc wypadła im tę nazwę zachować nadal, ponieważ mianownictwo anatomiczne, tak samo jak każde inne, „im mniej różnić się będzie od języka potocznego, tym doskonalsze się stanie“. „Paliczek“ według P e s z k e g o jest podwójnie zdrobniałym „palem“, do którego jednak członki palców nie są podobne wcale, „więc logika za nazwą tą nową, gramatycznie zresztą poprawną, nie przemawia“.

Na str. 267 nazywa B o c h e n e k *cingulum extremitatis superioris* lukiem barkowym lub lukiem odnóża górnego, a na str. 299 pisze o łuku odnóża dolnego, czyli łuku biodrowym. K r y s i Ń s k i używa nazw obręcz kończyny dolnej i obręcz kończyny górnej. (Cz. I, str. 49 i 52). W Słowniku Lek. (str. 156) czytamy *extremitas* 1) kończyna, 2) koniec, a na str. 632 odnóże *extremum membrum, extremitas*. N a t a n s o n (str. 37) *extremitates* nazywa kończynami, tak samo G u r b s k i i H i r s c h f e l d. P e s z k e do nazwy *cingulum extremitatis superioris* — obręcz kończyny górnej, proponowanej przez Krysińskiego taką daje uwagę, mogącą budzić zastrzeżenia:

„Zdaje mi się, że nazwa łac., tak samo jak polska, jest niestosowna. Ponieważ 1) obojęzki, rękojeść mostka i obie łopatki nie stanowią wcale obręczy, ani też wzięte razem jako całość nie są do niej podobne; 2) że obręcz ta rzekoma nie należy do jednej „kończyny“ lecz do obu, więc logiczniej mówić by wypadało o *cingulum extremitatum sup.* Co się tyczy *cing. extr. inf.* (str. 52), to chociaż miednica kostna jest dokoła zamknięta, jednakże zdaje mi się, że nawet posiadając

wyobrażnię bardzo rozkiełznaną, trudno by się można było dopatrzeć w miednicy podobieństwa do obręczy“.

Być może „odnóża“ Bochenka przypadłyby do gustu Peszke mu, dzisiaj wszelako wydają się nam niestosowne. A może tylko dlatego, że przywykliśmy do „kończyn“? *)

Zagłádnijmy jeszcze do Słownika Lekarskiego (1905). Na str. 588 znajdujemy wyraz „kirść“ w znaczeniu *os ilium*. Na str. 230 czytamy: „*os ilium* kirść, kość biodrowa“. Skoro wydawcy postawili wyraz ten na pierwszym miejscu, tym samym uważają go za lepszy. Zagłádamy do Bochenka (str. 299) *os ilium*, kość biodrowa, to samo znajdujemy u Gurbkiego, Hirschfelda i Natansona. Krysiński tłumaczy *os ilium* jako „kość podłędźwiowa“ (część I, str. 52). Kością biodrową zwie *os coxae*. Peszke tak pisze:

„U Mączyńskiego, Cnapiusa, Troca i Włodka znajduje się wyraz „kirść“ — łopatka dolna w ciele ludzkim“, więc oznaczający właśnie *os ilium*, zamieszcza go również Linde (53) i sł. Wil., (który wszakże objaśnia błędnie, że to *os ischii*); M. S. i Sł. Kr.***) także tę nazwę zapisują, więc odnaleźć ją łatwo było. Głósowałbym za przyjęciem jej, choćby już z tego względu, że jest niezłożona, a nadto od tak dawna w języku naszym istniejąca“.

Mimo takiej pochwały ze strony Peszke go, wyraz ten nie przyjął się. Nie znalazłem tej nazwy ani u Bochenka, jak to już podałem, ani w późniejszej wydanych podręcznikach anatomii. Nie ma go również w żadnym ze znanych mi podręczników ginekologii lub położnictwa.

Z tych kilku rzuconych tu przykładów nie trudno wywnioskować, że pierwsze wydanie Bochenka (Tom I, obejmujący tylko narządy ruchu) niewiele przyczyniło się do ujednostajnienia mianownictwa. Wziąwszy do pomocy nie tylko Krysińskiego, ale Peszke go i świeżo podówczas wydany Słownik Lekarski, mógł autor położyć znaczne zasługi na tym polu, tak jak wielce zasłużył się samym wydaniem tak obszernego dzieła. Błędy te naprawiły częściowo późniejsze wydania Anatomii Bochenka pod redakcją St. Ciechanowskiego. Dla łatwiejszego zorientowania się, w jakim kierunku szedł dalszy rozwój mianownictwa, sądzę, że najprościej będzie odszukać te same nazwy u późniejszych autorów i z porównania wyciągnąć odpowiednie wnioski.

V.

W 1915 i 1916 wydano w Warszawie „Anatomie opisową“ (54) opracowaną przez Kochowskiego, Tyszkę i Bogusławskiego według wykładów prof. Lotha. Na str. 109 tej książki w rozdziale pt. „Kończyny“ czytamy: „ko-

*) Bierkowski nazywał *extremitates* odnogami. (Wstęp do anatomii, Kraków 1850, str. 93).

**) U. S. = Słownik Mayera i Skobla, Sł. Kr. = Słownik Krakowski 1881.

ści odnóża górnego.....“ mamy tu więc obie nazwy użyte równocześnie (kończyny i odnóża). *Lig. trapezoideum* nie ma nazwy polskiej, podano tylko, że ma kształt trapezu. Szew węglowy, jak w pierwszym wydaniu Bochenka nazywa się lambdowaty, *phalanges* zwą się falangami. Odnosi się wrażenie, że mianownictwo to oparte jest na pierwszym wydaniu Bochenka.

W „Zarysie anatomii człowieka“ Henlego, wydanej w r. 1916 w Warszawie pod redakcją Lotha znajdujemy już nazwy więzadło czworoboczne, szew węglowy, członki palców, kończyny górne i dolne. Te same nazwy widnieją w późniejszych wydaniach Bochenka. W przedmowie do anatomii Henlego (na str. VI) LOTH zaznacza, że w tłumaczeniu zastosowano słownictwo anatomiczne „Słownika Lekarskiego Polskiego 1905“. Jest to niewątpliwie wielki krok naprzód w kierunku ujednostajnienia. Podobne zdanie czytamy na str. V tomu II Anatomii Bochenka, wydanej przez Ciechanowskiego w 1927: „W mianownictwie polskim, pisze Ciechanowski, oparłem się na Słowniku Lekarskim Polskim, wydanym przez Tow. Lekarskie Krakowskie w r. 1905 na zasadzie krytycznego opracowania całego zasobu terminologicznego polskiego przez osobną komisję“.

Z pewnym zdziwieniem natomiast czytamy w przedmowie do „Anatomii człowieka“ Broesikego, wydanej w 1924 r. pod red. Karola Kosińskiego, takie słowa:

„Co do słownictwa polskiego, użytego w tekście, słownictwo Anatomii polskiej prof. A. Bochenka w red. prof. St. Ciechanowskiego służyło nam wzorem. Gdzie można, podaję obok nazw polskich, łacińskie, starałem się unikać tylko w stosowaniu łaciny przesady, aby książka nie zatraciła piętna książki polskiej. Należy już zawczasu zachęcać uczniów Wydziału Lekarskiego do obywatelstwa w miarę możliwości słownictwem polskim. Nic tak nie pogłębi prawdziwej wiedzy anatomii i uczyni tę wiedzę trwalszą, jak zerwanie z dotychczasowym sposobem nauczania anatomii przez coraz szersze stosowanie słownictwa polskiego a coraz większe ograniczenie słownictwa łacińskiego aż do jego zupełnego usunięcia włącznie“ (17).

Dlaczego zerwanie z mianownictwem łacińskim ma pogłębić „prawdziwą wiedzę anatomii“ — tego nie rozumiem. Przez odizolowanie od literatury światowej — a do tego byśmy doszli odrzucisz precz terminologię łacińską — z pewnością wiedzy naszej nie pogłębiby. Mianownictwo amerykańskie, angielskie, francuskie i radzieckie oparte jest na BNA. Niemcy, wprowadziwszy w 1935 r. poprawione ich zdaniem nowe mianownictwo łacińskie (JNA), czuli się zmuszeni do wydania słownika, w którym oba mianownictwa zestawiono, celem zmniejszenia, o ile tylko możliwe, trudności, jakie powstały w korzystaniu z literatury posługującej się BNA. Autor tego słownika Kopsch (44, 45), który od samego początku był przeciwnym przedwczesnej jego zdaniem reformie słownictwa bazylejskiego, pisze o tych trudnościach w przedmowie do wspomnianego słownika. Sądzić

należy, że starania i życzenia tłumacza anatomii Broesikego zostaną w sferze abstrakcji i nie znajdą naśladowców.

Zwolennikiem czystości języka jest niewątpliwie Franciszek Giedroyć (25, 27, 28), autor Polskiego Słownika Lekarskiego (26). Giedroyć zdaje sobie jednak sprawę, że niektóre wyrazy obce upowszechniły się nie tylko w piśmiennictwie polskim, lecz przeszły nawet do mowy potocznej i „lepiej bywają rozumiane, niż odpowiednie nazwy polskie (apopleksja, anatomia, terapeuta, wena itp.)“. W przedmowie do swego dzieła użył jako motto słów Ludwika Bierkowskiego (15):

„Powstało wiele wyrazów, które choć w polskim odzieniu, chodzą jak cudzoziemcy po kraju, gdy tymczasem bogata ojców naszych mowa, tyle prawdziwie trafnych nazw i wyrażań w sobie mieszcząca, przez opieszałość tylko pisarzy późniejszych pod tym względem zaniedbaną została“.

Po tych słowach Giedroyć tak pisze:

„Słownictwo, czy to ogólne, czy też zawodowe wymaga co czas jakiś uzupełnień, język bowiem musi tworzyć dla nowych rzeczy nowe nazwy. Przede wszystkim atoli trzeba poprawić, co już istnieje.“

Wypadnie więc wziąć się jeszcze do surowej oceny całego zasobu obecnego łącznie z nowymi pomysłami i do ułożenia takiego mianownictwa, które by czyniło zadość wymaganiom czystej polszczyzny, a zarazem ścisłości naukowej“ (26).

Zdaniem Giedroycia słownik może mieć dwojakie zadanie, dydaktyczne lub archiwalne. Autor wybrał to drugie, to znaczy pragnął by praca jego ogarnęła całe bogactwo języka, utrwalając je w druku i udostępniając badaczom. Z takiego założenia wypłynęły pewne zasady, mianowicie autor nie wprowadzał żadnych nazw nowych własnego pomysłu, ani też nie wskazuje, którą z istniejących uważa za najwłaściwszą, „ponieważ słownikarzowi nie służy prawo pomijania wyrazów niewłaściwych, a wybierania dobrych“ (26).

Trzymając się takiej zasady i wychodząc z założenia, że słownik jego ma mieć raczej charakter, jak już wspomniano archiwalny, Giedroyć zebrał olbrzymi materiał, który ułożył alfabetycznie, nie pomijając największych nawet dziwologów, o ile tylko były kiedykolwiek przez jakiegoś autora używane. „Co do niektórych nazw miewałem wątpliwość, pisze Giedroyć, ażeby nie powstały skutkiem nieuwagi zecera. Jeżeli przekonałem się, że nazwa taka u pewnego autora powtarza się stale, uznawałem, że jest naprawdę jego pomysłem“. Zdarzyło się autorowi, że znalazłszy u Gustawa Lewandowskiego wyraz „sność“ przypuszczał, że to chochlik figla splatał:

„Byłem pewny, że to błąd drukarski, że tu opuszczono początek: bezbole (bezbole-sność), wkrótce jednak pokazało się, że autor stale używa tej nazwy i dla czytelnika dodaje (słusznie!) wyjaśnienie: „sność (analgesia“.

Nie pominął też Giedroyć dziwologów Noiszewskiego. Znajdujemy więc np. na str. 622 wyrazy: „Omóznia = *pia mater*. Ozmóznodól = *sulcus cerebri*. Omóznogór = *gyrus cerebri*. Omóznogospłoty = *plexus chorioides*. Omóznogospód = podstawa mózgu. Omózdź = *substantia corticalis cerebelli*. Omózdźzorów = *sulcus cerebelli*“.

Giedroyć tworząc słownik o charakterze, jak się sam wyraził archiwalnym, nie dydaktycznym, mógł podjąć się tak wielkiej pracy zupełnie sam. Nie popełnił błędów Krysińskiego względnie innych indywidualnych reformatorów w rodzaju Noiszewskiego, dlatego że nie chciał naprawiać, lecz przygotować materiał i źródła dla tych, którzy w przyszłości zechcą się naprawą zająć. Że rewizję uważał za wskazaną, wynika ze słów jego, jakich użył w zakończeniu swej przedmowy do Polskiego Słownika Lekarskiego: „Zachodzi tedy potrzeba nowej i całkowitej rewizji mianownictwa lekarskiego polskiego, nowej, naukowej kodyfikacji. Skorowidz jednoznaczników pozwoli jednym rzutem oka ocenić, co można zostawić, albo co należy przekazać historii.“ *) Do pracy tej znalazł Giedroyć podnetę w zdaniu Lindego, że „ten największą językowi robi przysługę, kto go w całej obszerności w jedno zebrałszy podaje do potomności“.

Co do Lindego, Giedroyć czyni mu pewne zarzuty nieścisłości. Linde bogato zaopatrzył słownik w przykłady z dzieł poszczególnych autorów, dokładnie podając źródła skąd czerpał: autora, dzieło, tom, nawet stronicę. Jednakże często zamiast cytaty w oryginalnym brzmieniu podawał streszczenie jakiegoś ustępu lub przekręcał słowa autora. „Częstokroć, pisze Giedroyć, nie zmieniło to istoty rzeczy i równie dokładnie objaśniało nazwę, niekiedy wszakże plodziło błędy“.

Giedroyć obficie zaopatrywał niektóre wyrazy w cytaty, z których podam jeden z ciekawszych. Na str. 322 czytamy:

„Kosz piersiowy: Zamiast „klatki piersiowej“ radzi używać Studzieniecki (również A. Kryszka) nazwy „kosz piersiowy“ i takie przytacza na poparcie swojej rady argumentację: Wyraz „klatka“ uważam za niestosowny, gdyby to bowiem była klatka, zbyteczne by były wszystkie nasłuchiwanie, wypukiwanie itp. Jednym rzutem oka, przeniknąwszy szczeble, rozpoznawałby lekarz niejedną ciężką chorobę. Niestety, jest to raczej kosz gęsto wpleciony i grubo wylepiony, którego przenikać żadne oko nie zdoła. Przegląd Lek. 1877, str. 357“.

Dużo znajdziemy też nazw dziwacznych i nie używanych już dzisiaj, których jedynym objaśnieniem jest synonim lub wyraz obcy: kostowity = kościsty, kostozmięk = osteomalacia, kostozrost = *synostosis*, kostoże = *caries ossium*, kościna = *cementum*, kostniwo, cement (zębów).

*) Pracę tę wykonał prof. Stan. Ciechanowski i pozostawiony przez niego rękopis służyć będzie zapewne za podstawę dla opracowania nowego słownika lekarskiego przez Lek. Instytut Nauk. Wyd.

Przeczytajmy jeszcze co Giedroyć pisze o barku:

„Bark = humerus (o części kończyny górnej lub o kości tylko): Bark od ramiennego stawu do łokciowego przegubu. C n a p i u s. Bark, rura od łopatki albo przednia rura, *brachion*. Ursinus. Bark czyli kość barkowa cz. ramieniowa. M a d e j s k i. Bark składa się z dwóch kości: obojczyka i łopatki. N e u g e b a u e r. — B. = *acromion*. L e B r u n. — B. = kończyna górna (w całości). — B. = *lacertum*, część (ręki) od łokcia aż do palców. M u r m e l i u s“.

Przypomnijmy sobie, co o barku powiedział P e s z k e (str. 28), a jeśli jesteśmy ciekawi, to zagłębimy jeszcze do Słownika Ilustrowanego Języka Polskiego M. A r c t a (W-wa 1929). Na str. 20 czytamy: „bark = w anatomii część górna kończyny górnej, składająca się z łopatki i obojczyka“. Na str. 703 tego samego słownika czytamy: ramię = staw łączący łopatkę z barkiem, wraz z mięśniem go otaczającym; „bark, część ręki od stawu ramiennego do łokcia“. Na str. 644: „przedramię, część ręki: od łokcia do dłoni, przedbarcze“. Na str. 716: „ręka, górna kończyna u człowieka od łopatki do końca palców, a ściślej: od końca palców do przedbarku“. U L i n d e g o bark oznacza rękę „od ramiennego stawu do łokciowego przegubu“, a ramię — „całą rękę od łopatkowego stawu do palców“.

W 1926 r. ukazała się w Wilnie „Anatomia topograficzna kończyny górnej“, K a r o l a K o s i ń s k i e g o (46). Na str. 14 widnieje nazwa — okolica barkowa — *regio humeralis*. W odsyłaczu autor daje taką uwagę: „Jak słusznie zauważa M e r c k e l, *humerus* w języku starołacińskim oznacza bark, a nie ramię“. (Przypominam, że P e s z k e twierdzi coś wręcz przeciwnego). Ostatnie stroniczki tego podręcznika zawierają słownik polsko-łaciński. Zaglądamy tam i przekonujemy się, że *os humeri* oznacza kość ramienną, *regio brachii* — okolicę ramienia, *acromion* — wyrostek barkowy.

Jak widać zawiłe stosunki panujące w mianownictwie kończyny górnej, na które już P e s z k e narzekał nie bardzo uległy naprawie. Jest to wdzięczne pole działania dla komisji mianowniczej. Takie same stosunki panują mniej więcej w mianownictwie kończyny dolnej.

VI.

Na ogół do 1939 r. mianownictwo anatomiczne opierało się na Słowniku Lekarskim z 1905 r. Zawdzięczać to należy głównie współtwórcy Słownika Lekarskiego C i e c h a n o w s k i e m u, który przez poprawiane stale coraz to nowe wydania B o c h e n k a wywarł niewątpliwie znaczny wpływ na naszą terminologię anatomiczną. Dopiero w okresie powojennym, a więc w ostatnich już latach pojawiają się indywidualne próby zreformowania słownictwa, które, jakiegśm to już przedtem wykazali na przykładach z historii, do jednostajnienia mianownictwa, właśnie dlatego, że są indywidualne, nie mogą się przyczynić i na pewno nie przyczynią się. Na czym polegają te rewizjonistyczne usiłowania?

Chcą one wprowadzić zasadniczą zmianę, mianowicie oprzeć nasz słownik anatomiczny o mianownictwo jenańskie, uzasadniając tym, że nowe miana uchwalone w Jenie (1935) mają charakter mianownictwa międzynarodowego, a my Polacy, nie chcąc pozostać w tyle za innymi narodami, powinniśmy czym prędzej wprowadzić JNA do naszych podręczników (55, 56, 57, 72).

Nie mam zamiaru tu ponownie uzasadniać, że miana jenańskie nie zostały dotychczas uznane za międzynarodowe (8, 9, 10, 11, 12, 13), bo uczyniłem to już w innym miejscu (40, 42). Pragnę jedynie w krótkości przypomnieć, że na ostatnim Międzynarodowym Zjeździe Anatomów w 1936 r. w Mediolanie (8), sprawę jako niedojrzałą odroczone do następnego Zjazdu, który miał się odbyć w 1940 r., a z powodu wojny rzecz jasna do skutku nie doszedł. W międzyczasie wpłynęło na ręce S t i e v e'ego, przewodniczącego Międzynarodowej Komisji Mianowniczej tyle poprawek i tak zasadniczych, że tenże sam S t i e v e zmuszony był wyrazić wątpliwości, czy da się osiągnąć porozumienie. Amerykanie wręcz odpisali, że w najbliższym trudnym do określenia czasie nie widzą możliwości wprowadzenia JNA do podręczników. Jeśli tak jest, trudno zrozumieć, dlaczego my byśmy mieli to mianownictwo wprowadzać, skoro prócz niemieckich anatomów nikt prawie na świecie go nie używa*).

Próby wprowadzenia JNA do polskich podręczników anatomicznych lat ostatnich nie przyczyniły się do ujednostajnienia, przeciwnie wniosły jeszcze większe zagmatwanie. Jedni zwolennicy mian jenańskich np. zostają przy dawnej nazwie „kończyna dolna“, inni tłumaczą „*extremitas pelvinea*“ (tak po jenańsku brzmi *extremitas inferior*) jako kończynę miedniczną. Zdaje się, że komisja mianownicza znajdzie tu nie tylko pole do pracy, ale zważywszy, że większość autorów opiera się na mianownictwie bazylejskim, spotka się na pewno z wielkimi trudnościami w uzgodnieniu indywidualnych zapatrywań poszczególnych autorów.

K r y s i ń s k i i P e s z k e poróżnili się ze sobą o wyraz sutek (K r y s i ń s k i twierdził, że powinna być sutka). Kilka lat później K r y s i ń s k i w „Słownictwie“ postawił na swoim — i napisał *mamma* — sutka. P e s z k e nie dał za wygraną i w Krytyce Lekarskiej stwierdził, że *mamma* znaczy sutek.

N o i s z e w s k i 20 lat po najsurowszej, jaka go tylko mogła spotkać krytyce, też postawił na swoim i w wydanej przez siebie Okulistyce (64) nadal popisuje się mianownictwem geometrycznym. Widocznie P e s z k e nie umiał przekonywać. Życzyć by należało komisji mianowniczej, żeby umiała przekonać indywidualistów reformatörów, iż *dla dobra nauczania i nauki lepsze jest mianownictwo ujednostajnione*.

(c.d.n.)

*) Birmingham Anatomical Society w r. 1933 przeprowadziło pewne drobne zmiany w BNA, które przyjęte zostały przez wszystkie uniwersytety angielskie (Birmingham Revision).

NOTATKI TERAPEUTYCZNE

Nowokaina zapobiega wstrząsom powstałym po podaniu dożylnym aminokwasów. Podawanie aminokwasów drogą kroplówek dożylnych zaczyna być coraz szerzej stosowane, ma ono duże znaczenie w zwalczaniu powikłań pooperacyjnych. Używa się do tego celu hydrolizatorów białka w odpowiednim roztworze. Wlewanie dożylnie należy wykonywać bardzo wolno. Mimo to stosunkowo często spotyka się wstrząsy typu anafilaktycznego, czasem groźne (sinica, podniesiona cięplota, dreszcze itp.). Wstrząs taki wymaga natychmiastowego przerwania kroplówki. Trzej autorzy francuscy Leger, Lande i Beauvillain przeprowadzili szereg doświadczeń na zwierzętach oraz badań klinicznych i doszli do wniosku, że dodanie do wstrzykiwanego roztworu 1% nowokainy zapobiega tego rodzaju powikłaniom. Podobnie zresztą jak w przetaczaniu krwi konserwowej. (Presse med. 1949, nr 60, str. 837—838).

Narkoza w operacjach ginekologicznych u chorych z nadeściśnieniem tętniczym. Jeden z ginekologów francuskich stwierdził w oparciu o doświadczenie własne na zebraniu Towarzystwa Ginekologów i Położników w Strasburgu dnia 7 maja 1949 — że u chorych z nadeściśnieniem tętniczym najlepiej wykonywać operacje ginekologiczne w znieczuleniu dordzeniowym pod warunkiem, że zastosuje się wszystkie nowoczesne sposoby postępowania przed i pooperacyjnego (przed wszystkim podawanie dużej ilości tlenu po operacji). Presse med. 1949 — nr 59, str. 826.

Samoistne pęknięcia przelyku są bardzo rzadkie. Rokowanie w tych przypadkach jest na ogół niepomyślne. Leczenie chirurgiczne może jednak w razie wczesnego rozpoznania dać dobre wyniki. Czterej autorzy z Mineapolis w artykule, który ukazał się w piśmie The Journal of Thoracic Surgery (vol. 17, nr 5 1948, str. 613—631) podają, że na 5 przypadków operowanych, u 2 chorych nastąpiło wyleczenie. Autorzy omawiają dokładnie nowoczesną technikę operacyjną i postępowanie pooperacyjne.

Jak długo żyją chorzy po chirurgicznym wycięciu płuca w przypadkach raka? Adams R. omawiając zagadnienie raka płuc stwierdza w oparciu o własną statystykę (56 przypadków, u których wykonano wycięcie płuca), że w przybliżeniu ok. 60% operowanych żyje dłużej niż rok, 35% dłużej niż 5 lat. Wycięcie jednego płata płuca daje podobne wyniki jak wycięcie całego płuca. Ważnym czynnikiem wpływającym na pooperacyjny okres życia jest histologiczny rodzaj guza. (The Journal of Thoracic Surgery, vol. 17. 1949. — 306—322).

Uwagi na temat 941 operacji z powodu przebiccia się wrzodu żołądka. Autor artykułu pod powyższym tytułem Manzocchi, chirurg włoski z Mediolanu, przedstawia wyniki operacji wykonywanych przez 80 różnych chirurgów w okresie 1934—1947. W przeciągu pierwszych 9 godzin wykonuje się obecnie z reguły wycięcie żołądka z użyciem antybiotyków podanych do jamy otrzewnowej. Po tym okresie wykonywane są tylko zeszyte żołądka. Autor uważa, że w większości przypadków należy stosować znieczulenie miejscowe. (Chirurgia — vol. 3, — nr 3—4, — 1948 — str. 105—116). 105—116).

Rak przelyku. Światowej sławy chirurg Sweet (meta Sweeta w operowaniu raka przelyku) omawiając wszechstronnie zagadnienie guzów złośliwych przelyku stwierdza, że wyniki operacyjne są coraz lepsze: prawie 40% operowanych żyje dłużej niż 3 lata po operacji.

Leczenie chirurgiczne daje wciąż lepsze wyniki niż leczenie promieniami rentgenowskimi. (J. A. M. A. — vol. 137. — 1948 — nr 15, str. 1213—1219).

Podobne wnioski wysnuwa szwajcarski chirurg Kaiser który opisuje w Schweizerische Medizinische Wochenschrift (1948 — nr 42, str. 1035—1039) udaną operację wycięcia raka przelyku metodą Kirschnera i Sauerbrucha. Autor podkreśla ważną rolę narkozy i podawania dużej ilości tlenu w czasie operacji.

Rak żołądka. W piśmie „La Prensa médica Argentina“ — 1947, nr 47, str. 2228—2234 ukazał się artykuł statystyczny dwu chirurgów F. J. Nocito i G. F. Cottini dotyczący 213 przypadków raka żołądka leczonych w jednej z klinik uniwersyteckich w okresie od 1933 do 1947. Operowano 190 chorych w tym 84 operacje wycięcia żołądka, laparatomia explorativa 54, gastroenterostomia 46, jejunostomia lub gastrostomia 6. Śmiertelność po wycięciu żołądka wynosiła 26% (22 przypadki).

Vagotomia w leczeniu choroby wrzodowej. Chirurg wiedeński Mandl wykonał 50 operacji Dragstedta. Nastąpiło jedno zejście śmiertelne 10-go dnia po operacji z powodu ropnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych. W przebiegu pooperacyjnym autor stwierdził: w 2 przypadkach groźny wstrząs pooperacyjny, w 3 przypadkach biegunki wczesne, w 7 przypadkach biegunki późne. Nie notował on ani razu powikłań płucnych lub sercowych. Jedynym przeciwwskazaniem do operacji jest zdaniem autora nadeściśnienie tętnicze. Wycięcie nerwów błędnych w leczeniu niektórych form choroby wrzodowej daje doskonałe wyniki. Brak jednak ciągle wyników odległych aby móc ocenić należyte tę nową metodę operacyjną (Wiener Klinische Wochenschrift 1948 — nr. 13 — str. 201—203).

Streptomycyna w leczeniu zapalenia przydatków. Autor czeski Ponfuch (z Kliniki położniczej Uniwersytetu w Bratysławie) podaje w swym artykule, który pojawił się w piśmie „Bratislavské Lekársk Listy“ (1949 — nr 7 — str. 663—667) dwie historie chorób młodych kobiet leczonych streptomycyną z powodu guzów zapalnych przydatków (w jednym przypadku chodziło niewątpliwie o proces gruźliczy). Dawki w jednym przypadku doszły w sumie do 15 g w drugim do 30 g. Wyniki nie były zadowalające. Objawy subiektywne ustąpiły tylko nieznacznie.

Wiesław Nasilowski

KILKA UWAG NA TEMAT DIKUMAROLU

1. Dikumarol obniża poziom protrombiny we krwi i przez to powoduje przedłużenie się czasu krzepnięcia.
2. Działanie dikumarolu jest skierowane wyłącznie na produkcję protrombiny w wątrobie.
3. Dikumarol daje dobre wyniki w leczeniu spraw zakrzepowo-zatorowych.
4. Dikumarol stosuje się per os przy równoczesnej kontroli poziomu protrombiny.
5. Dawkowanie dikumarolu jest trudne i musi być indywidualizowane.
6. Obniżenie poziomu protrombiny poniżej granicy bezpieczeństwa może dać groźne powikłania w postaci uporczywych krwawień, które można zatrzymać jedynie przetaczaniem krwi.
7. Nie można stosować dikumarolu bez jednoczesnej kontroli poziomu protrombiny we krwi.

Piśmiennictwo polskie o dikumarolu:

1. Dryjski J.: Pol. Przegl. Chir. 1948, nr 3, str. 569—606.
2. Jorpes J. E.: Pol. Tyg. Lek. 1947, str. 71.
3. Nasiłowski W.: Pol. Tyg. Lek. 1949, str. 771—773 i str. 805—806.

W. N.

STRESZCZENIE

Paraf. J., Levi S. i Robineaux R.

KRWAWIENIA PO UŻYCIU DIKUMAROLU

(Bulletins et Memoires de la Societe Medicale des Hopitaux de Paris nr 14—15, 1948, str. 444—448)

Leczenie dikumarolem jest trudne i może być przeprowadzone tylko w dużych zakładach leczniczych gdzie można przeprowadzić stałą kontrolę poziomu protrombiny we krwi. Wiele już na ten temat pisano i mówiono, przestrzegając przed groźnymi powikłaniami, które mogą wystąpić. Są jednak lekarze, którzy nie zwracają uwagi na ostrzeżenia badaczy i stosują dikumarol bezmyślnie i bez przeprowadzania odpowiednich badań laboratoryjnych. Tego rodzaju postępowanie świadczy o nieuctwie niektórych lekarzy i o lekceważeniu sobie zdrowia a nawet życia chorego. Autorzy przytaczają historię choroby kobiety, która używała dikumarol przez 5 dni i przyjęła go przez ten czas 2,7 g. Lekarz ordynujący nie stosował żadnych badań laboratoryjnych. U chorej pojawiły się groźne krwawienia (krwiomocz i krwawienia z dziąseł), które nie ustępują pod wpływem leczenia. Stan chorej z każdym dniem zaczął się pogarszać, krwawienia stały się coraz bardziej uporczywe i obfitsze. Chora została przewieziona do szpitala gdzie stwierdzono, że poziom protrombiny we krwi obniżył się u niej do 10% poziomu prawidłowego. Zastosowano intensywne leczenie witaminą K, które jednak nie dało pożądaných wyników, dopiero dwa po sobie następujące przetoczenia krwi wstrzymały krwawienia. Poziom protrombiny natychmiast podniósł się, stan chorej zaczął się powoli poprawiać.

Krwiomocz jest najczęściej spotykanym krwawieniem w zatruciu dikumarolem. Przetoczenie krwi świeżej z równoczesnym podawaniem witaminy K jest najlepszym leczeniem krwawień „dikumarolowych”. Świeża krew konserwowana daje również dobre wyniki.

Wiesław Nasiłowski

STRESZCZENIE

Magath A.

Kwas askorbinowy i ciąża.

(Bratislavske Lekarske Listy — 1949, nr 7, str. 628—636)

Autor zajmuje się zagadnieniem farmakodynamiki witaminy C u kobiet ciężarnych oraz techniką badań laboratoryjnych wykrywania witaminy C w moczu.

Przeprowadził on dwie serie badań u kobiet ciężarnych (w ostatnich miesiącach ciąży) w okresie letnim i w okresie zimowym. Po podaniu 500 mg syntetycznego kwasu askorbinowego dziennie nasycenie moczu następowało w okresie letnim po 5 dniach; w okresie zimowym po 8 do 9 dniach. Badania autora dotyczą 12 kobiet w okresie letnim i 21 kobiet w zimie.

W związku z dużą ilością witaminy C niezbędnej w czasie ciąży i w związku z tym, że w zimie pokarmy zawierają niedostateczną jej ilość, autor radzi stosować regularnie 5 mg witaminy C (syntetycznej) u wszystkich kobiet w ostatnich dwóch miesiącach ciąży w okresie zimowym.

W lecie tego rodzaju postępowanie jest zbędne bowiem w normalnym żywieniu nie może być mowy o niedoborze witaminy C.

Autor zajmuje się również wzajemnymi stosunkami jakie zachodzą między wydzielaniem hormonalnym gruczołów płciowych w okresie ciąży a witaminą C.

Niedobór witaminy C może się wyraźnie odbić na życiu płodu.

Piśmiennictwo złożone z 17 pozycji.

Wiesław Nasiłowski

STRESZCZENIE

Abdo Feghali (dyrektor Wydziału Pediatrii w Ministerstwie Higieny Libanu — La Presse Medicale, 1949, nr 80)

Z okazji 500-lecia w r. 1949 urodzin Rhazesza

W komunikacie swym autor poświęca wspomnienie słynnemu lekarzowi perskiemu Rhazesowi, klinicyście, który stał się powagą w średniowieczu na całym Wschodzie. On pierwszy pozostawił opis antraksu (wąglika) z jego powikłaniami, nazwanego ogniem perskim i odróżnił ospę wietrzną (varicella) od ospy (variola). Dla pierwszej Rhazes nie podał żadnego środka leczniczego, dla drugiej, szerzącej się gwałtownie w Azji w owej epoce, zalecał izolację chorych i tylko podawanie polewki z soczewicy. Urodzony pod Teheranem w chacie wiejskiej, Rhazes poświęcił się zawodowi lekarskiemu mając lat 30. Pomiędzy innymi założył on szpital, jeden z największych w Persji, wybudowany w miejscowości suchej, przewiewnej, słonecznej i zdala od centrum stolicy kraju. W szpitalu tym istniała pracownia w której Rhazes wykonywał eksperymenty farmakologiczne na zwierzętach. Władając językami — induskim, greckim, arabskim, łacińskim i syryjskim, przekazywał swym liczным uczniom całą swą wiedzę i doświadczenie lekarskie. Był to lekarz o wysokim poziomie etycznym, wielkiej dobroci, filantrop, społecznik w pojęciu dni dzisiejszych i przyszłych. Umarł w biedzie. Dr Feghali nazywa Rhazesza dobroczyńcą ludzkości.

L. Zembrzusi

KOMUNIKATY IZB LEKARSKICH

Okręgowa Izba Lekarska
w Sopocie, Chopina 37
30. 1. 1950 r.

KOMUNIKAT NR 1/50

I. Kasa Wzajemnej Pomocy na wypadek śmierci.

Zarząd Okręgowej Izby Lekarskiej w Sopocie na posiedzeniu w dniu 18. 1. 50 r. uchwalił rozpisać XXVIII (28) serię składek pośmiertnych w Kasie Wzajemnej Pomocy na wypadek śmierci w kwocie zł 200,— (dwieście), wobec śmierci członka Izby — śp. dr Olszewskiego, zmarłego w dniu 2. 1. 1950 r.

Sumę powyższą należy wpłacać bepośrednio do Kasy Izby Lekarskiej w Sopocie, Chopina 37 na rachunek

Kasy Wzajemnej Pomocy na wypadek śmierci, lub na jej konto w PKO — Gdynia — XI—4211 w ciągu dni 15 od daty ukazania się niniejszego komunikatu.

Okręgowa Izba Lekarska
w Sopocie, Chopina 37

Komunikat nr 2/50

I. Kasa Wzajemnej Pomocy na wypadek śmierci.

Zarząd Okręgowej Izby Lekarskiej w Sopocie podaje do wiadomości, że w IV kwartale 1949 r. zmarli następujący lekarze z terenu Okręgowej Izby Lekarskiej w Sopocie:

1. śp. dr Mordasewicz Wacław z Gdańska-Pszczółek, zmarł 12. 10. 49,

2. śp. dr Szaad Albert z Sopotu, zmarł 12. 11. 49. — Ogółem zmarło w 1949 r. — 10 lekarzy.

II. Fundusz Zapomogowy dla lekarzy i wdów i sierot po lekarzach:

W IV kwartale 1949 r. wypłacono zapomóg:

zwykłych w kwocie zł	886.000,—
chorobowych „ „	49.000,—
Razem zł	935.000,—

Ogółem wypłacono w 1949 r.:

zapomóg zwykłych zł	3.031.000,—
zapomóg chorobowych „ „	166.000,—
Razem zł	3.197.000,—

Sekretarz Okręg. Izby Lekarskiej
w Sopocie

(—) dr med. Krzyżanowski Marian

Wykaz zmian, zaszytych w spisie lekarzy w czasie od 1. 1. do 31. 1. 1950 r.

Nowo zarejestrowani:

1. Dr Girdwoyń Jan, ur. 1880, data uk. 1908, ogólne, Stegna, pow. Gdańsk, Ośrodek Zdrowia. 2. Lek. Kośmider Bolesław, ur. 1915, data uk. 1944, ogólne, 1948 nostr., Szczecin, Al. Piastów 11/10. 3. Dr med Pumpiański Rafał, ur. 1908, data uk. 1938, ogólne, Szczecin, Śląska 7. 4. Lek. Rozowski Tadeusz, ur. 1903, data uk. 1930, ogólne, Szczecin, Noakowskiego 20. 5. Lek. Sawicka-Mielnik Irena, ur. 1922, data uk. 1946, ogólne, Gdańsk, Politechniczna 16a. 6. Dr Starkiewicz Julia, ur. 1908, data uk. 1932, dziec., Szczecin, Sienkiewicza 5. 7. Prof. dr Starkiewicz Witold, ur. 1906, data uk. 1932, oczu, Szczecin, Sienkiewicza 5. 8. Lek. Stoma Włodzimierz, ur. 1918, data uk. 1947, ogólne, Szczecin, Małkowskiego 26.

Zmiany adresu:

1. Dr med. Głowacki Emil, dawn.: Bydgoszcz, Jagiellońska 53, obecn.: Bydgoszcz, Al. 1 Maja 63. 2. Dr med. Zieliński Edmund, dawn.: Skarszewy, obecn.: Kwidzyn, 1 Maja 1.

Wymeldowani:

1. Lek. Kaliński Kazimierz, dawn.: Pruszcz-Gdański, obecn.: Warszawa, ul. Poświętna 2. 2. Dr Krzyszkowska Anna, dawn.: Toruń, Mickiewicza 7, obecn.: Warszawa, ul. Wawelska 15. 3. Dr Płudowski Franciszek, dawn.: Słupsk, Popławskiego 6, obecn.: Mława, Rokossowskiego 13. 4. Lek. Stocki Edward, dawn.: Gdańsk, Potokowa 22, obecn.: Zduny, ul. Kolejowa 29. 5. Dr Słęk Bolesław, dawn.: Słupsk, Ubezpieczalnia Społeczna, obecn.: Opole Lubelskie, pow. Puławy.

Zmarli:

1. Dr Olszewski Piotr — 2. 1. 1950 r. we Włocławku.

Specjalizacje — przyznane:

1. Lek. Horodko Władysław	— choroby płuc
2. Lek. Pietrow Borys	— chirurgia
3. Dr Sroczyński Stanisław	— balneologia

Sekretarz Okręg. Izby Lekarskiej
w Sopocie

(—) dr med. Krzyżanowski Marian

Towarzystwo Chirurgiczne Warszawskie

Skład Zarządu Towarzystwa Chirurgicznego Warszawskiego, wybranego na bieżącą kadencję 1949/1950 roku w dn. 27. X. 1949 r.:

Skład Zarządu:

Prezes — Prof. dr J. Zaorski
Wiceprezes — Doc. dr J. Kossakowski
Sekretarz — Dr J. Raczyński
Skarbnik — Dr T. Badziak.

Członkowie Zarządu: Dr Z. Jurewicz
Dr Z. Obrębski.

Komisja Rewizyjna:

Płk. dr T. Bętkowski
Dr Z. Łapiński
Dr Z. Skotnicki.

Komisja Wyborcza:

Dr M. Cholewicki
Dr Z. Deka
Dr M. Garlicki
Dr L. Klimowicz.

Sekretarz:

(—) dr Jan Raczyński

Prezes:

(—) Prof. dr Jan Zaorski

Komitet Organizacyjny
XIII Zjazdu Pol. Tow. Dermat.
w Poznaniu, ul. Przybyszewskiego 49

Komunikat II.

1. XIII Zjazd P. T. D. odbędzie się w Poznaniu z końcem czerwca 1950 r. (dokładna data ustalona będzie później).

Tematami głównymi Zjazdu będą:

- I. Alergia w dermatologii, oraz
- II. Doniesienia Klinik Dermatologicznych, oddziałów szpitalnych dermatologicznych, oraz wszystkich ośrodków leczenia chorób wenerycznych z terenu całej Polski o wynikach leczenia kiły wczesnej w ramach „Akcji W” prowadzonej od r. 1948.

2. Zjazd Poznański będzie trwał 3 dni:

- — w pierwszym dniu odbędzie się otwarcie Zjazdu, po czym podane będą doniesienia o wynikach leczenia kiły wczesnej w ramach „Akcji W”, oraz wygłoszone będą odczyty związane z tematem leczenia kiły i rzeżączki. Następnie odbędzie się dyskusja i podsumowanie otrzymanych wyników;
- — drugi dzień poświęcony będzie referatom i odczytom z zakresu alergii w dermatologii, oraz dyskusji na ten temat;
- — w trzecim dniu odbędą się:
 - a) pokazy chorych i dyskusja nad nimi,
 - b) dokończenie dyskusji z poprzedniego dnia,
 - c) zebranie Delegatów P. T. D.,
 - d) zamknięcie Zjazdu.

3. Donoszę, że w Zjeździe Poznańskim wezmą udział przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia, oraz zaproszeni wybitni dermatolodzy i wenerolodzy zagraniczni, zwłaszcza z Krajów Demokracji Ludowej.

Podając powyższe do wiadomości proszę wszystkich członków P. T. D. oraz wszystkich uczestników w Zjeździe o:

- a) zgłoszenie do 20. III. 1950 ostatecznie ustalonych tematów odczytów i doniesień (nazwisko prelegenta, tytuł odczytu, nazwa kliniki, szpitala, ośrodka);
- b) przysłanie do 15. V. 1950: wyczerpujących streszczeń odczytów i doniesień, dokładnych danych o wynikach leczenia kiły wczesnej w ramach „Akcji W”, prowadzonej od r. 1948, (dane te muszą być przesłane następnie do wybranej już Komisji, która zajmie się ich rozpracowaniem i podsumowaniem wyników);
- c) proszę również o zgłoszenie do 10 czerwca 1950 chorych pozamiejscowych z rozmaitych ośrodków, którzy będą pokazywani w trzecim dniu Zjazdu (koszty noclegów i utrzymania tych chorych będą pokryte przez Komitet Organizacyjny);
- d) proszę wszystkie oddziały P. T. D. o jak najrychlejsze przysłanie dokładnego spisu członków i ich adresów.

UWAGA: Podaję do wiadomości, że dla usprawnienia przebiegu posiedzeń naukowych Zjazdu, oraz dla

wyczerpania obfitego programu, podczas Zjazdu w Poznaniu przestrzegany będzie ściśle Regulamin Posiedzeń naukowych Zjazdu P. T. D. ogłoszony w Przeglądzie Dermatologicznym, tom XXXV, nr 1, 1948.

Proszę o wcześniejsze zgłaszanie uczestnictwa w Zjeździe, oraz podaję, że w Zjazdach P. T. D. mogą brać udział — oprócz członków P. T. D. goście zaproszeni przez Komitet Organ., dermatolodzy nienależący do P. T. D., oraz lekarze innych specjalności interesujący się tematami Zjazdu. Szczegółowy program Zjazdu, oraz dalsze wiadomości, rozesłane będą później.

Adam Straszynski

Komunikaty

„DOŚWIADCZENIA MEDYCyny RADZIECKIEJ w Wielkiej Wojnie Ojczyźnianej“

Pod powyższym tytułem ukażą się w najbliższym czasie pierwsze tomy zbiorowego dzieła, poświęconego doświadczeniom medycyny radzieckiej w okresie ostatniej wojny. Zapowiedziane jest ukazanie się 35 tomów tego wydawnictwa w ciągu 2 lat. Według oficjalnych wypowiedzi ostatnie tomy opuszczają prasę w końcu 1951 r. Przewidziany jest nakład 500.000 egz.

Całość składać się będzie z 4 części: I Chirurgia, II Terapia, III Epidemiologia i higiena, IV Patologia uszkodzeń postrzałowych. W zakresie tych głównych czterech działów poruszone są między innymi następujące problemy:

Choroby płuc, serca, nerek, żołądka, gruźlica płuc, choroby narządów wewnętrznych u rannych, choroby skóry w wojsku, zagadnienia epidemiologii, higieny i patologii uszkodzeń postrzałowych, zranienia postrzałowe czaszek i mózgu, uszkodzenia szczęk i twarzy, oczu, gardła, ucha, nosa, kręgosłupa i rdzenia, brzucha, miednicy i innych części ciała.

Wydawnictwo opracowane jest przez specjalistów lekarzy, biorących czynny udział w organizacji służby zdrowia Armii Radzieckiej.

KOMUNIKAT

Polskie Towarzystwo Hematologiczne w związku ze zjazdem, który odbędzie się 28, 29 i 30 maja br. zaprasza zainteresowanych do zgłaszania swego udziału do dnia 30 kwietnia 1950 na ręce sekretarza Towarzystwa Doc. Dr J. Aleksandrowicza, III Klinika Chorób Wewnętrznych Akademii Lekarskiej w Krakowie, Kopernika 17 z równoczesną wpłatą złotych 1.000.— na konto w P. K. O. Nr IV—8914.

Przypomina się, że termin zgłaszania referatów upływa dnia 15 marca 1950 r.

Sekretarz

Doc. Dr J. Aleksandrowicz

KOMUNIKAT

Zjazd Ginekologów Polskich odbędzie się w dniach 28 i 29 maja 1950 r. w Szczecinie.

Prezydium Zjazdu prosi uczestników Zjazdu o podanie zapotrzebowania na kwatery w hotelach względnie w pomieszczeniach zbiorowych.

Termin zgłaszania referatów upływa 1 kwietnia 1950 r. Zgłaszający referaty zechcą powiadomić Prezydium Zjazdu o zapotrzebowaniach na sprzęt pomocniczy do demonstracji i wykładów (mikroskopy, epi-diaskopy, aparaty kinowe).

Pożądaną są krótkie streszczenia referatów (maszynopisy) zwłaszcza zaś referatów głównych.

Zapotrzebowanie na kwatery oraz tytuły referatów i streszczenia należy zgłaszać do Sekretariatu Zjazdu na adres: Klinika Położnictwa i Chorób Kobięcych Akademii Lekarskiej w Szczecinie, ul. Piotra Skargi nr 9/11.

Termin zgłaszania zapotrzebowań na kwatery upływa 1 maja 1950 r.

STACJA POGOTOWIA RATUNKOWEGO P.C.K. w BYDGOSZCZY

zatrudni natychmiast

4 lekarzy

jako lekarzy dyżurnych Pogotowia.

Warunki płacy wg III-ciej grupy siatki płac Ministerstwa Zdrowia. Zgłoszenia kierować do kierownictwa Pog. Rat. P.C.K. Bydgoszcz, ul. Pomorska 16.

KONKURS

na stanowisko lekarza domowego Ubezpieczalni Społecznej w Inowrocławiu.

Ubezpieczalnia Społeczna w Inowrocławiu poszukuje od dnia 1 kwietnia 1950 roku

lekarza

do Złotnik-Kujawskich, stacja kolejowa pomiędzy Bydgoszczą a Inowrocławiem, mieszkanie w Ośrodku Zdrowia, prąd itp. Równocześnie do objęcia stanowisko

kierownika Ośrodka Zdrowia i lekarza przemysłowego w Cukrowni Tuczno

Podanie wraz z odpisami dokumentów kierować do Ubezpieczalni Społecznej w Inowrocławiu.

SZPITAL POWIATOWY w LESZNIE przy ul. Daszyńskiego 57

poszukuje od zaraz

asystenta

na oddział chirurgiczny i ginekologiczno-położniczy.

Warunki do omówienia na miejscu.

Dyrekcja Szpitala.

KOMUNIKAT

Zarząd Miejski Wydział Zdrowia donosi, że Ubezpieczalnia Społeczna w Poznaniu, na skutek swych starań o zaopatrzenie w surową wątrobę wszystkich chorych na anemię złośliwą, otrzymała z Centralnego Zarządu Przemysłu Mięsnego, Dyrekcji Dystrybucji, pismo stwierdzające, że chorzy na niedokrwistość mogą dokonywać zakupu potrzebnej im wątroby w godzinach od 9-tej do 12-tej w następujących sklepach:

- 1) sklep nr 77 — ul. Dębiecka 54
- 2) sklep nr 60 — ul. Fr. Ratajczaka 32
- 3) Pólhurt P.S.S. — ul. Grochowe Łąki 9.