

Śląska Gazeta Lekarska

Miesięcznik

Organ Izby Lekarskiej Śląsko-Dąbrowskiej, Wojewódzkiego Wydziału Zdrowia, Związku Zawodowego Lekarzy Okr. Śl. - Dąbr. i Polskiego Czerwonego Krzyża Okr. Śl. - Dąbr.

Redakcja i administracja: Cieszyn, Plac św. Krzyża 1, m. 4. Tel. Nr. 12-15 Konto P. K. O. Nr. III-4264.
Redaktor i wydawca: Dr Albin Garbień, Cieszyn, Plac św. Krzyża 1, Tel. Nr. 12-15.

Cena 200 zł.

Do nabycia: we wszystkich księgarniach i placówkach „Czytelnika”.

Treść:

Konkurs „Śląskiej Gazety Lekarskiej” na prace o gruźlicy.

Skład Sądu Konkursowego. Regulamin Sądu Konkursowego.

Dział naukowy:

I. PRACE ORYGINALNE:

Strona

- 1) Dr Stanisław Radwan (Katowice) — „Podstawowe wiadomości o żywieniu zdrowego człowieka i chorego w szpitalu w dobie obecnej” 399
- 2) Dr Jan Szumski (Bytom) — „Akcja zapobiegawczo - lecznicza i propaganda higieny życia codziennego na wsi” 407
- 3) Dr Juliusz Kępski (Katowice) — „Nowoczesne urządzenie dezynfekcyjno - kąpielowe”. (2 ryciny) 408
- 4) Dr Stanisław Bylina (Przeworsk) — „O plan walki z rakiem i śląski instytut rado-
wy”. Część II. (3 ryciny). 411
- 5) Dr Eugeniusz Mierczyński (Prudnik) — „Problem leczenia złamań otwartych w
czasie ubiegłej wojny”. 416
- 6) Dr Władysław Rafał Heftman (Chrzanów) — „O nowoczesnej metodzie leczenia
złamań gwoździowaniem szpikowym”. (18 rycin). 422
- 7) Dr Władysław Kubisty (Bytom) — Kilka uwag o zastrzale”. 436
- 8) Dr Tadeusz Malinowski (Gliwice) — „Kilka spostrzeżeń własnych o operacjach
jagliczych”. 440
- 9) Dr Wiktor Bincer i abs. med. Maria Mitreżanka (Cieszyn) — „Penicillina w za-
walczaniu nosicielstwa błonicy”. 442
- 10) Dr Bogusław Koterla (Bytom) — „Przypadek posocznicy usznego pochodzenia
u 10 miesięcznego dziecka wyleczony penicilliną”. 443

11) Dr H. Krupiński, Dr H. Koźmińska i Dr. I. Sikorska (Zabrze) — „Spostrzeżenia nad stosowaniem penicilliny u dzieci”	446
12) Dr Józef Tomaszewski (Zabrze) — „Wady rozwojowe przewodów żółciowych”	454
13) Dr Józef Godlewski (Wrocław) — „Ostra niedomoga układu krążenia krwi w przebiegu chorób infekcyjnych”	457
14) Prof. Dr Kazimierz Opoczyński (Cieszyn) — „Rak pierwotny wątroby i jego histogeneza”. (3 ryciny)	449
15) Dr Jerzy Monsiorski (Zawiercie) — „Operacyjne leczenie tyłozgięcia macicy sposobem Becka	464
16) Dr Mieczysław Głowiński (Bytom) — „Rozrost gruczołowy śluzówki macicy (2 ryciny)	466
II. PRZEGŁĄD POLSKICH CZASOPISM LEKARSKICH (Dziennik Zdrowia, Polski Tygodnik Lekarski, Przegląd Lekarski, W Służbie Zdrowia, Medycyna Społeczna i Kliniczna)	437
III. KSIĄŻKI NADESŁANE DO REDAKCJI Prof. dr J. Morzycki, dr A. M. Klinberg — Naczelny Nadzwyczajny Komisarjat do Walki z Epidemiami w latach 1944 — 1945.	475
Prof. dr Stanisław Skowron — Jak powstaje człowiek.	476
Prof. dr Janusz Supniewski — Penicylina.	476
IV. STRESZCZENIE PIŚMIENICTWA ZAGRANICZNEGO	
1) MEDYCYNĄ PRACY	
a) Medycyna urazowa:	
1) Mithiner — Kontuzje i dystorzie	476
2) Anderson — Rany powierzchowne	477
3) Griffiths — Drobniejsze skaleczenia rąk	477
4) Joan, Jones — Urazy ścięgien	477
5) Wallace — Oparzenia lekkiego stopnia	447
6) Brown — Rozpoznanie urazów łokotki	478
7) Uszkodzenia od pioruna	478
8) Harper, Tait — Obrzęk płuca towarzyszący ranom klatki piersiowej	478
9) Cooper — Zgorzel gazowa po wstrzyknięciu adrenaliny	479
10) Marcrosson — Złamanie brzeżne kości łódkowatej nadgarstka u dzieci	479
b) Choroby zawodowe:	
1) Pylica w kopalniach węgla w pld. Walii	479
2) Choroba Raynauda jako choroba zawodowa	479
3) Nienagradzane narażanie się w przemyśle	480
4) Urazy i nabłoniak	480
5) Kreyberg — Uszkodzenie tkanek wywołane przez zimno	480
c) Higiena pracy:	
1) Buxton — Zapobieganie wypadkom i ograniczenie uszkodzeń	480
2) Nasze powietrze przemysłowe	480
2. MEDYCYNĄ SPOŁECZNA:	
1) Topping — Europejskie problemy zdrowia: Udział UNRRA w ich rozwiązaniu	481
2) Newth — Ustawa szkolna z r. 1944 a dziecko upośledzone	481
3) Allen, Williams — Zapadalność na zakażenie w wojennych żłóbkach dzieciennych	481
4) Śmiertelność niemowląt	482
5) Curran — Opieka nad starcem	482
6) Eserit — Niektóre słabe strony urządzeń sanitarnych	482
7) Goodridge, Fuller, Lockett — Niektóre zagadnienia zaopatrywania w wodę okręgów wiejskich w kraju i za morzem	482
8) Kemp, Wilson — Ekologia społeczna kopalni węgla w Radstock	483
9) Odpływ pracowników z kopalń	483
10) Brock — Psychiatria a publiczna służba zdrowia	483
11) Barlow — Zdrowie rodziny	483
12) Wady wzrokowe wywołane złym odżywianiem matki	483
13) Wołowina, mięśnie i biochemia	
14) Rola odżywiania w medycynie społecznej	484
3) CHIRURGIA:	
1) D'Abren, Humble — Zakrzepowe zaccopowanie żył krezki	484
2) Learmouth — Technika szycia małych ran	485
3) Foote — Kilka powszednich zagadnień leczenia żylaków	485
4) Thompson — Leczenie żylaków metodą strątu	486
5) Gray Halton — Kamień miłowy w rozwoju narkozy	486

Śląska Gazeta Lekarska

Miesięcznik

Organ Izby Lekarskiej Śląsko-Dąbrowskiej, Wojewódzkiego Wydziału Zdrowia, Związku Zawodowego Lekarzy Okr. Śl.-Dąbr. i Polskiego Czerwonego Krzyża Okręgu Śląsko-Dąbrowskiego

Redakcja i administracja: Cieszyń, Plac św. Krzyża 1 m. 4. Tel. Nr. 12-15. Konto P. K. O. Nr. III-4264.

Redaktor i wydawca: Dr. Albin Garbień, Cieszyń, Plac św. Krzyża 1. Tel. Nr. 12-15.

Podstawowe wiadomości o żywieniu zdrowego człowieka i chorego w szpitalu w dobie obecnej

Podał

Dr med. Stanisław Radwan
b. dyrektor szpitali.

I. Podstawy naukowe:

Poczytuję sobie za obowiązek rozwinąć szerzej szkicowo podany fragment o dietetyce w szpitalach,*) gdyż przekonałem się podczas inspekcji, jak źle wygląda ta sprawa u nas i jak mało wiedzą o niej lekarze szpitalni i personel, współpracujący z dyrektorem w zakresie żywienia chorego. Nie wszystko da się usprawiedliwić brakiem funduszy i brakiem artykułów żywnościowych z przydziałów. Wielu zarządców i kierowniczek kuchni w ogóle pierwszy raz słyszało o kaloriach ode mnie. Zdziwione oczy przekonały mnie, że wobec braku podręczników, instrukcji itp. trzeba rzecz wyłożyć możliwie krótko i jasno, bo wszak z funduszu aprowizacyjnego koniecznie należy wyliczyć się umiejętnie, aby nie wynikła strata poważna dla szpitala.

Zgodnie z zasadniczo przyjętą i przez państwa cywilizowane ustaloną formułą Voita i Pettenkofera, ugruntowane są podstawy naukowe żywienia człowieka. Według tej formuły wiadomo jest, że pracujący mężczyzna potrzebuje na dobę:

białka 118 gr.

tłuszczu 56 gr.

węglowodanów 500 gr.

Pełnowartościowa powyższa racja żywnościowa obliczona w zasadniczych składnikach daje 3055 kalorii i zapewnia sprawną zdolność do pracy robotnika fizycznego i nie narusza jego własnych rezerw w organizmie.

W okresach powojennych i wojennych trudności aprowizowania ludności, zauważono, że

100 gramów białka wystarczy dla człowieka pracującego niezbyt ciężko i utrzymuje całkowitą zdolność do pracy. Nawet, gdy człowiek spożywa tylko 80 gramów białka, lecz przy niecodziennych warunkach spożycia 68 gramów tłuszczu i 450 gramów węglowodanów, nie ma nie tylko głodu, ale utrzymuje się zdolność do pracy. Szwankuje tylko odbudowa strat organicznych ciała pracującego. Stanowi to 2805 kalorii wartościowych spożytych, utrzymujących ustrój w równowadze. Mówiąc popularnie: na takim odżywianiu człowiek nie utyje, ale i nie głoduje. We wszelkich pracach, obserwacjach i doświadczeniach naukowych podkreśla się konieczność zachowania norm spożycia białka, tłuszczu i węglowodanów, w pewnym stałym ustalonym stosunku, który daje nam podstawowe reguły, jak powinien odżywiać się człowiek, aby zachować zdolność do pracy. Jest to prawo życia, utrzymujące mechaniczną równowagę sił ustroju tak, jak ustalona ilość benzyny niezbędna jest dla samochodu, który ma przejechać stosowną ilość kilometrów z oznaczoną szybkością. Słowem, o ile człowiek nie otrzyma dostatecznego paliwa, musi się zużyć tak jak samochód, który nie dostanie paliwa wartościowego.

Prof. Pożerski ustalił, że w 3000 kal. musi być spożyte co najmniej 70 gramów białka i 30 gramów tłuszczu dziennie, aby zachować zdolność do pracy i zdrowie. Wiemy, że prócz białka, tłuszczu i węglowodanów, konieczne są witaminy, sole mineralne, oraz woda, aby ustrój miał wszelkie konieczne potrzeby do zachowania sprawności funkcji organów i materiału dla odnawiania się komórek zużytych. Żywienie się w czasie wojny przekonało dostatecznie Pola-

*) Śląska Gazeta Lekarska 6/46. Str. 310

ków, jak wpływa na ustrój spożywanie białka i tłuszczu poniżej norm ustalanych. Utrata wagi do 40 kg nie była rzadkością u szeregu ludzi. Gdyby tak zliczyć utracone kilogramy żywej wagi ludności, zwłaszcza miast, osad fabrycznych, miejsc prac przymusowych, więzień i obozów udręczeń, zamienić je na cegły i ustawić wielką piramidę, to nie wystarczyłby cały aparat transportowy Niemców do wywieżenia. Miliony ton żywności wywieźli do „vaterlandu” i miliony ton w przybytkach na wadze, w tłuszczach fałdach brzucha i karków wojskowych i cywilnych, a powstałych ze zrabowanych zasobów krajowych ludności Polski. Nikt nie upomniał się jeszcze, że rewindykacja należy się nam również za utracone produkty i pogłowię zwierzęce, aby przywrócić choćby obecnie równowagę fizyczną pozostałej przy życiu ludności. Gwałtowny i tak wielki ubytek na wadze jest dowodem głodu całkowitego bezbiałkowego i beztłuszczowego, a również dowodem, że węglowodanami można tylko w małym procencie pokrywać straty ustroju ludzkiego. Białka oraz tłuszczu nie ma obecnie w dostatecznej ilości dla ludności, 3000 kalorii nie spożywa nawet ludność ciężko pracująca, z wyjątkiem może górników i hutników. Nie ma przy tym zabezpieczonego stosunku w pożywieniu białka, tłuszczu i węglowodanów. Ogólne te wywody pozwolą zrozumieć podstawy odżywiania zdrowego człowieka.

Przechodzimy do żywienia chorych w szpitalach. Człowiek w spoczynku nie wymaga ani tak wielkiej ilości kalorii, ani białka w ilości koniecznej dla ciężko pracującego człowieka. Chory w szpitalu zalicza się do spoczywających, z pewnymi zastrzeżeniami.

Kaloryczność różnych diet, w zależności od rodzaju chorób — określa prof. Pożerski (Paryż, Instytut Pasteura) dla szpitali przeciętnie w skali od 2500 do 3000 kalorii. W pożywieniu chorych winny przeważać potrawy łatwo strawne, dobrze przyswajalne, a więc w pożywieniu dla chorego, prócz wymienionych reguł, utrzymujących równowagę ustroju, musi być dokonany odpowiedni dobór potraw, odpowiednio rodzaju białka, tłuszczu, węglowodanów. Prócz tego potrzebuje chory więcej smakowitych płynów, kompotów, owoców, legumin i różnych używek (kawa, herbata), gdyż ma zakłócony apetyt i aparat trawienny. Zwłaszcza są wyraźne zaburzenia w zakresie zdolności przyswajania (asymilacji) w czasie destrukcji patologicznej. Wiemy, że podczas i po rozległej operacji następuje tak wielka destrukcja tkanek i krwi, że krew przepiętna jest białkiem z rozpadu własnych tkanek i chory ma wstręt usprawiedliwiony do ciężko strawnego białka. Potrzebuje płynu i soków owocowych, które chętnie spożywa. Dawni lekarze w dobie, gdy nie było jeszcze naukowego wyjaśnienia, zaobserwowali szkodę, jaką wywołuje ciężka dieta białkowa u chorych operowanych i bardzo ciężko

chorych. Przy przedłużającym się wstręcie u chorych i głodzie stosowano wodę białkową z sokiem cytrynowym, czysty barszcz buraczany, na mięsie itp. — po operacyjnym szoku, w wypadkach złamań, po katastrofach. Chorzy ci konsumują te potrawy z wielkim apetytem i pożytkiem. Dziś, gdy mamy naukowe wyjaśnienie, można łatwo ułożyć stosowną dietę. Gdy nie jest przeciwwskazana dieta białkowa, jadłospisy szpitalne powinny być tak ułożone, aby w każdym dniu przewidziano jakieś białko, choćby w drobnej ilości np. ser, jaja lub mięso — oraz tłuszcz jadalny: masło, smalec, olej roślinny, margarynę itp. — oraz w odpowiednim stosunku węglowodany w postaci łatwo strawnej. Wiemy bowiem, że chory nie jest w możności tak, jak to czyni zdrowy rolnik przy pracy w polu — wyrównać braków białka pochodzenia zwierzęcego odpowiednią ilością węglowodanów, wzgl. białkiem roślinnym w małej ilości, zawartym w zbożu itp. Młode jarzyny, tak powszechnie lubiane, nie smakują bez tłuszczu. Stare jarzyny (na wiosnę) tak, jak i owoce, tracą wiele na wartości odżywczej, a między innymi i na witaminach.

W gospodarce żywnościowej należy odrzucić 20 proc. na odpadki przy zestawieniu kalorycznej wartości w zbiorowej relewie dla kuchni. Od świeżych jarzyn odliczamy 10 proc. Jarzyny są konieczne w jadłospisie chorych. Niestety w Polsce nie umiemy gotować. Trzeba mieć garnki o podwójnym dnie i znać przepisy posłepowania. Czas, by czynnik urzędowy zainteresował się tą sprawą i, jak swego czasu w Szwajcarii, nauczono ludność spożywania i właściwego umiejętnego przyrządzania potraw. Polak winien spożywać nie tylko kapustę i kartofle. Ekonomia społeczna i produkcja krajowa wymagają wzmożonej konsumpcji jarzyn różnorodnych.

Pozbawiając człowieka w pożywieniu niezbędnych składników, które konieczne są do odbudowy komórek, uległych zniszczeniu lub w dalszym ciągu ulegających destrukcji, nie umożliwimy poprawy ustrojowi, nie dając materiału budowlanego, zwłaszcza dla odbudowy uszkodzonej tkanki. Tak, jak bez wapna, piasku i cegły nie da się odbudować murowanej, uszkodzonej ściany domu, tak i ustrój bez materiału z pokarmu wartościowego nie odtworzy zrujnowanych komórek. Rozumieć więc należy, że dla chorego, a zwłaszcza dla dziecka, dieta jest równie ważna, jak lek, bardzo często nawet ważniejsza. Bez leku sam organizm swoimi własnymi siłami nieraz daje sobie radę i zwalcza chorobowe czynniki. Czyni to bowiem co dzień i w każdej godzinie życia, neutralizując jady pokarmowe i stale wytwarzane bakterie chorobotwórcze. W głodzie i najlepszy lek nie potrafi dokonać cudu renowacji tkanek. Zrozumiałoby teraz będzie dla nas pomór starców i roczniaków który tak pozornie trudny jest do wytłumaczenia laikom. Lekarze muszą dokładnie zdać sobie sprawę, dlaczego przedłużony jest pobyt chorych w szpitalach i powolny okres rekonwalescencji, dlaczego nie zrastają się zła-

mania prawidłowo ustalone, dlaczego matki nie mają pokarmu i sztucznie karmią swoje niemowlęta, dlaczego dzieci nie zawsze poprawiają się i nie przybywają na wadze na koloniach, nawet w znakomitych warunkach klimatycznych? A dlaczego ubrudzone błotem wiejskie dzieciaki, wśród zaduchu gnoju i obory, wyglądają nieraz lepiej? Mają one mleko i chleb w dostatecznej ilości, a dziecko miejskie dziś nie ma wielokrotnie dostępu do mleka, nie ma też starzec i chory w szpitalu.

Samym rozumem i wiedzą lekarską nie da się poprawić stanu rzeczy. Potrzebne są umiejętne rozdziały posiadanych produktów i prócz uświadomienia i uspołecznienia mas potrzeba też pewnej dozy miłosierdzia dla bliźniego. Głoszą legendy z okresu głodów w średniowieczu, że matka, posiadająca więcej pokarmu, niż potrzebowało własne jej dziecko, karmiła dzieci ubogich. Uczy nas legenda, że łania wykarmiła św. Genowefę, a wilczyca Romulusa i Romusa. Zbieranie mleka kobiecego przez przychodnie opieki nad matką i dzieckiem nie byłoby tak dalece sprawą trudną, gdyby te instytucje miały więcej serca, niż urzędowej oziebłości. Miasta mogłyby mieć swoje krowiarnie i koziarnie, a byłoby mleko dla dzieci i starców. Wtedy byłoby mniej pogrzebów. Zwyródnienie wśród matek i rodzin też wyjaśniłoby niejedną w omawianym zjawisku pomoru. Pomówimy o tym później.

Europejczyk z pokolenia na pokolenie przywykł do odżywiania się białkowo-tłuszczowego nie może przystosować swego przewodu pokarmowego w swoim klimacie do warunków innego bytowania. Piękne paczki UNRRA dają więcej miłych niespodzianek, niż faktycznych korzyści aprowizacyjnych. Europejczyk nie mógłby żyć produktami tylko kalorii afrykańskich. Potrafi po przejściu ciężkich przewrotów ustrojowych żyć, gdy skazany jest na przymus spożywania manioku i smakowitych owoców w krajach podzwrotnikowych pod warunkiem, że ma zapewniony obfity dopływ dobrej wody. Gdy musimy być przymusowymi jaroszami, musimy znać doskonale przepisy kulinarne. Trudne zadanie dyrektora szpitala i kierowniczkę kuchni wyjaśnia przykład cytowany przez prof. Pożarskiego. Człowiek chory, aby utrzymać łaknienie fizjologiczne i psychofizjologiczne, gdy zmuszony jest obywać się bez białka musi otrzymać potrawy, które nie tylko, że nie wzbudzają w nim odrady, a wywołują zachętę, pobudkę do spożycia tj. apetyt (sok psychiczny). Ułatwia to dobór umiejętnie i smacznie przyrządzonych potraw. To przyrządzenie i zestawienie dań stanowi czynnik pierwszorzędnej wagi w przypadkach kiedy narzucamy człowiekowi przepisy dietetyczne. Jako przykład weźmy chorego z nadciśnieniem, któremu zabraniamy mięsa. Dieta jarska sprzykszy mu się szybko. Poczucie odrady do tego, co jada, a w końcu w ogóle do życia. Zwykle otoczenie nie zadaje sobie trudu dla tego nieszczonego przymusowego jarosza. Na jeden posiłek dają mu kluski, a na następny

szpinak. Nikomu nie przyjdzie do głowy zwrócić się do gastronomii a pomoc dla medycyny. Dalej cytuję łatwe i smakowite proste potrawy, które każdy w domu, a tym bardziej w szpitalu powinien umieć przyrządzić. Trzeba przewyciężyć przesąd naszych czasów, że zajmowanie się kuchnią poniża godność kobiety.

„Wątpimy bardzo czy istnieje w tej dziedzinie inny środek leczniczy, bardziej potężny, niż pomoc gastronomiczna”.

„Na lekarza pada obowiązek doprowadzenia oloczenia chorego do umiejętności artystycznego przygotowania diety, zalecanej przez niego. Lekarz jest zawsze czynnikiem kultury, i musi wnosić ze sobą zaczątek wszystkich umiejętności; zdoła zawsze obmyśleć dania, jakie przewyciężą brak apetytu u chorego.

„Niezbędne jest jeszcze, aby te potrawy, dostosowane nie tylko do przepisu dietetycznego, ale i psychiki chorego, były technicznie wykonalne. Lekarz musi mieć więcej, niż wyobrażenie o kuchni — musi znać podstawy sztuki kulinarnej”. Oczywiście lekarz nie ma nigdy czasu, ani okazji nauczania się tej sztuki. „Tem nie mniej może on znać jej podstawy naukowe, umożliwiające zalecenia dań wykonalnych (str. 570 Prof. Dr. Pożarski „Łaknienie fizjologiczne i psychiczne”. Dietetyka zbiorowa).

II. Gastronomia i gastrotechnika (Prof. Dr. Pożarski).

Gastronomia to nauka o przyrządzaniu i podawaniu pokarmów. Musi być dokładnie znana lekarzowi. Tak jak farmakologia jest obowiązkową nauką, dającą lekarzowi umiejętność przepisywania lekarstw, tak gastronomia i gastrotechnika są potrzebne lekarzowi dla umiejętnego przepisywania diety. Gastronomia ma duże znaczenie dla sprawnego wydzielania soków trawiennych, dla dobrego trawienia i wchłaniania pokarmów. „Kuchnia — to technika. Kuchnia, to technika empiryczna. Gastrotechnika zaś — to metoda naukowa”.

„Studiowanie empiryczne kuchni wymaga wielu lat próby, czynionych po omacku (chyba, że pomoga dobre przepisy kucharskie — przyp. autora). Poznanie gastrotechniki dla lekarza lub człowieka odpowiednio przygotowanego jest dziełem kilku dni pracy i doświadczeń. Gastrotechnika doprowadziła sztukę kucharską do zbadania i doświadczeń nad sześcioma zasadami fizyki i chemii stosowanej. Istotnie cała sztuka kuchenna sprowadza się do poznania gotowania w wodzie, smażenia, pieczenia, pieczenia na ruszcie, duszenia, zaprawiania mąką, zaprawiania żółtkiem”. Prof. Pożarski: zapozna je szczegółowo z tymi chemicznymi i fizycznymi zjawiskami w kuchni. Poważne autorytety naukowe wymagają, aby każdy lekarz znał całą wita sprawę dietetyki. Lekarz szpitalny tym bardziej musi ją znać obowiązkowo. Kierowniczkę kuchni może być siłą doskonałą, gdy ma odpowiednie studia — i nieświadomą trucicielką, gdy nie zna zasad i praw przyrządzania potraw.

Sprawa jest dziś tak dalece poważna, że każdy człowiek kulturalny winien wiedzieć, co i jak spożywać, by zachować zdrowie i siły produktywne. Gdyby gastronomia i gastrotechnika były wykładane w liceach, zaoszczędzilibyśmy miliony w gospodarce narodowej produktami żywienia, uniknęlibyśmy wielu szkód na zdrowiu i wielu chorób, co też możnaby obliczyć w milionach złotych — a dałoby nam w życiu wiele radości ze spożywanych darów przyrody. Nie byłoby tyle wrzodów żołądka, tyle anemii i awitaminoz, tylu ludzi wątłych i nierozwiniętych fizycznie. Zachowanie, a obecnie restytucja sił fizycznych narodu ma też znaczenie nie tylko polityczne, ale i strategiczne. 75 milionów Niemców, żywotnych wrogów, mamy nad bliską naszą granicą. Stracili oni tylko 4 miliony cywilnych i wojskowych na skutek wojny — naród nasz stracił 8 milionów, a przynajmniej dwa razy tyle Polaków straciło siły fizyczne na korzyść tamtych. Zawsze przecież było przyczyną naszych klęsk narodowych to, że po krwawych wojnach nie umieliśmy się szybko rozradzać i odzyskiwać utraconych, wyczerpanych sił narodu. Potężny Polonus skarłowaciał, gdy od nauk kulinarnych prababek wyrodne wnuczki z pogardą odwróciły się od rożna i rondla, a z zachwytem upajać zaczęły się romantyką poetycką i stylizować wysmukłe linie swych bioder. Niewiadomo, czy nie lepiej przydałyby się nam na czas burzliwych przejęć „Jagienki”, które siadając miażdżyły orzechy — czy elokwentne wielce, filigranowe kobietki o wyschłych piersiach, niezdolne wykarmić własnego dziecka. Wieleż kobiet wstydzi się karmić, boi się utycia fizjologicznego, a znajduje podtrzymanie w lekarskiej poradzie sztucznego odżywiania dziecka, zamiast racjonalnego dodatkowego dożywiania matki, aby podnieść wydajność gruczołów mlecznych. Miasta nasze idą za wzorem starożytnego Rzymu do zwyrodnienia i upadku. Niechże ta zwyrodniała głupota „skoślawionej kultury” nie przeniknie do zdrowej wsi, gdzie jeszcze zachowały się prawidłowe instynkty, gwarantujące utrzymanie siły narodowej.

Medycyna naukowa po poznaniu fizjologii, chemii i fizyki z zacięciem studiując dzieje odżywiania się w czasach dawnych, gdzie znajduje bardzo dobre przepisy higieniczne i dietetyczne. Możesz i jego następcy w imieniu Jehowy dyktowali izraelitom zastanawiając nas prawa odżywiania się. Talmud szczegółowe daje wskazówki. „Nie będziesz gotował koźlęcia w mleku matki jego” — to nakaz, który jest nie tylko przepisem kulinarnym i dietetycznym, ale to gastrotechniczne zagadnienie oparte dziś na prawach chemii i fizyki. Lekarz łatwo zrozumie, gdy wie co oznacza ścinanie się różnych białek, karmelizacja cukru, dekstrynizacja skrobi, dializa soli i emulgowanie tłuszczów. Lekarz wie, że trucizną są dla zdrowia substancje purynowe przy spalaniu się białka itp., a więc źle upieczone mięso nie powinno pojawiać się w szpitalach.

III. Określanie wartości pokarmów spożywanych:

Nie wszystko daje się w organizmie ludzkim wymierzyć i wyważyć, nie wszystkie przemiany chemiczne i fizyczne są już rozwikłane, choć tak daleko posunęła nas mikrobiologia w poznanianiu życia jednostki. Dlatego prócz znajomości podstaw naukowych trzeba korzystać z doświadczenia życiowego starych ludzi, które u nas w Polsce tak jest bagatelizowane przez młode pokolenie, pomimo strasznych strat i przeżyć wojennych. Nie przyszło im nigdy do głowy, że starzy ludzie jak swego czasu Clemenceau i Foch, tak obecnie Roosevelt i Stalin potrafili dzięki swym doświadczeniom mózgom odnieść zwycięstwo nad arcybestią Hitlerem, opartym na potęgę narodu fałszywych zbrodniarzy, umiejących wyżywić się i nabrać wielkich sił fizycznych. Poznanie narodowej gospodarki żywnościowej niemieckiej przydałoby się nam. Celowali oni w naukach praktycznych i z Niemiec prawie całkowicie wyszła nauka o odżywianiu.

Ścisłe określenie wytworzonej siły po spożyciu różnych pokarmów, przekształcenie na energię kinetyczną nie da się obliczyć, a wobec tego określamy w sposób prawdopodobny, bliski wyczynu rzeczywistego, jaki daje pokarm w określonym czasie spożyty — drogą określenia, ilości kalorii u dorosłych (wzgl. niemów u dzieci.) Co to jest kaloria? To jest taka jednostka miary wartości spożywanych pokarmów, jaka powstaje przy spalaniu, wytwarzając przy tym energię cieplną. Jednostką ciepła, niezbędną do ogrzania 1 cm wody o jeden stopień C. (14,5°—15,5°) przy spalaniu produktów jest kaloria. Spalając w bombie kalometrycznej różne produkty podstawowe Rubner określił, że 1 gram białka daje 4,1 kalorii, 1 gram węglowodanów 4,1 kalorii, 1 gram tłuszczu 9,3 kalorii. Przyjmujemy te miary z braku innych możliwości określenia wartości spożywanych pokarmów. Suma różnorodnych energii, powstających pod wpływem przyswojonych pokarmów i wchłoniętego tlenu z powietrza do ciała ludzkiego i zdeponowanych w tajemniczych akumulatorach życiowych — nie jest poznana. W razie potrzeby ujawnia się zapas tych energii przy wykonywaniu pracy, myśli, pamięci, itp. Stały przejaw pracy — to wytwarzanie się ciepła.

Potrzeby energetyczne u dorosłych, a energetyczne i materiałowe (budowlane) u dzieci — są ustalone w racjach żywnościowych dziennych i sporządzonych na podstawie racji jadłospisach.

Stosowanie jednej tablicy we wszystkich szpitalach jest konieczne, aby uniknąć rozbieżności w obliczaniu.

Podaję poniżej szczegółową tablicę według Schalla, jako najbardziej ścisłą i znaną na Śląsku. Niemcy podawali inne tablice, które podnosiły fałszywie spożywane produkty w sanatoriach i szpitalach. Takie też były używane w zakładach R. G. O. w szpitalach warszawskich w czasie okupacji.

W końcu trzeba dodać, że naukowe podstawy oceny jadłospisu nie są wystarczające i trzeba korzystać z przepisów starych i nowych książek kucharskich oraz dobrych kucharek, a nawet z przepisów starej babci, aby kuchnia dobrze prosperowała. Tajemnica dobrych potraw, zdaje się, jest zawarta w dobrym masle i tłuszczu — gdy można go nie żałować, to potrawa wypadnie zawsze nie źle. Szpital powinien walczyć najbardziej energicznie o dostarczenie, wzgl. kupno tłuszczu — a sanatoria wymagają więcej tłuszczu, jak szpitale. Kasza dobrze omaszczona jest spożywana z apetytem — jałowa, po niemiecku — okupacyjnie — nie chce przejść przez gardło chorego. Polska miała dosyć tłuszczu, eksportowała do innych krajów. UNRRA zaś nie dowiozła dotychczas potrzebnego tłuszczu, jak to było w poprzedniej wojnie. W małych puszczech radosnych paczek niewiele jest tego złota. Monetą najbardziej cenną byłby taki dolar, który opierałby się na kilogramie tłuszczu.

IV. Obecny system odżywiania chorych na podstawie przydziałów gwarantowanych oraz wyrównania potrzeb szpitala z funduszu aprowizacyjnego.

Przyszłoby czas, że trzeba uporządkować system odżywiania chorych i to bardzo szybko. T. zw. „dziki”, czy „swoisty” dla każdego szpi-

tala system żywienia musi być zamieniony na racjonalny. Nie oznacza to jeszcze powrotu do dobrych czasów przedwojennego spożycia, ale można już przy naszych wysiłkach dojść do norm, bliskich prawidłowego odżywiania.

Szpital musi uczynić wielki wysiłek i dobrze przekalkulować. Stan wyżywienia chorych obecnie poprawi się niewątpliwie znacznie. Pod względem miejscowej aprowizacji szpitale zyskały również wiele — mogą więc unormować racje żywnościowe i wprowadzić konieczne diety. Fundusz Aprowizacyjny, utworzony przez Komitet Ekonomiczny Rady Ministrów, ustala sposób otrzymania zaopatrzenia, oraz oznacza maksymalne spożycie w szpitalach na 2400 kal., a 3000 kal. w sanatoriach.

Zestawiona tablica obliczeń zorientuje szpital. Reszty musi załatwić prawidłowa księgowość i wyliczenia, aby szpitale mogły w dostatecznej ilości korzystać z aprowizacji miejscowej i funduszu aprowizacyjnego. Trzeba mieć trochę wiedzy o żywieniu, doświadczenia i sprytu, który w dzisiejszych czasach jest nieodzowny, aby zyskać to, co przynajmniej rozporządzenie. Ustalić normę dzienną na chorego, zaopatrzenia gwarantowanego, oznaczyć uzupełnienie z funduszu aprowizacyjnego do tej racji określonej, oznaczyć kaloryczność i koszt żywienia — to podstawa gospodarstwa szpitalnego.

Tabl. I. Dzienna norma żywnościowa i wartość kaloryczna spożyta.

L. p.	Racja na chorego	Gramy	Kalorie	Zaopatrzenie gwarantowane	Gramy	Kalorie	Uzupełnienie z fund. aprowiz.	
1	Chleb żytni	350	770	I kat. + stołówka na chorego straczkowe	283	608		
2	Pieczywo pszenne	100	270					
3	Mąka pszenna	40	145		70	210		
4	Kasza	40	140		70	263		
5	Ziemniaki	350	335		1016	914		
6	Warzywa	350	170		150	45	200	125
					30	75		
7	Cukier	40	160		26	104	14	46
8	Mleko	500	335				500	335
9	Mięso	200	270		66	66	34	34
10	Tłuszcz	20	180		38	296		
11	Masło	30	235				30	235
12	Jaja	1 szt.	75				2 szt.	150
13	Owoce	100	60					
14	Herbata	3			4			
15	Kawa zbożowa							
	10% odpada	314	3135	20% Odliczyć 579 przydzielonych 1016 ziemniaków chorego spożyć może 350 gr. różnica 579 kal.	515	2581		945
	10% niestrawione	283	2831			2086	94	94
	Wartość odżywcza		2548			1487		351
							2338	

Uwaga 1. Racja żywnościowa gwarantowa i dokupione uzupełnienie daje 2338 kal. odżywczych czyli w zbiorowej relacji z dodatkami do zaprawy zup, tłuszczu, maki, śmietany itp. wypadnie 2400 kal. obliczeniowych, przyznanych rozporządzeniem Min. Zdrowia.

2. Diety mleczna i specjalna wynosić powinna 2000 — 2600.

3. Jeżeli nie ma na rynku masła, to uzupełnić odżywczością siera i jaj.

4. Owoce na diety, pieczywo pszenne.

5. 2 razy tygodniowo przynajmniej uzupełniać jadłospis beztłuszczowymi potrawami słodkimi.

Tabl. II. Normy żywienia dzieci gruźliczych (dzienna racja)

L. p.	Obecna sanatoryjna		Racyjna		Dodatki dla personelu
	Nazwa prod.	Gram. Kal.	Nazwa prod.	Gram. Kal.	
1	Kawa zbożowa	20 —		20 —	} 150 gramów
2	Chleb żytni	200 — 430		200 — 430	
3	Chleb pszenny	200 — 540		100 — 270	
4	Masło	25 — 191		20 — 152	
5	Cukier	85 — 340		60 — 240	} 30 gramów
6	Mleko	250 — 168		500 — 336	
7	Mleko proszek	20 — 35			
8	Strączkowe do zup	80 — 208			
9	Jarzyny	300 — 90		200 — 60	} 100 gramów
10	Kartofle	500 — 450		250 — 275	
	Kartofle				} 200 gramów
11	Tłuszcz	30 — 270		30 — 270	
12	Jaja	¼ — 20		2 szt. — 160	}
13	Mięso	50 — 55		50 — 55	
14	Kasza	100 — 377	albo }	100 — 340	
15	Płatki owsiane	100 — 324			
16	Marmolada	50 — 124		50 — 124	
17	Soki owocowe	30 — 90		30 — 90	
18	Śliwki suszone	50 — 125		50 — 125	
	10% odpadków	4117		2927	
		411		292	
	do spożycia	3706		2635	

UWAGA

Dziecko nie jest w stanie spożyć — pozostają resztki za duże, przeładowane węglowodanami, mało białka

Mniej kalorii, lecz bardziej pożywno, gwarantuje konieczną dla chorego dziecka odbudowę.

Zamiast mięsa w razie trudności zamieniać serem, potrawami z twarogiem itp. Zupy gotować możliwie na kości. Kapustę albo strączkowe w jednym dniu dysponować. Surówki jako dodatki na II-gie śniadanie

V. Wywody końcowe:

Polska opinia publiczna przyjmuje dość obojętnie te wiadomości, gdyż faktycznie głodujemy od lat sześciu i nauczyliśmy się godzić z tym losem. Nie analizujemy, jakie zmiany zachodzą w nas i nie rozważamy, jakie to pociąga skutki w dalszych pokoleniach. Przesuwamy guziki i trwamy dalej. Dobrze, że już zielono i rośnie zboże, ale do zbiorów daleko. Od żniwa do gotowego chleba w piekarni jeszcze dalej. My lekarze powinniśmy rozważyć, jak sobie ma radzić społeczność, gdy będzie jeszcze gorzej. W Indiach bramińscy uczyli swych wyznawców, aby garstkę bobu, przeznaczoną na rację głodową, tak używać, aby każde ziarno godzinami miażdżyć zębami, aż zmiele w ustach na najbardziej miłą mękę, a z tej mąki i śliny powstanie rzadka popka. Wtedy wolno mu przetknąć itd. Popijanie słoną wodą, popijanie soków z drzew i owoców, gotowanie odwarów z ziół uzupełnia resztę. Hindusi umie przystosować się do głodu i umie go wytrzymać. Hindusi mają wiele krów, ale wszystkie one są święte i nie wolno ich zabijać. Gdy jest wielka susza krowy dają mało mleka i zdychają wskutek zarazy. Nie wiem czy zdechła krowa jest jeszcze święta. Otóż u nas taki głód jest niemożliwy. Możliwe jest

niedojadanie wartościowych pokarmów, które prowadzi do spadku sił, a co za tym idzie i produkcji. U nas jesteśmy w jakimś błędzie tragicznym rozdziału produktów, marnotrawstwa przez przeliczne stołówki i nie respektowanie potrzeb rodziny pracownika. Podwójne przyrządzanie potraw w stołówce i w domu jest nieekonomiczne i niecelowe. Gdyby tylko otrzymywano przydziały dla rodzin i gotowano w domu, byłaby większa korzyść i większe spożycie produktów ograniczonych, nie byłoby tak wielu resztek, powstających w kuchniach licznych stołówek. W każdym domu w mieście powinny być skrzynie na zlewanie resztek, odpadków, oskrobów i pomyj, jak są obecnie na śmiecie. Codzienne zbieranie tych odpadków pozwoliłoby założyć wielką chlewnię i królikarnię. Byłoby mięso i tłuszcz dla tej ludności, która skrupulatnie zbiera odpadki. Zdrowy rozumny instynkt społeczny, powinien sobie w ten sposób poradzić. Spożycie ryb morskich powinno być zwiększone. Wagony-chłodnie mogłyby kursować szybciej — a rozdzielanie dokonywać umiejętnie. Świeże jarzyny widuje się rzadko na Śląsku, a spożywa jeszcze rzadziej — dlaczego? Można ożywić wolny rynek — płace urzędników państwowych i samorządowych można też podwyższyć.

III tablica najważniejszych środków spożywczych według Schalla i innych.

100 g zawiera	g białka	g tłuszczu	g węglowodanów	kalorii
1. Mięso przeciętnie	19,5	6	0	135
2. Mięso chude	20,5	3	0	110
3. Mięso tłuste	18	23	0	290
4. Mięso wołowe gotowane				176
5. „ wołowe smażone				179
6. „ cielęce gotowane				118
7. „/ cielęce smażone				109
8. „ baranie gotowane				168
9. „ baranie smażone				134
10. „ wieprzowe gotowane				180
11. „ wieprzowe smażone				220
12. Wątroba	17,5	3,5	3	115
13. Szynka surowa	23,5	24	0	320
14. Szynka gotowana	23,5	34	0	410
15. Szynka chuda				229
16. Szynka tłusta				621
17. Kura				168
18. Gołąb gotowany				126
19. Kaczka gotowana				124
20. Gęś gotowana				489
21. Gęś smażona				711
22. Sarna smażona				159
23. Zając smażony				209
24. Kuropatwa smażona				113
25. Kielbasa wieprzowa				447
26. Salami				564
27. Kielbasa wątrobianą				254
28. Kielbasa krwawa				188
29. Parówki frankfurckie				425
30. Słonina lub śadło solone	6	68	0	655
31. Kielbasa krajana	25	44	0	512
32. Kielbasa miękka	20	25	0	314
33. Kielbasa do smarowania	18	40	0	544
34. Ryba chuda	16	0,5	0	75
35. Ryba tłusta	15	7	0	125
36. Karp smażony				104
37. Węgorz				319
38. Łosoś				213
39. Makrela				138
40. Sledź				137
41. Sardynki w oliwie				212
42. Szproty				245
43. Szczupak				290
44. Pstrąg				98
45. Ryba wędzona tłusta np. pikling	20	8,5	0	165
46. Żółtko kurze	2,5	5	0	58,4
47. Białko kurze	3,5	0	0,2	15
48. Mleko kobyce	1-2	2-4	6-7	48
49. „ krowie pełne	3,1	3,5	4,7	65
50. „ krowie mniej tłuste	3,3	2,7	4,5	57
51. „ krowie odciagane	3,4	0,1	4,7	34
52. „ krowie kwaśne				62
53. „ skondensowane tłuste	6-9	7-9	9-13	128-174
54. „ skondensowane odciagane	12	0,3	16-55	118-277
55. „ skondensowane z cukrem				326
56. Mleko suche tłuste	26	26	37	500
57. Mleko suche odciagane	36	1	50	362
58. Mleko kozie	4	3,6	4,8	68
59. Smietana	3	15	3,5	165
60. Maślanka	3,4	0,5	4,7	39
61. Smietanka	0,6	0,1	5	24

100 g zawiera	g białka	g tłuszczu	g węglowodanów	kalorii
62. Kefir				66
63. Ser tłusty	23	26	3	350
64. Ser półtłusty	25	15	3,5	255
65. Ser z mleka odciganego	32	4	4,5	185
66. Ser suchy				611
67. Ser szwajcarski				420 - 570
68. Twaróg				110
69. Masło	0,5	82	0,5	765
70. Margaryna	0,5	84	0	780
71. Smalec	0	96	0	910
72. Tłuszcz wołowy				935
73. Tłuszcz barani				940
74. Smalec gęsi				934
75. Smalec kaczy				932
76. Olej makowy				959
77. Oliwa				947
78. Tran				911
79. Chleb biały	5,5	0,5	56,5	260
80. Chleb ciemny	5,8	0	45,5	225
81. Chleb razowy	4,1	0	48	215
82. Cwibak	7,5	2	73	350
83. Kluski, makaron itp.	11	0,5	70	336
84. Mąka	9	0	72	330
85. Mąka wysokowartościowa				392
86. Mąka kartoflana	0,5	0	82	340 - 418
87. Ryż	6,5	0,5	76	343
88. Kasza jęczmienna				377
89. Kaszka manna				333
90. Kartofle gotowane	2	0	21	90
91. Groch	16,5	0,5	45	255
92. Soczewica	18	0,5	44,5	260
93. Groch zielony	4,5	0,5	10,5	60
94. Fasola	18	0,5	40	245
95. Cebula				442
96. Marchew	1	0	7	30
97. Marchew - karotka				45
98. Buraki czerwone	1	0	5,5	30
99. Salsafia	1	0	12,5	55
100. Kapusta zielona	3,5	0	8,5	40
101. Kapusta kiszona	1	0	4	20
102. Jarzyny liściaste (szpinak sałata)	1,5	0	1,5	15
103. Szparagi	1	0	2	15
104. Kalafior	2	0	4	25
105. Ogórki	0,4	0	-1	5
106. Pomidory	0,5	0	3,5	15
107. Rydze	2	0	2,5	20
108. Jarzyna suszona	12	1	43	225
109. Jabłka, gruszki	0,5	0	12	55
110. Sliwki	0,5	0	16	70
111. Truskawki, poziomki	1	0	7	40
112. Winogrona	0,5	0	17	75
113. Pomarańcze	0,5	0	12	55
114. Banany				96
115. Czereśnie				10
116. Owoce suszone	2	0	55	250
117. Orzechy	11,5	54	11	580
118. Migdały suche łupane	15	48	11	550
119. Cukier	0	0	98	400
120. Galaretki	0	0	75	310
121. Marmolada	0,5	0	60	248
122. Czekolada	5	20	60	450
123. Kakao	20	28	15	305

	100 g zawiera	g białka	g tłuszczu	g węglowodanów	kalori.
124.	Miod	0	0	79	325
125.	Syrop	7,5	0	63	305
126.	Wino jabłkowe	2,9	4,7	0,5	52
127.	Wino	2,9	7,9		62
128.	Piwo	5,3	3,4		46
129.	Piwo ciężkie				51
130.	Madera				130
131.	Malaga				172
132.	Sherry				138
133.	Koniak				298
134.	Rum				419
135.	Arak				326
136.	Benedyktynka				440

Akcja leczniczo-zapobiegawcza i propagandy higieny życia codziennego wśród ludności wiejskiej

Podał

Dr Jan Szumski
Bytom.

Kontynuując rozważania nad obowiązkami społecznymi lekarza wobec zagadnienia zdrowia wsi polskiej („Śl. Gaz. Lek.” Nr. 5/46, str. 264), by skończyć z częstą gadaniną i szybko opracować i realizować program uzdrowienia wsi (co się naturalnie łączy z jej racjonalnym zagospodarowaniem i wzbogaceniem) proponuje wszczęcie następującej akcji:

Niezależnie od akcji prowadzonej przez ośrodki zdrowia i przez lekarzy okręgowych zgodnie z okólnikiem Min. Zdrowia Nr. 21/1945 r. należałoby stworzyć regionalne „Ośrodki kultury zdrowia wsi” przeznaczone w 80% swej pracy do akcji zapobiegawczo - propagandowej i do kontroli i instruowania w tym właśnie kierunku akcji ośrodków niższego rzędu.

Wyobrażam sobie, że taki specjalny ośrodek winien być jeden na Górnym i jeden na Dolnym Śląsku, jeden na Podhalu (tak specjalnie zaniebdanym!), jeden na równinnej Małopolsce, jeden w Kieleckim itp. Działalność ośrodka obejmowałaby swoim zasięgiem część, jedną, a może i więcej województw, zależnie od specyficznych regionalizmów, od zagadnień i odrębności terenowych, wymagających specjalnego opracowania i zajęcia się nimi.

Rozwijałyby one działalność praktyczną i naukową, tak ważną w pierwszej fazie rozwoju akcji i stawiania jej na właściwe tory organizacyjne. Czy to będzie zagadnienie wola na Podhalu i związanej z tym higieny odżywiania, czy zagadnienie łaźni i pralni wiejskich, czy rozliczne inne — we wszystkich tych sprawach, związanych z poprawą higieny wiejskiej, głos „Ośrodka kultury zdrowia wsi” będzie ważki.

Możnaby wykorzystać na te ośrodki dwory wiejskie, odpowiednio dobrane co do swego centralnego położenia i sieci komunikacyjnej i odpowiednio zainwestowane.

Ośrodki specjalne podlegałyby albo wprost Min. Zdrowia, albo też Wojewódzkim Wydziałom Zdrowia. Współpracowałyby one ściśle z organizacjami chłopskimi, a w pierwszym rzędzie z „Samopomocą Chłopską”.

Organizacja ośrodka byłaby w ogólnych zarysach następująca:

Budynek odpowiednio duży, musi być wzorem czystości i higieny pod każdym względem.

W ośrodku istnieje dział leczniczy i zapobiegawczo - propagandowy. Tych 2-ch rzeczy w naszej rzeczywistości wiejskiej nie można oddzielić od siebie. Trzeba równocześnie leczyć i zapobiegać, z tą różnicą, że w tych specjalnie zróżnicowanych ośrodkach 20% wkładu pracy szłoby w leczenie, a 80% w zapobieganie! Zresztą materiał chorych byłby niezbędny do szkolenia na nim przewodniczek i przewodników zdrowia i higieny wsi.

Dział leczniczy, wzorowo postawiony, musiałby być samowystarczalny pod względem całości kształtu udzielanej pomocy leczniczej (diagnostyka i pomocnicze działy lecznictwa. Reprezentowałoby go 2-ch lekarzy: jeden z grupy schorzeń chirurgiczno - ginekologiczno - położniczych, drugi internista - terapeuta; do pomocy mieliby pielęgniarkę i akuszerkę, laboratorium ze specjalną laborantką, by nareszcie i chłop mógł mieć zrobione wszystkie niezbędne analizy i badania, rentgen diagnostyczny ewent. elektrokardiograf (w przyszłości) i pomocnicze aparaty lecznicze, jak lampy kwarcowe, Solux, wanny lecznicze ewent. parnie itp.

W leczeniu musiałby być uwzględniony czynnik racjonalnej diety, odżywianie surowkami i jak najszerzej ujęte metody leczenia przyrodoleczniczego z nieskażonej skarbnicy przyrody

Dział zapobiegawczy i propagandowy, naj-

ważniejszy i najlepiej rozbudowany winien być prowadzony przez specjalnego lekarza, który, jako trzeci lekarz ośrodka, byłby zarazem jego kierownikiem i duszą. Obok akcji zapobiegawczej, prowadzonej utartymi już i wypróbowanymi drogami we wszystkich dziedzinach medycyny społecznej z uwzględnieniem specjalnych warunków regionalnej zachorowalności i stanu higieny, szłaby stąd wszelka akcja uświadamiająca i propagandowa na bliższą i dalszą okolicę. Tu musiałaby być sala wykładowa zaopatrzona we wszelkie pomoce naukowe, małe muzeum podręczne urządzone tak, by mogło również przewożone wozami do odleglejszych wsi i osiedli; wszelkie drukowane materiały propagandowe, podane w odpowiedniej formie. Propaganda robiona za pośrednictwem wzroku trafia — jak wiemy — najlepiej do umysłów.

W tymże nadrzednym „ośrodku kultury zdrowia wsi” przeszkalałoby się w akcji zapobiegawczej lekarze, higienistki, a co najważniejsze sami chłopcy miejscowi, kandydaci na przewodników i przewodniczki całej akcji.

Akcją walki z chorobami zakaźnymi i sprawami policyjno - sanitarnymi ośrodek nie zajmowałby się. Jest to domena sanitarnych lekarzy urzędowych i nie należałoby nią obarczać ośrodka, który będzie maksymalnie zajęty akcją leczniczo - zapobiegawczą i propagandową.

Organizując w przyszłości cały zgrób organizacji leczenia ludności wiejskiej, ośrodki, o których mówię, spełniłyby w całej sieci leczniczej doniosłą rolę. Stąd mogłaby wychodzić kontrola leczenia, zaznaczam z naciskiem leczenia, jako takiego, i jego wartości społecznej ośrodków i lekarzy niższego rzędu.

Organizując zaś to leczenie — rzecz w specjalnych warunkach wiejskich niestety trudna, należałoby przede wszystkim oprzeć je na realnie skalkulowanych podstawach finansowych, bo od tego trzeba wyjść, uwzględniając nade wszystko stronę materialną i techniczną zaopatrzenia w leki i środki pomocniczo-lecznicze oraz zagadnienie lokomocji lekarzy i personelu pomocniczego, co przy rzadkim na wsi skupieniu ludności jest zagadnieniem niezwykle ważnym i także często niełatwym do rozgrzyzenia.

Dewizą wytyczną każdej akcji i pracy lekarskiej winno być zapobieganie i przede wszystkim zapobieganie.

I nad zachowaniem tej głównej myśli przewodniej winny czuwać owe nadrzedne „ośrodki zdrowia wsi”.

Sądzę, że akcją możnaby zainteresować pokrewne organizacje chłopskie zaprzyjaźnionych państw, międzynarodowy Czerwony Krzyż i w ogóle zagranicę, by mogli w ciężkiej sytuacji w jakiej Polska się znajduje, ufundować kilka takich wzorowych, specjalnych ośrodków.

Nowoczesne urządzenie dezynsekcyjno-kąpielowe

Podał

Dr Kępski Juliusz

Komisarz Nacz. Nadzw. Komisariatu do Walki z Epidemiami przy Wojewódzkim Wydziale Zdrowia w Katowicach.

Gdy w pierwszej połowie 1942 r. falą epidemii dżuru osutkowego ogarnięta została większość ziem „Generalnej Guberni”, na pomoc w organizowaniu akcji przeciwepidemicznej wyruszyła kolumna Państwowego Zakładu Higieny w Warszawie, pozostająca pod bezpośrednim kierownictwem dr. J. Morzyckiego — obecnie Wiceministra Zdrowia.

W charakterze członka tejże kolumny w kwietniu 1942 r. delegowany został autor na teren powiatu łukowskiego w ówczesnym „Dystrykcie Lubelskim” celem zorganizowania ośrodków walki z dżurem plamistym.

Skąpość środków lekarskich, bezradność ogarniętą paniką ludności, wściekłość będącego u szczytu powrodożenia okupanta — oto okoliczności, które towarzyszyły podówczas pracy przy zwalczaniu epidemii w terenach przylegających do Majdanka.

Zrodzony w tych warunkach pomysł urządzenia dezynsekcyjno-kąpielowego był żywym potwierdzeniem tego, że „potrzeba jest matką wynalazków”.

Zrealizowany w warunkach prymitywu wsi lubelskiej, w budynku szkolnym w Jakuszach koło Trzebieszowa zdał egzamin życiowy i dał początek urządzeniom, które niezależnie od działania znakomitego środka dezynsekcyjnego, ja-

kim jest szeroko obecnie stosowany proszek DDT, mieć mogą znaczenie niepoślednie przy racjonalnie prowadzonej akcji przeciwepidemicznej nastawionej na zwalczanie dżuru plamistego.

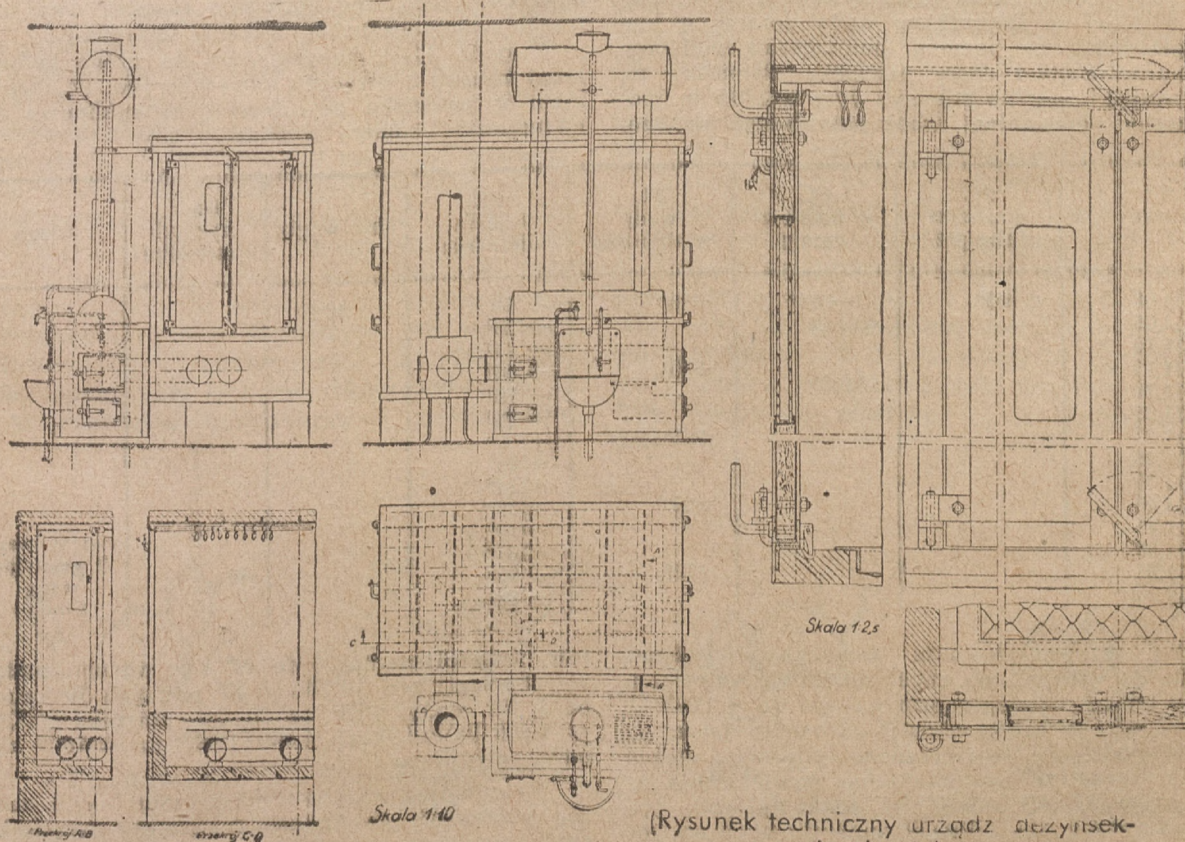
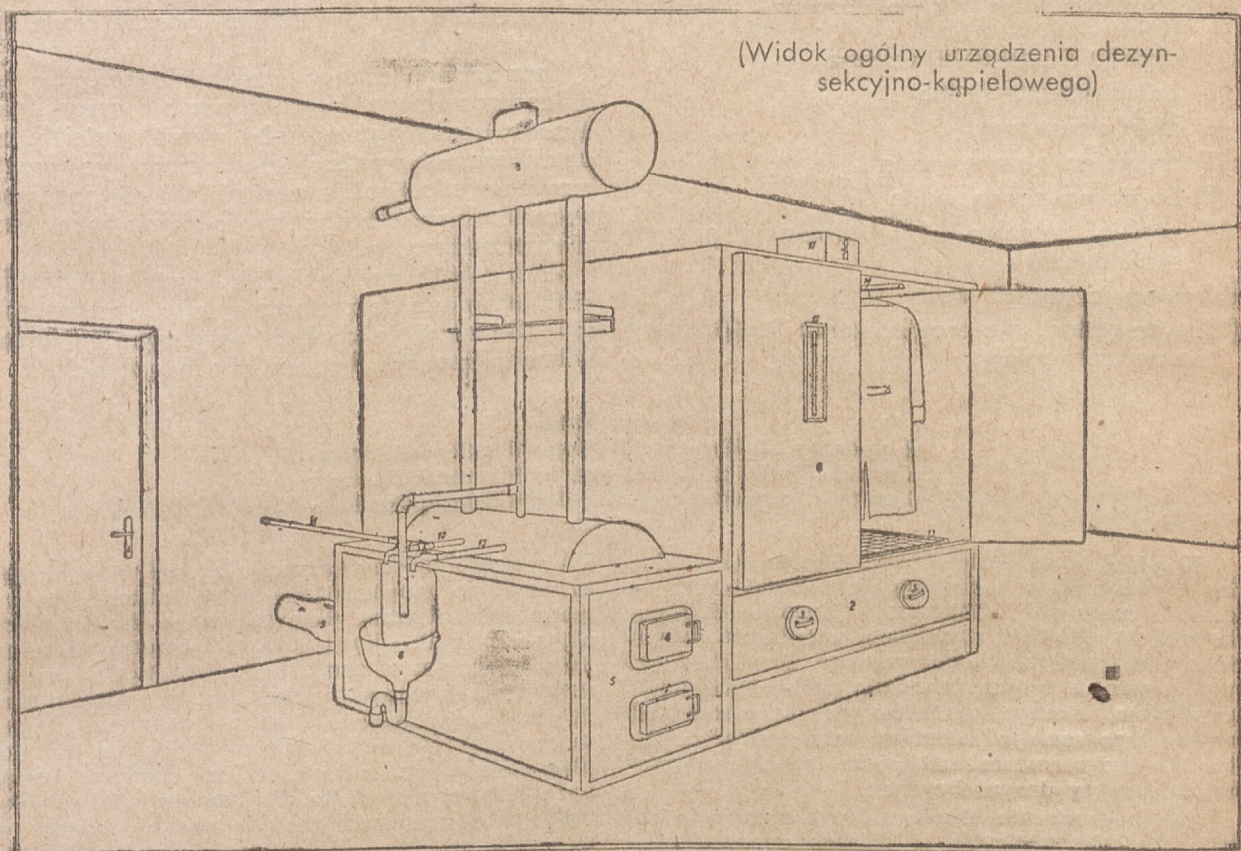
Jak wiadomo skuteczniacy przy pomocy proszku DDT — w ramach tej akcji — moment zabicia zarażonej Rikettsiami Prowazeki wśzy nie jest równoznaczny z przerwaniem łańcucha epidemiologicznego. Zabita wesz dzięki zawartym w jej jelitach zarazkom — nie uszkodzonym przez proszek DDT — stanowi dalsze niebezpieczeństwo dla otoczenia i może być przyczyną powstawania nowych ognisk epidemicznych.

Z tych względów stosowanie komór żarowych, zabijających zarówno wesz, jak i żyjące w niej zarazki, jest zabiegiem nieodzownym, koniecznym dla uzyskania pełnego efektu dezynsekcyjnego, warunkującego bezpieczeństwo otoczenia.

Istotą pomysłu powyższego urządzenia jest zasada wykorzystywania wspólnego źródła ciepła do jednoczesnego nagrzewania urządzenia dezynsekcyjnego i wody przeznaczonej do kąpania chorego. W komorze dezynsekcyjno-kąpielowej cel powyższy osiąga się za pomocą paleniska (5) nagrzewającego umieszczony nad nim zbiornik z wodą (7), przy czym gazy spalinowe odchodzą do nagrzewnicy z rur żeliwnych,

opatrzonych żeberkami, nagrzewających wnętrze komory (2). Całe urządzenie jest nieprze-
nośne i zbudowane jest z cegły oraz części że-
łaznych, przy czym wymiar komory wynosi 2×2
 $\times 1.5$ m.

Przy stosunkowo niewielkiej ilości paliwa (o-
koło 5 kg węgla) oraz istniejącej pokojowej tem-
peraturze w granicach 15°C , osiągnąć można
temperaturę wnętrza komory równą 100°C
w czasie do 30 minut.



Objaśnienia:

- (1) drzwi do komory izolowane watą szklaną
- (2) murowana podstawa komory mieszcząca rury żeliwne dla odprowadzania spalin
- (3) boczne dojsia dla czyszczenia rur żeliwnych
- (4) drzwiczki paleniska zelazne
- (5) palenisko murowane
- (6) zlew rezerwowy
- (7) bojler na gorącą wodę
- (8) bojler na zimną wodę
- (9) zasuwy dymowe do kierowania gazami spalinowymi
- (10) krany z gorącą wodą
- (11) wentylator dla regulowania temperatury wnętrza komory

- (12) termometr dla odczytywania temperatury wnętrza komory
- (13) siatka ubezpieczająca odzież w trakcie dezynsekcowania przed spalaniem
- (14) wieszaki na odzież zawieszoną w komorze
- (15) przewód odprowadzający gorącą wodę do natrysków i kąpeli

Korzyści powyższego urządzenia polegają na jednoczasowości zabiegu: kąpania chorego i dezynsekcowania jego odzieży, ewentl. pościeli, co umożliwia w warunkach prowincjonalnych przyjmowanie chorego do szpitala i równoczesny zwrot rodzinie chorego jego odzienie już w stanie „oczyszczonym”.

Ze względu na niewielkie koszty urządzenia nadaje się ono do zastosowania w każdym szpitalu dla zakaźnie chorych, przy czym umiejscowione winno ono być na izbach przyjęć.

Sprawozdanie z podróży służbowej do Wojewódzkiego Komisarjatu do Walki z Epidemiami w Katowicach w celu zbadania nowego zestawu dezynsekcyjno-natryskowego.

Komisja w składzie: Dr M. Dipont, dr Radło, inż. Korczyński i technolog Fr. Nowakowski — delegowana przez Ministerstwo Zdrowia dokonała dnia 28. III. 1946 r. oględzin urządzenia desynsekcyjno-natryskowego systemu dr Kępskiego w Katowicach i przeprowadziła próbę sprawności urządzenia, którego charakterystyczna cecha jest użycie tego samego paleniska, jako źródła ciepła, tak dla podgrzewania wody, jako też dla podgrzewania kamery desynsekcyjnej.

Samo urządzenie składa się z dwóch połączonych ze sobą boilerów, z których górny winien być zbiornikiem zasilającym system w wodę zimną, a dolny ze zbiornikiem wody gorącej w nim podgrzewanej za pomocą umieszczenia pod nim wymurowanego z cegły paleniska. Palenisko to, obejmując boiler do połowy, wytwarza 0,5 m² powierzchni ogrzewalnej. Obok powyższego urządze-

nia znajduje się wymurowana z cegły kamera desynsekcyjna, zaopatrzona w dwoje żelaznych drzwi, wewnątrz izolowane watą szklaną, a znajdujących się po przeciwległych końcach kamery. Kamera zaopatrzona jest u spodu w nagrzewnicę z rur blaszanych żebrowanych, przez które przechodzić mają gazy spalinowe z pod paleniska boileru. Kamera posiada również otwory wentylacyjne dla dopływu i odpływu powietrza. Gazy spalinowe mogą być kierowane, bądź to dla nagrzewania kamery, bądź też z jej pominięciem, wprost do komina, a to przez przedstawienie odpowiednich zasuw dymowych. Urządzenie obsługują również dwa natryski zainstalowane w ubikacji sąsiedniej.

O godz. 11-tej przystąpiono do próby sprawności kamery i urządzeń natryskowych. Po rozpaleniu w palenisku puszczono gazy spalinowe do nagrzewnicy kamery i okazało się:

Godz.	°C powietrza zewnątrz.	°C w pomiesz- czeniu	°C wody w zbiorniku	°C kamera dezynsek	ilość węgla	ilość czynnych natrysków	uwaga
11.00	+5°	+14°	+16°	+ 14°	10		
11.05				+ 28°			
11.10				+ 44°			
11.15			+35°	+ 64°			
11.20				+ 78°			
11.25				+ 94°			
11.27			+45°	+106°		2	
11.30				+105°		2	
11.35				+113°		2	
11.40			+65°	+125°		2	
11.45				+119°		2	
11.50				+107°		2	wylącono
11.55			+74°	+ 96°		2	1 wentylo-
12.00				+ 84°		2	wana kamera

Po przewentylowaniu kamery temperatura spadła do +62° C, po czym zaniknięto kamerę, a po 10 minutach temperatura wzrosła do +100° C.

Wyniki te należy uważać za bardzo dobre.

Na podstawie teoretycznego obliczenia można skonstatować, że rozporządzalna powierzchnia ogrzewalna 0,5 m² winna dać 5.000 kal., co wystarczyłoby dla 3 kąpeli natryskowych na godzinę, przyjmując na jeden natrysk około 50 lit-

rów wody o temper. 35 do 40° a to wg obliczenia: dla zagrzania z +10° do +40° potrzeba 30 kal. na 1 litr wody, więc na 50 litr. potrzeba 50×30 = 1.500 kalorii, czyli 5.000 : 1.500 = około 3 kąpiele natryskowe.

Reasumując wszystko przytoczone wyżej, można stwierdzić, że badane urządzenie desynsekcyjno-natryskowe posiada następujące:

Wady:

1. Jest proste w urządzeniu, a przebieg niekosztowny.
2. Oparte na bardzo racjonalnej zasadzie paleniskowej, co daje na opale znaczne oszczędności i co zostało stwierdzone.
3. Obsługa jest bardzo łatwa.
4. Osiągnięcie temperatury $+100^{\circ}$ w kamerze następuje bardzo prędko i łatwe jest do regulowania.

II. Braki:

(pochodzą z tego, że zespół nie został należycie technicznie opracowany).

1. Powierzchnia ogrzewalna przy systemie samego założenia i wielkości bojlera nagrzewającego wodę mogłaby być znacznie zwiększona przez wykonanie racjonalnego omurowania.
2. Regulacja kierunku gazów spalinowych jest zbyt prymitywna i dlatego są one bezużytecznie wypuszczane do komina, kiedy nie grzeją

komory, podczas gdy mogłyby być one bez zwiększenia kosztów użyte dla wydajniejszego grzania wody.

3. Kamera ma niedostateczną wysokość i powinna być przynajmniej o 50 cm podwyższona.
4. Odpyływ powietrza nagrzanego z komory musi być wyprowadzony na zewnątrz, a nie do tej ubikacji, gdzie kamera stoi.

Poza tym należałoby urządzenie zaopatrzyć w pompę do wody dla miejscowości, gdzie nie ma wodociągów i należy pamiętać, aby zbiornik na wodę zimną miał dwa razy większą pojemność od bojlera z gorącą wodą.

Zdaniem Komisji dobrze by było wykonywać urządzenia tego systemu, mające wspólne palenisko dla dezynsektora i natrysków.

Należałoby jednak wyżej wymienione braki usunąć.

Członkowie Komisji:

- | | |
|------------------|-------------------------|
| (—) Dr M. Dipont | (—) Inż. Korczyński St. |
| (—) Dr Radło | (—) Fr. Nowakowski |

O plan walki z rakiem w Polsce i śląski instytut radowy

Część II

Podał

Dr. Stanisław Bylina

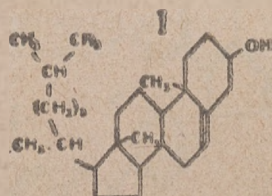
(Przeworsk)

Ostatnich 15 lat zbliżyło nas wybitnie do rozwiązania tajemnicy raka. Zaczęliśmy poznawać chemiczny mechanizm jego genezy. Oto etapy, po których szła myśl odkrywczą Kennaway'a, Cook'a, Hewett'a, Burrows'a, Haslewood'a i licznych ich współpracowników w Anglii i jeszcze liczniejszych po nich badaczy pracujących dziś we wszystkich prawie krajach świata po linii tejże odkrywczą.

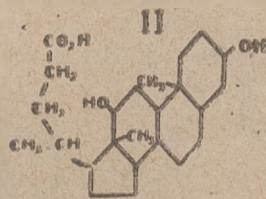
1) Ropa naftowa, którą wywołać można w doświadczeniach na zwierzętach raka, pędzając skórę przez 12 — 20 miesięcy, zawierać musi związki chemiczne wyraźnie rakotwórcze obok związków nie mających tych właściwości. Przeprowadzone pod kierunkiem Cook'a badania pozwoliły odkryć we frakcjach ropy o wysokim punkcie wrzenia cały szereg związków chemicznych o silniejszych lub słabszych właściwościach rakotwórczych. Zbadanie budowy chemicznej tych związków wykazało, iż są to pochodne benzantracenu, benzopyrenu

i phenantrenu o strukturze steroli, zbliżonej do steroli organizmu człowieka i wszystkich prawie kręgowców.

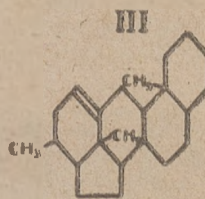
2) Najbardziej rakotwórczym z odkrytych przez Cook'a substancji okazał się metylocholanren, oraz wkrótce po nim wyosobniony przez badaczy amerykańskich cholanren. W pierwszym zaraz eksperymencie wykonanym na 20 myszkach białych, które pędzowano 2 razy w tygodniu 0,3%-wym benzynowym roztworem metylocholanrenu uzyskano w ciągu 180 dni u 18 zwierząt nowotwory (17 raków i 1 brodawczak); 11 z tych nowotworów zjawiło się przed upływem 100 dni, a 1 brodawczak w 31 dniu czyli po 10-ciu pędzowaniach. Późniejsze na dziesiątkach tysięcy zwierząt przeprowadzone badania nie tylko potwierdziły olbrzymią siłę rakotwórczą metylocholanrenu, ale i wykazały, iż zastrzyknięty w ogromnym rozcieńczeniu podskórnym lub dożylnie wywołuje nowotwory złośliwe tkanki łącznej — mięsaki.



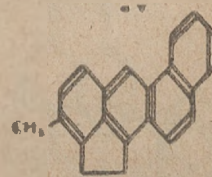
Cholesterol.



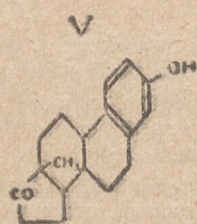
Deoxycholic Acid



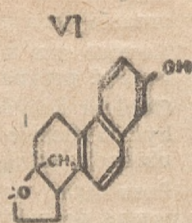
Dehydro-norcholene



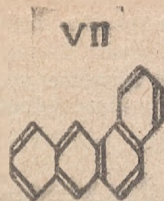
Methyl Cholanthrene



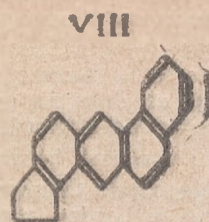
Oestrin.



Equilenin.



1:2-Benz-
anthracene.



3:6-cyclopenteno-
1:2-Benzanthracene.

Zarówno cholesterol (I) jak kwasy żółciowe (II) mają w drobinie sterolu charakterystyczny dla nich łańcuch boczny. Zamknięcie tego łańcucha w pierścien (Wieland i Schlichting w r. 1925) daje dehydronorcholen, (III) bardziej już zbliżony do systemu benzantraceno-ego. Pokrewieństwo budowy dehydronorcholenu z metylocholanantrenem zbyt wielką było pokusą, by nie próbować tego eksperymentu „in vitro”. Różnica przecież między drobinami obu substancji polega na tym, że zarówno dehydronorcholen, jak obecne w organizmie sterole i kwasy żółciowe mają węgle swych pierścieni w pełni nasycone atomami wodoru, — metylocholanantren natomiast posiada w każdym pierścieniu swej drobinie o 6 atomów wodoru mniej niż najwyższa cyfra, która mogłaby być z pierścieniem związana i dlatego jest związkami „aromatycznym”. Przez odwodorowanie czyli „aromatyzację” uzyskano metylocholanantren i tym samym ujawniona została w eksperymencie droga od normalnych soków ustroju do substancji rakotwórczych:

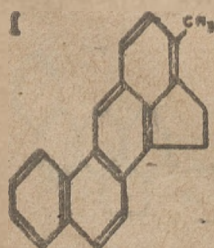
a) zamknięcie w pierścien łańcucha bocznego drobinie sterolu;

b) odwodorowanie nasyconych wodorem steroli i kwasów żółciowych (aromatyczność związków rakotwórczych znaczone jest na załączonej tablicy na przemian podwójnymi i pojedynczymi kreskami, łączącymi ogniwa pierścieni substancji rakotwórczych — IV, VII, VIII — w odróżnieniu od pojedynczymi kreskami łączonych ogniwa pierścieni związków nasyconych nie rakotwórczych).

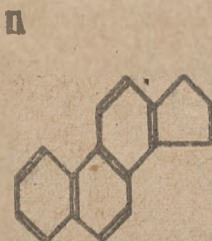
4) Poszukiwanie w fizjologii ustroju procesu wymienionego powyżej pod a) nie dało do

czasu wojny rezultatów, natomiast znaleziono dowody na możliwość odwodorowania poszczególnych pierścieni, jak to w hormonach oestrowych człowieka i zwierząt. Nie ulega wątpliwości, że zarówno oestryna (V) jak i odkryta w moczu żrebných klaczy przez dr. Girarda equilenina (VI) powstają z obecnego we wszystkich tkankach cholesterolu przez utratę łańcucha bocznego oraz aromatyzację jednego pierścienia drobinie dla utworzenia oestryny oraz dwu pierścieni drobinie dla utworzenia equileniny. Za czynnik odwodorujący uważa się ezym, nazwany jeszcze przed jego wykryciem „dehydrogenazą”.

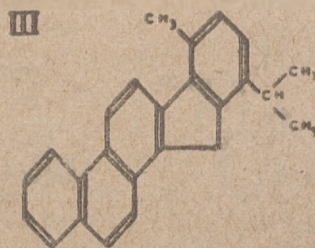
5) Oestryna podawana w dużych ilościach wywołuje u zwierząt męskiego rodzaju ogromny przerost sterczu z zupełnym zatrzymaniem moczu i zejściem śmiertelnym z objawami obustronnego wodonercza, u zwierząt żeńskiego rodzaju nowotwora — podobne bujanie nabłonka pochwy i macicy. w pojedynczych przypadkach zauważono nawet wystąpienie raka. Niektóre substancje rakotwórcze a szczególnie pochodne 1:2:5:6 dwubenzatracenu wykazują działanie oestro-twórcze. Uzupełniają one działanie jajników u zwierząt kastrowanych lub dają przedwczesną dojrzałość płciową u zwierząt młodziutkich, jeszcze nie dojrzałych. Różnica w działaniu polega tylko na ilości stosowanego preparatu. O ile do wywołania czynności oestro-bodźczych wystarcza 0,000001 gr. oestryny, to substancji rakotwórczej użyć trzeba 0,000025 gr. Ta wzajemna korelacja hormonu i substancji rakotwórczej stwarza nowe perspektywy dla badań chemii raka w ustroju.



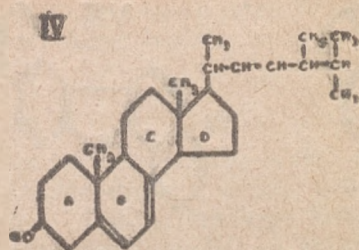
METHYLCHOLANTHRENE



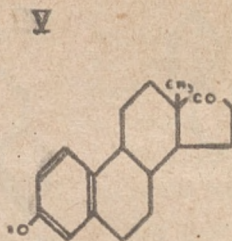
1:2-cyclopenteno-
PHENANTHRENE



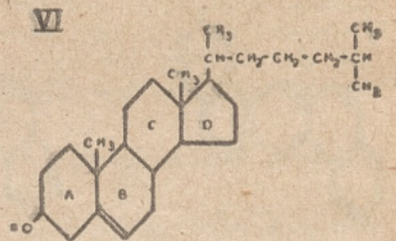
5-METHYL-8-ISOPROPYL-
2:1-NAPHTHA-1:2-FLUORENE.



ERGOSTEROL



OESTRIN



CHOLESTEROL

Macierzystym związkiem aromatycznym dla większości steroli fizjologicznie obecnych w ustroju jest jak to wynika z umieszczonej wyżej tablicy 1:2 cyclopenteno-phenantren (II). Związek ten jak wykazały próby na zwierzętach trwające przez 2 lata nie daje nowotworów, ani przy działaniu zewnętrznym na skórę lub śluzówki, ani w podaniu dotkankowym. Stąd wniosek, że dla powstania substancji rakotwórczej w ustroju jest konieczne, by wyszła ona ze sterolu, posiadającego nietknięty łańcuch boczny. Nie wydaje się dlatego prawdopodobne, by oestryna lub jej pokrewne hormony płciowe nie posiadające łańcucha bocznego, mogły być „precursorem”; względnie punktem wyjścia dla substancji rakotwórczej. Sporadycznie spostrzegane raki u zwierząt traktowanych dużymi ilościami oestryny wymagają bardzo krytycznej oceny.

7) Z kolei pytanie: na którym pierścieniu sterolu, fizjologicznie obecnego w ustroju, należy zamknąć łańcuch boczny, by uzyskać substancję rakotwórczą? Odpowiedź wypadła nie dwuznacznie. Oto zamknięcie łańcucha bocznego na pierścieniu C (tabl. 2—IV) daje metylocholantren, (I) — podczas gdy zamknięcie łańcucha na pierścieniu D daje 5-metylo-8-izopropyl-2:1 nafta- 1:2 fluoren (tabl. 2 III), który okazuje się substancją zupełnie nierakotwórczą. Podkreśla to ogromne znaczenie struktury antracenowej drobiny dla rakotwórczości steroli.

8) Skóra zawiera, jak wiadomo, substancję identyczną, prawie z ergosterolem. Ergosterol naświetlany słońcem przechodzi w calci-ferol identyczny z witaminem D. Rak skóry jest najczęstszy w krajach o dużej insolacji, których ludność nosi ubiór pozwalający na obfite nasłonecznienie skóry. W eksperymencie na szczurach można wywołać raka skóry przez silne operowanie słońcem. W dostępnym mi do czasów wojny piśmiennictwie nie znalazłem po-

twierdzenia realizacji hipotezy, iż z ergosterolu uzyskać można metylocholantren lub inną rakotwórczą substancję, niemniej wydaje się bardzo prawdopodobne, iż w skórze znajduje się lub w warunkach fizjologicznych znaleźć się może substancja, która pod działaniem promieni słonecznych zamienia się w substancję rakotwórczą. Również wydaje się bardzo prawdopodobne, iż powstawanie u ludzi „xeroderma pigmentosum” ma za podstawę reakcję chemiczną podobną do opisanej wyżej powstającej pod działaniem światła.

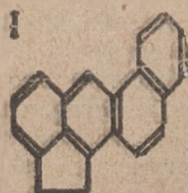
Dokładniejsze przyjrzenie się drobinie ergosterolu (IV) ujawnia w nim dwa wiązania podwójne w pierścieniu B oraz jedno w łańcuchu bocznym. Lokalizacja tych podwójnych wiązań nie przemawia co prawda za możliwością łatwego przejścia w związek benzantracenowy, pozwala jednak przypuszczać, iż może zaistnieć możliwość takiego przejścia, gdy pod wpływem promieni słońca ergosterol przechodzi w calci-ferol i gdy drobina jego doznaje złamania systemu pierścieni z 4-ro w 3-pierścieniowy.

9) W drobinie benzantracenu dokonano przemieszczeń poszczególnych pierścieni, zmiany pierścienia środkowego z 6-ogniowego w 5-ogniowy, jeden atom węgla środkowego pierścienia zastąpiono azotem lub grupą NH. Powstałe w ten sposób związki (vide tabl. III) zbadano w kierunku ich zdolności rakotwórczych. Okazało się, że:

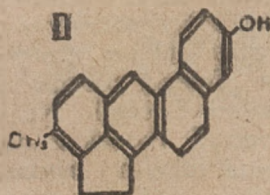
a) umieszczenie dwu atomów azotu w pierścieniu środkowym daje utratę rakotwórczości (tabl. 3—VI)

b) zamiana pierścienia środkowego z 6-cio w 5-cykliczny daje substancję słabo rakotwórczą (tabl. 3—VII).

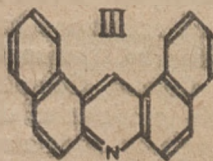
c) umieszczenie jednego atomu azotu w pierścieniu środkowym daje substancję silnie rakotwórczą (tabl. 3—V, III).



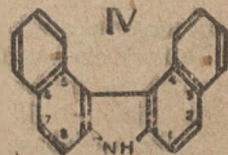
CHOLANTHRENE



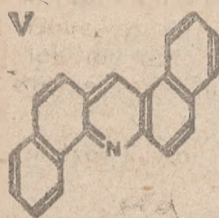
HYDROXY-METHYL-
CHOLANTHRENE



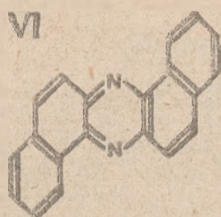
3:4:5:6-DIBENZ-
ACRIDINE



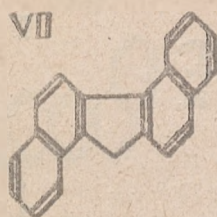
3:4:5:6-DIBENZ-
CARBAZOLE



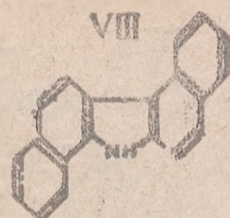
1:2:5:6-DIBENZ-
ACRIDINE



1:2:5:6-DIBENZ-
PHENAZINE.



1:2:5:6-DIBENZ-
FLUORENE.



1:2:5:6-DIBENZ-
CARBAZOLE.

d) umieszczenie w 5-cyklicznym pierścieniu środkowym grupy NH daje związki dwubenzokarbazolowe, których działanie okazuje się niestęchanie ciekawe, albowiem obydwie przytoczone (w tabl. 3-ciej IV i VIII) dają raki skóry u myszek białych, ponadto 3:4:5:6 dwubenzocarbazol mimo, iż użyty tylko zewnętrznie powoduje proliferację przewodów żółciowych u 80% zwierząt, oraz guzy wątroby, przypominające budową nowotwór dobrotliwy — hepatoma. Ciekawe tu jest bardzo pokrewieństwo chemiczne tego związku (IV) z B-naphtylaminą, którą to substancję oskarża się, iż jest przyczyną raka pęcherza moczowego u pracowników w fabrykach farb i produktów pośrednich. Należy tu przypomnieć, iż ostatnio Sasaki i jego współpracownicy w Japonii wywołali na szczurach brodawczaki i raki pęcherza moczowego oraz dobrotliwe nowotwory dróg żółciowych i wątroby przez podanie jako domieszki do żywności ortoaminoazotoluenu.

10) Aleksander Haddow z Edynburgu wykazał na ponad 1000-cu zwierząt szczepionych nowotworami: Sarcoma-Jensen, Sarcoma Reus i Carcinoma-Walker, że niektóre z przytaczanych wyżej steroli rakotwórczych grupy benzantracenowej i benzopyrenowej podane dootrzewnowo w zawiesinie koloidowej lub w roztworze oleistym w ilości 15 — 50 mgr. na zwierzę, działają wybitnie hamująco na wzrost tychże nowotworów złośliwych. Działanie to jest tak silne, że nowotwór poddany „leczeniu” substancją rakotwórczą okazuje się po 18 — 24 dniach 30 razy mniejszy, niż zaszczerpiony równocześnie zwierzętom kontrolnym. Tak więc okazało się, że substancje rakotwórcze mają równocześnie działanie wybitnie hamujące wzrost nowotworów wywołanych przez inne, niż one, czynniki. Oto jedna z wytycznych, po których iść będą poszukiwania lekarstw na chorobę raka.

Przytoczone wyżej szczegóły o odkryciach substancji rakotwórczych, oraz załączone tablice wzory chemiczne pochodzą ze sprawozdań rocznych w British Empire Cancer Campaign z lat 1934 - 1936. Ostatnich lat dziesięć dało nie tylko wyjaśnienie mechanizmu zadziałania substancji rakotwórczej na komórkę normalną organizmu i jądro komórkowe, ale ponadto została dokonana synteza środków chemicznych nieszkodliwych organizmowi a dających zupełne zahamowanie wzrostu nowotworów, grani-

czące z wyleczeniem w niektórych przypadkach.

W Polsce przygotowano pracownię dla badania substancji rakotwórczych dzięki pomocy Funduszu Kultury Narodowej w Zakładzie Chemii Organicznej Uniwersytetu Poznańskiego, którego dyrektor prof. dr. Suszko pierwszy referował w piśmiennictwie polskim odkrycie Cook'a i jego szkoły — a dla uruchomienia tych badań i pomieszczenia pracowni oddał sale i laboratoria Zakładu. Niestety wojna przeszkodziła tym pracom, a Zakład Chemii Organicznej w Poznaniu został doszczętnie zniszczony. Z dwu powodów poświęciłem nieco więcej miejsca odkryciom dokonany w ostatnich latach w dziedzinie chemii raka:

1) przed polskim światem lekarskim i przed polskim ustawodawstwem socjalnym zjawilo się nowe zadanie: profilaktyki raka, a szczególnie raka zawodowego; zadanie ochrony robotnika w najróżniejszych gałęziach przemysłu, zadanie opieki nad jego rodziną, gdy padł ofiarą takiego raka, zadanie kontroli warsztatów pracy pod kątem widzenia niebezpieczeństwa działania tej świeżo poznanej noxy: substancji rakotwórczej.

2) stworzenie Instytutu Patologii Raka na Górnym Śląsku, który jest największą w Polsce kopalnią raka, — w połączeniu z Kliniką Nowotworów jest sprawą bardzo pilną.

Instytut ten musi być wyposażony w dwie samodzielne pracownie chemiczne, z których jedna zajmie się badaniem, smarów, dostarczanych różnym gałęziom przemysłu w Polsce na zawartość w nich substancji rakotwórczych celem eliminowania niebezpiecznych produktów z warsztatów pracy i wskazania produktów zastępczych, a nieszkodliwych, — druga pracownia zajmie się pracami eksperymentalnymi w poszukiwaniu mechanizmu genezy różnych gatunków raka u człowieka oraz odnalezieniem leku, który podany w postaci tabletki lub zastrzyku pokona nowotwór w organizmie ludzkim. Trzecią pracownią tegoż Instytutu będzie Zakład Biologii Nowotworów Zwierzęcych i Hodowli Tkanek z dużą stajnią zwierząt doświadczalnych, myszek, szczurów, morskich świnek, królików, psów itp. Czwartą pracownią będzie Zakład Mikrobiologii Beztlenowców, tych najbardziej dotychczas tajemniczych chemików organizmu ludzkiego i zwierzęcego.

Również pracownię radu i substancji radioaktywnych trzeba będzie umieścić na terenie tegoż Instytutu, terenowo poza Kliniką Nowotworów, choć służyć będzie prawie wyłącznie tej Klinice.

III

Spółeczna organizacja walki z rakiem zaczyna działać dopiero wtedy, gdy Klinika Nowotworów i Instytut Patologii Raka, jako zasadnicze instrumenty walki, są zorganizowane w pełnym biegu. Wszelkie poczynania inne, choćby najbardziej szlachetne i słuszne, są nie-realne i po prostu wiszą w powietrzu. A zadania, które stoją przed tą organizacją są w świetle ostatnich zdobyczy kliniki i patologii raka ogromne:

1) uświadczenie szerokich rzesz społeczeństwa o wczesnych objawach nowotworów, gdyż wczesne rozpoczęcie leczenia zawsze jeszcze decyduje o pomyślnym wyniku — w przygotowaniu na szeroką skalę akcji propagandowej (w wykładach z demonstracjami, w artykułach publikowanych w prasie codziennej, w broszurach dostępnych każdemu przedstawicielowi świata pracy) wziąć musi udział cały świat lekarski od klinik i dużych szpitali poczynając, na wiejskich ośrodkach zdrowia i lekarzach fabrycznych kończąc,

2) poradnie specjalistyczne, dostępne bezpłatnie wszystkim niezamożnym, winny być czynne przy wszystkich ośrodkach raka w Polsce, a kierować tam będzie trzeba nie tylko chorych z wyraźnymi zaznaczonymi już nowotworami, ale i tych, których cierpienie dzisiaj już uważane jest jako l'état précancéreux.

3) profilaktyka raka zawodowego,

4) przygotowanie ustawodawstwa określającego czas i warunki pracy oraz formę ubezpieczenia w przemysłach, szczególnie usposabiających do nabycia raka oraz w zawodach np. w szoferskim, gdzie rak górnych lub dolnych dróg oddechowych występuje częściej, niż w innych zawodach.

5) przygotowanie statystyk z ilości i rozmieszczenia raka w Polsce.

Do tych luźno rzuconych punktów programu społecznej organizacji walki z rakiem dorzucić będą dalsze punkty i Klinika Nowotworów i Instytut Patologii Raka w miarę postępu ich prac i osiągania nowych zdobyczy.

Reasumując wszystko pragnę stwierdzić, że rak podobnie jak gruźlica stał się dzisiaj samodzielną dyscypliną medyczną, której winny być podporządkowane i służyć wszelkie techniki badań i leczenia w osobno na ten cel stworzonych instytutach, klinikach, szpitalach, — przy użyciu wszelkich dostępnych państwu i społeczeństwu środków w społecznej organizacji walki z rakiem.

Zanim stać nas będzie na wybudowanie osobnego gmachu na Górnym Śląsku dla kliniki nowotworów i instytutu patologii raka należy przystąpić do urzędzenia pracowni i oddziału chorych w jednym z istniejących już szpitali w samym centrum przemysłowym, gdzie zapewnione będą dobre warunki komunikacyjne i stosunkowo małe zadywienie.

W górnictwie i przemyśle śląskim pokłada się największe nadzieje, iż weźmie czynny udział w zorganizowaniu i wyposażeniu tak dlań ważnej placówki.

PIŚMIENNICTWO:

- 1) Berven E., Forssell G., Reuterwall O., Sievert R.: King Gustav's V-th Jubilee-Clinic. Acta Radiologica: Supplementum XXXVII. 1939.
- 2) Bylina St.: O organizacji kliniki i ośrodka nowotworów. Nowotwory T. XII. 1937. Str. 40 — 54.
- 3) Hadow A.: Cancer as a Problem in the Origin of Variation. — II. Inhibition of Growth by Certain Carcinogenic Hydrocarbons. — British Empire Cancer Campaign XIII-th Annual Report. — 1936. Str. 294 — 302.
- 4) Łukaszczyk Fr.: Instytut Radowy im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie. Warszawskie Czasopismo Lekarskie 1934.
- 5) Montpellier J. M.: L'Etat Précancéreux, Alger, 1941, 8°.
- 6) Osuchowski M.: Statystyka chorych na raka i inne nowotwory złośliwe z obszaru całej Rzeczypospolitej Polskiej za rok 1934. Nowotwory T. XII. 1937. Str. 29 — 36.

- 7) Read J.: On technical methods in X-ray therapy. — British Medical Bulletin Vol. 4. Nol. 1946. Str. 43 — 48.
- 8) Russ S.: On technical methods in radium therapy. — British Medical Bulletin. Vol. 4. Nol. 1946. Str. 49 — 51.
- 9) Reports from the Research Institute of the Royal Cancer Hospital (Free) Kennaway E. L., Cook J. W., Harold Burrows, Boyland E., Hewett C. i inni.
British Empire Cancer Campaign Annual Report
T. XI. 1934. str. 3 — 14.
T. XII. 1935. str. 10 — 18.
T. XIII. 1936. str. 1 — 11.
- 10) Skokowska-Rudolfowa M.: Zadania społecznej walki z rakiem. Nowotwory T. XII. 1937. str. 20 — 29.

Problem leczenia złamań otwartych w czasie ubiegłej wojny

Podał

Dr. Eugeniusz Mierczyński
dyrektor Szpitala Powszechnego
w Prudniku

Złamania otwarte w czasie wojny stanowią zawsze bardzo poważny problem, bo wiemy, że statystyki, że większość ran wojennych to rany kończyn z których przetrwały kości i złamania otwarte dają poważny odsetek

W czasie pierwszej wojny światowej obowiązywała, zwłaszcza w pierwszych latach, konserwatywna metoda leczenia otwartych złamań. Uważano, że rany nie należy ruszać. Dawano zwykły opatrunek aseptyczny i unieruchomiano kończynę po nastawieniu złamania. Rezultaty tego rodzaju postępowania okazały się fatalne. Gangrena gazowa i ciężkie zakażenia streptokokiem hemolitycznym były na porządku dziennym, a śmiertelność wzrastała do zastraszających rozmiarów. Dość powiedzieć, że w czasie poprzedniej wojny 80% wszystkich złamań otwartych uda skończyło się zejściem śmiertelnym. Zastanawiano się nad przyczyną tak opłakanych skutków, tym bardziej, że doświadczenia z poprzednich wojen i wypadków z życia cywilnego wykazały zupełnie inne rezultaty. Okazało się, że ta sama metoda, która dawała poprzednio zupełnie dobre rezultaty, w ubiegłej wojnie stała się fatalna. Przyczyna leżała w udoskonaleniu broni, używanej już w czasie poprzedniej wojny, a mianowicie: pociski karabinowe wystrzelone ze starych typów broni miały szybkość początkową dochodzącą zaledwie do 300 — 400 metrów na sekundę, podczas gdy już w pierwszej wojnie światowej osiągały szybkość początkową dochodzącą do 800 metrów na sekundę. Przy tej kolosalnej szybkości początkowej kula karabinowa musiała pokonywać olbrzymi opór, co wprowadzało ją w specjalnego rodzaju drgania, niezależnie od ruchu jaki jej nadawał gwintowany karabin nowoczesny. To też pocisk, który dosięgnął celu na przestrzeni pierwszych 600 metrów działał w tkankach ludzkich, jak materiał wybuchowy, szerząc koło siebie kolosalne zniszczenie. Po przejściu pierwszych 600 metrów opór powietrza zmniejszał szybkość pocisku do 400 metrów na sekundę. Przy tej szybkości kula już gładko przebijając tkanki, nie szerząc większego spustoszenia w otoczeniu i zbliżając się swoim charakterem do ran zadawanych pociskami, używanymi w dawnych wojnach. Te rany i złamania otwarte dawały dobre rezultaty przy leczeniu konserwatywnym. Jeżeli weźmiemy pod uwagę nie tylko zwykły pocisk karabinowy, ale odłamki bomb lotniczych i min, których szybkość początkowo dochodzi nieraz do 1500 metrów na sekundę, możemy sobie wyobrazić, jakie zniszczenie tkanek będą powodowały tego rodzaju pociski. Musimy tu jeszcze wspomnieć, że rany od bomb lotniczych są zazwyczaj liczne i wydają się na pozór błahę, dając drobne tylko

uszkodzenia tkanki skórnej (ze względu na kolosalną siłę wybuchową, bomby lotnicze i miny rozrywają się na drobnutkie fragmenty), podczas gdy uszkodzenia tkanek głębszych są bardzo poważne i rozległe.

Pociski, które ranią organizm ludzki z taką wielką siłą, wnoszą ze sobą strzępy ubrania i oporządzenia, oraz nieraz zawartość kieszeni, jak — odłamki grzebieni, kawałki notesów, ołówków i przedmiotów, które żołnierz ma przy sobie w czasie bitwy. Jeżeli weźmiemy pod uwagę, że żołnierz na pozycji, a co ważniejsze w wojnach ruchomych, nie zawsze ma czas na zmianę bielizny, jest brudny, zawalany błotem, musimy przyjąć z góry, że każda rana wojenna jest ciężko zakażona. Zakażenie to jednak nie jest równomierne we wszystkich rejonach ciała. Rany na przykład kończyn górnych przy takich samych postrzałach są zazwyczaj mniej zakażone, niż rany kończyn dolnych. Wynika to stąd, że rękawy koszuli są bardziej czyste, niż zanieczyszczone nieraz kałem kałesony, a rękawy bluzy nie są w takim stopniu narażone na zabrudzenie błotem i pyłem, jak spodnie, skarpety i buty. Tak samo i nie wszystkie tkanki ludzkie są w jednakowym stopniu podatne na zakażenie. Kości, ścięgna i powięzie, chociaż są znacznie gorzej ukrwione niż tkanki mięsne i posiadają mniejszą siłę witalną — nie podlegają w tak znacznym stopniu infekcji, jak tkanka mięsna. Mięśnie są zawsze siedliskiem najcięższej infekcji, i stanowią największą groźbę dla życia rannego.

Dzieje się to dlatego, że pocisk przebijając mięśnie przy swojej wielkiej szybkości powoduje rozszczępienie włókien mięsnych na znacznym dystansie od drągi, którą przebywa. Rozdzielając włókienka mięsne wyłącza je z obiegu krążenia i powoduje ich obumieranie. Obumarta tkanka mięsna stanowi znakomitą pożywkę dla wszelkich drabnaustrojów, a specjalnie dla beztlenowców i streptokoków hemolitycznych. Jeżeli otwieramy ranę to widzimy, że takie włókna mięsne nie kurczą się zupełnie przy przecinaniu nożem, a mięśnie w otoczeniu rany są martwe i wyglądają jak mięso na ładzie u rzeźnika. Jasno więc wynika z powyższego, że w leczeniu złamań otwartych musimy baczną uwagę zwrócić nie tylko na uszkodzenie kości, ale i wszystkie tkanki znajdujące się w sąsiedztwie rany.

W postępowaniu ze złamaniami otwartymi decydujący jest czynnik czasu. W zależności od tego, w jaki czas po zranieniu pacjent trafi w ręce chirurga — dzielimy złamania otwarte na świeże i zakażone, gdzie infekcja zmanifestowała się wyraźnie. Postępowanie lecznicze w obydwojch typach będzie różne.

I. Złamania otwarte świeże.

Każde złamanie otwarte należy uważać z góry za zakażone, jednak czas, w jakim wybuch infekcji następuje nie jest jednakowy u wszystkich pacjentów. Zależy jest od wypadkowej siły, gdzie po jednej stronie decyduje — rodzaj drobnoustrojów, które wniknęły do rany, ich wirulentność i złośliwość oraz wyczerpanie fizyczne organizmu, wykrwawienie itd., z drugiej zaś strony — odporność, siły obronne i stan fizyczny chorego.

W złamaniach otwartych w czasie pokojowym ustalono termin 8 godzin, w których można niekiedy nakładać szew pierwotny i zamieniać złamanie otwarte na złamanie zamknięte. Naturalnie muszą być w tych wypadkach sprzyjające okoliczności, polegające na tym, że rany tkanek miękkich nie są zbyt rozległe i że ilość skóry jest dostateczna, aby po założeniu szwów nie było napięcia. Należałoby jednak sądzić, że tego rodzaju postępowanie jest wysoce ryzykowne, nawet w życiu cywilnym, a już wręcz niedopuszczalne w ranach wojennych.

W każdym poszczególnym wypadku należy zastanowić się poważnie po dokładnym zbadaniu i ocenie zdecydować, czy złamaną kończynę należy ratować, czy należy ją amputować. Musimy stosować tutaj inny miernik do kończyny górnej, i inny do kończyny dolnej. Jak wiadomo kończyna dolna może być zastąpiona w protezę, która funkcjonalnie w znacznym stopniu zastąpi choremu utraconą nogę. Protezy kończyn górnych natomiast dają jeszcze dzisiaj, niestety, właściwie tylko wyniki kosmetyczne.

Wskazań do amputacji jest wiele. Można je rozdzielić na dwie grupy: jedne — to wskazania życiowe, gdzie jedynie odjęcie kończyny może uratować życie pacjenta jak — w ciężkich zakażeniach, albo rozległych zniszczeniach wielkich pni naczyniowych, drugie — to wskazania funkcjonalne — na przykład tak rozległe zniszczenia kości, obejmujące stawy, gdzie nawet przy najlepszych osiągniętych rezultatach po wygojeniu kończyny, — będzie funkcjonalnie gorsza od zastosowanej protezy. Może być przy współistniejących złamaniach tak dalece uszkodzony aparat ruchowy kończyny i pnie nerwowe, że po długotrwałym leczeniu, połączonym z niebezpieczeństwem dla chorego, i wygojeniu kończyny okaże się ona funkcjonalnie gorszą od protezy.

Jeżeli po dokładnej ocenie zapadła decyzja zachowania kończyny, to leczenie złamania otwartego musi iść w każdym wypadku po linii leczenia operacyjnego.

Niejednokrotnie w złamaniach otwartych następuje wstrząs. Najczęściej zdarza się to w otwartych złamaniach uda. Jeżeli objawy wstrząsu zostały wyraźnie zaznaczone musimy pamiętać, że pacjent jest w poważnym niebezpieczeństwie życia. Wielu rannych zginęło z tego powodu. To też będzie pierwszym zadaniem chirurga wyprowadzenie rannego z szoku, a dopiero potem przystąpienie do załatwienia zła-

mania i rany. Nie należy żałować w takich razach morfiny, chorego obłożyć termoforami i ogrzać, oraz niezwłocznie przystąpić do podniesienia ciśnienia przez podanie pełnej krwi w przypadkach przebytych krwotoków, albo plazmy w tych wypadkach, gdzie krwotoku nie było. Dopiero po wyprowadzeniu chorego z szoku należy przystąpić do operacji.

Przed zabiegiem operacyjnym pacjent musi być dokładnie przebadany rentgenologicznie. Musimy wiedzieć, jakiego rodzaju jest złamanie, musimy mieć dokładną lokalizację wolnych odłamków kostnych oraz metalowych ciał obcych. Sam zabieg polega na dokładnym wycięciu rany, nastawieniu złamania i unieruchomieniu kończyny.

a. Wycięcie rany.

Jeżeli mamy prócz rany, przez którą wszedł pocisk, powodujący złamanie, i inne rany, to musimy pamiętać o tym, że wszystkie one muszą być starannie wycięte. Dobrze jest mieć oddzielny zestaw operacyjny do wycięcia części kostnych tak, aby instrumenta zanieczyszczone w zetknięciu z brudną raną nie wchodziły w kontakt z kością. Zasadniczo wycinamy skórę w odległości pół centymetra od brzegu rany, przy czym te części skóry, które są podejrzone o nekrozę, należy wycinać całkowicie. Po wycięciu skóry zmieniamy nóż i wycinamy powięź, usuwając starannie wszystkie skrzepy. Najbardziej dokładnie i bezlitośnie należy wyciąć wszystkie obumarłe tkanki mięsne, aż do zdrowych, żywo krwawiących i kurczących się podczas przecinania włókien. Należy pamiętać, że pozostawienie martwych mięśni jest pozostawieniem znakomitej pożywki bakteryjnej — rozsadnika infekcji. Hemostaza musi być wykonana bardzo starannie, przy czym należy chwycić peanami same tylko naczynia, bez tkanek otaczających, aby nie pozostawić powyżej podwiązki tkanek martwych. Jeżeli mamy do czynienia ze współistniejącym uszkodzeniem poważniejszych pni nerwowych, to zazwyczaj ich nie zeszywamy, ponieważ warunki gojenia się nerwów w ranie otwartej są złe. Przywrócenie ciągłości nerwów odkładamy na okres późniejszy, po wygojeniu złamania i rany.

Jest dotychczas kwestią sporną, czy ranę należy w czasie operacji przemywać i spłukiwać roztworem soli fizjologicznej. Chirurdzy amerykańscy rany przepłukują, natomiast chirurdzy angielscy są temu przeciwni. Należy sądzić, że bezpieczniej jest nie używać przemywań, ponieważ wraz z płynem mogą ściekać do różnych uchyłków i przestrzeni międzymięśniowych zawarte w ranie bakterie ropotwórcze.

b. Nastawienie złamania.

Po wycięciu rany odrzucamy wszystkie używane dotychczas instrumenty i sięgamy po czysty, świeży zestaw.

Typowymi hakami rozsuwamy tkanki miękkie tak, aby dokładnie widzieć uszkodzone kości. Często mamy do czynienia nie tylko z prostym złamaniem, ale widzimy kości pogrucho-

lane, rozbite na szereg odcłamków. Postępowanie z rozbitymi odcłamkami jest także do dzisiaj jeszcze kwestią sporną. Jedni chirurdzy idąc za szkołą Olliera, usuwają wszystkie odcłamki kostne bez względu na to, czy są wolne, czy też umocowane na okostnej.

Drudzy — usuwają tylko odcłamki luźno leżące natomiast odcłamki połączone z kością za pomocą okostnej — pozostawiają w ranie. Jeżeli zdecydujemy się na usuwanie wszystkich odcłamków, musimy pamiętać, że nie wolno ich odrywać od kości, bo w ten sposób rwiemy i niszczyliśmy okostną, zmniejszając żywotność kości, co ma duży wpływ na powstanie zrostu. Zdaje się, że lepiej jest pozostawić jednak odcłamki pokryte okostną i połączone z kością, ponieważ stanowią one pomost dla kostniny przy późniejszym gojeniu się złamania. Ma to wielkie znaczenie w przypadkach, gdzie duża część kości została zniszczona i gdzie mamy duży ubytek. Wolne natomiast odcłamki należy starannie usunąć. Musimy także usunąć wszystkie obce ciała leżące w ranie, ponieważ będą stanowić źródła infekcji i będą opóźniać, albo uniemożliwiać zrost kostny. Po usunięciu odcłamków i ciał obcych przystępujemy do nastawienia złamania, przy czym musimy mieć na uwadze w pierwszym rzędzie późniejszą funkcjonalną sprawność kończyny.

W ostatniej światowej wojnie zaznaczył się pewien powrót do antyseptyki. Dawano do rany różne płyny antyseptyczne, jednak zazwyczaj płyny te były w mniejszym stopniu szkodliwe dla drobnoustrojów, jak dla tkanek żywych organizmu ludzkiego i nie przyczyniały się do poprawy sytuacji. Zatrzymano się na bardzo delikatnych antyseptykach — jak emulsja jodbitum-parafina, albo roztwór 1:100 akriflawiny w oleju parafinowym. Osobiście przekonałem się o dużej wartości akriflawiny, stosowanej w złamaniach otwartych. Jednak najbardziej skutecznym środkiem, który dawał znakomite rezultaty, były sulfamidy, wsypywane w postaci wyjałowionych proszków do rany. Wdmuchiwano je za pomocą rozpylaczy.

Rany zasadniczo nie należy zaszywać, ani nie nakładać głębokich swów. W wyjątkowych tylko wypadkach, gdzie zetknijemy się z bardzo świeżym złamaniem, gdzie rana jest tylko minimalnie zabrudzona i gdzie mamy przeświadczenie, że wycięcie rany zostało przeprowadzone w sposób idealny, możemy zaryzykować zaszywanie.

c. Unieruchomienie — jest niesłychanie ważnym czynnikiem w leczeniu złamań tak otwartych jak i zamkniętych. Unieruchomienie musi być przeprowadzone tak, aby odcłamki nie poruszały się i nie zmieniały wzajemnego ustawienia. Nie tylko nie jest dopuszczalny ruch odcłamków pod kątem, ale tak samo ruch obrotowy i wzajemne tarcie między odcłamkami. Wszystko to opóźnia zrost, albo powoduje brak powstania zrostu i sprzyja wybuchowi infekcji. Zupełny spokój jest czynnikiem decydującym dla pomyślnego wyniku leczenia.

Możemy stosować różne metody unieruchomienia, jednak najbardziej pomyślne w leczeniu złamań otwartych jest unieruchomienie w opatrunku gipsowym.

Wiemy jeszcze z doświadczeń wojny domowej hiszpańskiej, że opatrunek gipsowy stosowany nie tylko przy złamaniach, ale i w ranach tkanek miękkich, dawał wyniki znakomite. Ciężkie zakażenia streptokokowe, oraz infekcje gazowe, występowały bardzo rzadko, jeśli po wycięciu rany nakładano szczelny opatrunek gipsowy. Doświadczenia z ubiegłej wojny w zupełności potwierdziły te spostrzeżenia.

Warunkiem, aby opatrunek gipsowy należycie spełnił swoje zadanie, musi być nałożenie gipsu szczelnego. Nie wolno, jak to powszechnie robiono przed wojną, wycinać w gipsie okien, tworzących dostęp do rany. Przy nałożeniu gipsu z oknem otrzymujemy nierównomierność ucisku opatrunku, co wywołuje zaburzenia w krążeniu płynów tkankowych. W miejscu zmniejszonego ucisku w obrębie okna gromadzi się większa ilość płynów tkankowych, powstaje obrzęk i wygrzybianie się poprzez okno. Tego rodzaju stan tkanek w otoczeniu rany nie jest obojętny dla przebiegu gojenia się; powstają zaburzenia krążenia i rana goi się źle, ropiejąc i szerząc infekcję. Poza tym częste zaglądanie do rany w czasie opatrunków robionych przez okno ma także ujemny wpływ na przebieg gojenia. Zazwyczaj, oczyszczając ranę, zabieramy z niej wraz z ropą żywe leukocyty i soki tkankowe, które mają duże właściwości obronne. Jeżeli chodzi o problem szczelnokowania, to dzisiaj wiemy, że gips jest materiałem hygroskopijnym i przepuszcza na zewnątrz wydzielinę z rany w dostatecznej ilości tak, że okno i z tego powodu jest zupełnie zbędne.

Ażeby nie przeszkadzać odpływowi wydzieliny z rany poprzez gips, nie wolno nakładać zbyt grubych opatrunków, zwłaszcza z materiału hygroskopijnego. Zazwyczaj wystarcza cienka warstwa gazy, na którą bezpośrednio idzie opatrunek gipsowy. Niektórzy chirurdzy nakładają gips bezpośrednio na gołą ranę, nie okrywając jej nawet warstwą gazy i mogą poszczycić się doskonałymi wynikami. Opatrunek gipsowego nie należy zmieniać zbyt szybko. Jako termin minimalny podaje się okres trzech tygodni, jednak bezpieczniej jest utrzymać gips znacznie dłużej i nie zmieniać bez koniecznej potrzeby wcześniej niż po upływie sześciu tygodni. Nawet jeżeli chory gorączkuje i mamy objawy infekcji w ranie — nie należy gipsu zdejmować, bo każde poruszenie złamanej kończyny, jakie musi dać zdjęcie gipsu, spowoduje znaczne pogorszenia w postaci wzmożenia się infekcji i podskoku temperatury, nie mówiąc już o bardzo silnym bólu, jaki sprawia się choremu. To też zdjęcie gipsu może być zrobione tylko w ostateczności. Jeżeli wystąpią objawy infekcji, stosujemy leczenie hemoterapeutyczne, stosujemy leczenie hemoterapeutyczne, dając uderzenie dużymi dawkami sulfanilamidów, albo stosujemy penicilinę tam, gdzie

flora bakteryjna nie jest na penicylinę odporna. Jeżeli występuje obrzęk kończyny pod gipsem, co manifestuje się zmianami krążenia w obrębie palców, to gips rozcinamy podłużnie i lekko go rozchylamy, aby nie dopuścić do nekrozy kończyny. Na szczęście, jeżeli wycięcie rany zostało wykonane *lege artis*, poważniejsza infekcja pod gipsem pojawia się względnie rzadko i wówczas obrzęk występuje znacznie rzadziej w złamaniach otwartych, niż w zwykłych złamaniach zamkniętych. Warunkuje się to tym, że przez nie zaszytą ranę jest doskonałą drogą do odprowadzenia nadmiaru płynów tkankowych na zewnątrz poprzez gips.

Z reguły prawie zawsze, jeżeli rana została dobrze wycięta, odtłamki nastawione prawidłowo i opatrunek gipsowy nałożono *lege artis* — przebieg leczenia złamania idzie pomyślnie. Chory czuje się dobrze, temperatura szybko schodzi do normy, pacjent nie odczuwa żadnych dolegliwości. Naturalnie kończyna unieruchomiona musi być lekko uniesiona, aby nie wystąpiły zaburzenia w krążeniu.

Po zdjęciu gipsu stwierdzamy zazwyczaj, że zrost chwytła, że kończyna nie jest obrzęknięta, a rany wypełnione aż do powierzchni skóry zdrową ziarniną. Natomiast nie widzimy objawu pokrywania się ubytków skórnych nabłonkiem. Nabłonek pod gipsem regeneruje się źle.

Doprowadzenie do zrostu złamania kończyny nie jest jeszcze osiągnięciem celu. Musimy przywrócić kończynie jej zdolności funkcjonowania i jak najprędzej rozpocząć ruchy czynne we wszystkich stawach. Otwarte rany nie pokryte zdrową skórą są dużą przeszkodą dla fizykoterapii, jaka zastosowana musi być teraz jak najprędzej. To też jak najwcześniej musimy doprowadzić do zagojenia rany. Najszybciej do tego celu prowadzi plastyczne pokrycie ubytków, co też powinno być wykonane w możliwie krótkim terminie, jedną ze znanych metod plastyki skóry.

Trudno jest w ramach niniejszego artykułu omówić wszystkie rodzaje złamań i opisywać technikę wszystkich zabiegów. Pozwalam sobie przytoczyć dla przykładu technikę postępowania w jednym z najczęściej spotykanych złamań, a mianowicie — w złamaniach podudzia, oraz podać kilka uwag o złamaniach otwartych uda.

Technika zabiegu przy złamaniach podudzia.

Najbardziej odpowiednim aparatem do załatwiania złamań podudzia jest śrubowy wyciągowy aparat Boehlera. Kończyna na aparacie jest ułożona w ten sposób, że noga jest zgięta pod prostym kątem tak w stawie biodrowym, jak i kolanowym. Przez kość pękniętą przebijamy gwóźdź Steinmanna i umocowujemy go w specjalnym uchwycie, który z kolei jest połączony ze śrubą aparatu. Musimy pamiętać, że rana, na której spoczywa dół podkolanowy, musi być dokładnie i miękko wystłana watą, aby nie powodowała ucisku na naczynia i pnie nerwowe. Za pomocą śruby rozciągamy kończynę tak, aby została zawieszona w powietrzu

i dawała dostęp ze wszystkich stron. Po dokładnym wymyciu i zdezynfekowaniu skóry przystępujemy do wycięcia wszystkich istniejących ran. Po wycięciu zmieniamy instrumentarium i załatwiamy tkanke kostną. Usuwamy odtłamki, po czym następuje nastawienie złamania — asystent dokręca śrubę rozciągając odtłamki, a chirurg manipulując w ranie ustawia je naprzeciw siebie. Po osiągnięciu prawidłowej pozycji zwalnia śrubę, aby można było osiągnąć zaklinowanie odtłamek. Wówczas wdmuchujemy do rany sulfamidy i pokrywamy ją cienką warstwą gazy, przepojonej roztworem oleistym akryflawiny w stosunku 1:1000. Nie zakładamy żadnych szwów głębokich, a tym bardziej nie szujemy skóry i na kończynie opatrzoną w ten sposób, dajemy gips. Należy pamiętać, że palce muszą być wolne i nie pokryte opatrunkiem, jednak od strony podeszwy gips musi sięgnąć po za palce stopy tak, aby miały oparcie. To zabezpiecza chorego przed tak zwanym *hallux rigidus*, co jest częstą i przykrą komplikacją, o ile zostanie pominięta tego rodzaju ostrożność.

Całą stopę ustawiamy pod kątem prostym do podudzia i w lekkiej pronacji. Ze względu na to, że w czasie nakładania opatrunku gipsowego kończyna pod kolanem jest oparta na ramie aparatu i ustawiona pod kątem prostym w stawie kolanowym — gips możemy założyć w tym etapie tylko od kolana. Teraz następuje zdjęcie chorej kończyny z aparatu, usunięcie aparatu ze stołu i przedłużenie opatrunku gipsowego do połowy uda lub wyżej, w lekkim tylko zgięciu stawu kolanowego. Gwoźdź Steinmanna nie wyjmujemy, ponieważ wmontowany w gips stanowi jakby kotwicę, która nie pozwoli na przesunięcie się ku górze dolnych odcinków złamanych kości. Gwóźdź ten wyjmujemy przez wycięte w gipsie drobne okienka po dwóch tygodniach, kiedy już nie istnieje zazwyczaj ta obawa.

Technika zabiegu przy otwartym złamaniu uda.

O ile w leczeniu otwartych złamań podudzia nie ma większych rozbieżności w nowoczesnej technice chirurgicznej, o tyle w złamaniach uda są duże rozbieżności i rezultaty osiągane nie są tak dobre, jak w leczeniu podudzia.

Latem 1944 roku byłem na zjeździe chirurgów wojsk alianckich w Cairo, gdzie szef służby zdrowia 8-ej Armii brytyjskiej przedstawiał rezultaty akcji służby zdrowia, ze szpitalami wojennymi łącznie, w czasie kampanii włoskiej. Z referatu tego wynikało, że służba zdrowia stała na wysokości zadania i pokonała pomysły nie piętzące się przed nią trudności. Jeżeli chodzi jednak o złamanie uda, to miał brytyjski szef służby zdrowia poważne zastrzeżenia. Bardzo często zrost kostny bywał znacznie opóźniony, a czasem nie następował wcale. Trudność polegała nie tyle w technice samego zabiegu, ile w leczeniu następowym.

Sokołowski w swoich „Zasadach leczenia złamań” — Jerozolima 1944 — podaje jako

typowe leczenie złamania uda, następujące: do zwykłej szyny Brauna wgipsowuje się szynę Kramerską tak, aby kończyna mogła do niej przylegać całą swoją tylną powierzchnią, poczynając od pośladka aż do pięty, przy czym udo jest ustawione zupełnie pionowo, a kolano zgięte pod prostym kątem. To też wmontowana szyna Kramera jest zgięta pod prostym kątem i wzmocniona opaskami gipsowymi. Kąt szyny jest zaokrąglony tak, aby wygodnie na nim mógł spoczywać dół podkolanowy. Teraz następuje przeprowadzenie drutu Kirschnera tuż powyżej kłykci kości udowej i założenie wyciągu. Wyciąg jest silny, a obciążenie u dorosłego mężczyzny od 10 — 15 kilogramów. Po kilku dniach, kiedy opór mięśniowy został już pokonany i ołamki należyście rozciągnięte — następuje pod ekranem nastawienie ołamków, a przez zmniejszenie wyciągu spowodowanie ich zaklinowania. Ażeby utrzymać ołamki we właściwej pozycji, Sokołowski daje dwie boczne szyny gipsowe wzdłuż złamanego uda, a okrężnymi opaskami gipsowymi, ujmując kończynę wraz z szyną, umocowuje ją do skonstruowanego aparatu. Wyniki leczenia byłyby idealne, gdyby nie trudności pielęgnacji chorego. Jest zupełną niemożliwością bez poruszania i przekraczania pacjenta podstawić pod niego basen, ponieważ podstawa szyny Brauna przylega ściśle do pośladka. To też każde oddawanie stolca połączone jest nie tylko z przykrymi dolegliwościami dla chorego, ale z poruszaniem ołamków, co w znacznym stopniu przeszkadza w powstawaniu zrostu.

Angielscy chirurdzy z Robertem Milne i Hamiltonem Bailey na czele stosują następujący system leczenia: przeprowadzają gwóźdź Steinmanna przez guzowatość piszczeli, zakładają na gwóźdź uchwyt i stosując wyciąg na stole ortopedycznym ustawiają kończynę w lekkim zgięciu tak w stawie udowym, jak i kolanowym. Kiedy wyciąg jest obciążony, przystępują do wycięcia rany. Po wycięciu następuje moment reponowania albo przez ranę, jeżeli nie ma większej obawy wprowadzenia infekcji i dostęp do złamania jest dobry, albo z oddzielnego cięcia operacyjnego, idącego po zewnętrznej stronie uda. Wyciąg zostaje obciążony stopniowo, aż do momentu, kiedy przemieszczone ołamki staną naprzeciw siebie. Wówczas zmniejszają obciążenie tak, aby mogło nastąpić zaklinowanie ołamków i nie zaszywając wyciętej rany, po wprowadzeniu do niej sproszkowanych sulfanilamidów, nakładają szczelny gips, idący od dolnych żeber do palców stopy. Tego rodzaju postępowanie ma także swoje ujemne strony. Przede wszystkim zabieg jest długi i trwa bardzo długo, a u pacjentów szkodliwych jest trudny do przeprowadzenia i niebezpieczny. Poza tym następcza duże trudności poprawienie ustawienia złamania, jeżeli w pierwszych dniach po zabiegu nastąpi przemieszczenie ołamków. Przemieszczenie takie może zdarzyć się z łatwością, ponieważ kończy-

na w szczelnym opatrunku gipsowym bardzo szybko cieńsze, a to ze względu na ustępowanie obrzęku i zanik mięśni z powodu unieruchomienia. Gips w krótkim czasie staje się za obszerny.

Najłatwiej jeszcze uporać się z trudnościami, jakie następcza otwarte złamanie uda, przez zastosowanie szyny grzbietowej. Postępowanie początkowe jest podobne do tego jakie stosują chirurdzy angielscy, z tym, że zamiast gwóźdźa Steinmanna stosuje się drut Kirschnera, który jako cieńszy daje mniejsze niebezpieczeństwo infekcji. Po założeniu wyciągu na stole ortopedycznym i wycięciu rany następuje zestawienie złamania, ewentualnie jeżeli opór mięśniowy jest tak wielki, że ustawienie nie daje się od razu przeprowadzić, to zostawiamy ołamki nie nastawione. Do rany wprowadzamy sulfamid, okrywamy gazą, przepojoną 1:1000 akryflaminy oleistej, oraz zakładamy opatrunek sterylizowany. Do lekko zgiętej w stawie biodrowym i kolanowym kończyny dopasowujemy długą szynę kramerską, która sięga od talerza biodrowego aż do końca palców, przy czym jest wygięta odpowiednio do ustawienia nogi w trzech miejscach: w stawie biodrowym, w stawie kolanowym i w stawie skokowym. Szynę wyścielamy miękką watą i przeprowadzamy przez strzemię wyciągu, aby przylegała do przedniej strony całej kończyny górnej, to jest aby w pozycji leżącej pacjenta leżała na górze. Teraz przybandażowujemy stopę i podudzie do szyny, a udo opasujemy wraz z szyną opaskami gipsowymi. W trzech punktach do szyny umocowujemy haczyki do podwieszenia: jeden na końcu szyny, to jest około palców, drugi — ponad kolanem, trzeci w okolicy stawu biodrowego. W ten sposób noga jest podwieszona za pomocą sznurków do ramy, ustawionej nad łóżkiem. Sznur, umocowany do uchwytu wyciągu, zostaje przeprowadzony przez bloczek i odpowiednio obciążony. Sznury podwieszające kończynę muszą być tak uregulowane, aby podudzie leżało zupełnie poziomo, to jest: jeżeli kolano jest zgięte pod większym kątem, to i zgięcie w stawie biodrowym musi być odpowiednio zwiększone. Dobrze, jeżeli rama wyciągu nie jest złączona z łóżkiem chorego, ponieważ przesuwając jeden koniec ramy w prawo albo w lewo możemy zwiększać albo zmniejszać odwiedzenie kończyny, w zależności od ustawienia ołamków. Obciążenie wyciągu jest różne, w zależności od stopnia rozwinięcia mięśni. Zazwyczaj u dorosłego silnego mężczyzny nie potrzeba przekraczać dziesięciu kilogramów. W czasie przebiegu leczenia należy często kontrolować ustawienie ołamków za pomocą Roentgena przyłóżkowego. W zależności od tego, co nam wykaże kontrola roentgenowska, musimy wyciąg obciążyć bardziej, jeżeli ołamki na siebie zachodzą, albo zmniejszyć, jeżeli Rentgen wykaże nam istniejącą szparę pomiędzy oławkami. Wykątowanie boczne udaje się usunąć zazwyczaj przez przesuwanie ramy wyciągowej w kierunku przywiedzenia lub odwie-

dzenia, albo przez przeniesienie haczyka sznurka wyciągowego z dziurki środkowej strzemiennia do dziurek, leżących bardziej dośrodkowo albo zewnętrznie. Wykątowanie w płaszczyźnie tylnia - przedniej usuwamy przez podciągnięcie, ewentualnie abniżenie sznurów podwieszających kończyne, umocowanych ponad kolanem i okolica palców. W ten sposób zwiększając lub zmniejszając kąt, jaki daje uniesione uda w stosunku do poziomu, anulujemy wykątowanie w płaszczyźnie a. p.

Mniej więcej trzy do czterech tygodni, kiedy już chwycił lekki włóknisty zrост, zdejmujemy wyciąg i nakładamy szczelny gips, obejmujący całą kończynę i miednicę od palców aż do dolnych żeber. Tego rodzaju unieruchomienie kończyny daje dobry dostęp do chorego i bardzo ułatwia pielęgnację. Jednak muszę przyznać, unieruchomienie to nie jest tak idealne, jak unieruchomienie w wielkim opatrunku gipsowym i dlatego też tam, gdzie podejrzewamy poważniejszą infekcję rany, należałoby raczej od razu zastosować gips idący od dolnych żeber aż do końca palców.

II. Złamania otwarte zakażone.

Po pewnym czasie od złamania otwartego zaczyna się w ranie uwidaczniać infekcja. Czas ten nie jest jednakowy we wszystkich przypadkach. Ustalono termin 18 godzin, po których złamanie przestaje być świeże, jednak nieraz i po dłuższym okresie czasu można traktować jeszcze złamanie jako świeże.

Podstawowym leczeniem złamań otwartych świeżych jest wycięcie rany; **w złamaniach otwartych zainfekowanych wycinać rany nie wolno.** Wycinając ranę, niszczyliśmy jednocześnie wał ochronny, który organizm już wytworzył dookoła rany, celem niedopuszczenia zakażenia do ogólnego krwiobiegu.

Zabieg operacyjny polega:

- a. na szerokim otwarciu wszystkich uchyłków i kieszeni, aby zapewnić jak najlepszy odpływ wydzieliny,
- b. na usunięciu wszystkich wolno leżących odłamków, oraz tych tylko odłamków umocowanych do kości za pomocą okostnej, które zamykając dostęp do szpiku kostnego utrudniają odpływ wydzieliny. Po usunięciu odłamków nastawiamy złamanie. Musimy pamiętać, że zabieg musi być wykonywany bardzo delikatnie. Brutalne traktowanie zainfekowanych tkanek powoduje przedostawanie się infekcji do przestrzeni międzypiętkowych i może być groźne dla życia pacjenta. Do ran wprowadzamy setony z gazy, przepajane akryflawiną w oleju 1:1000, albo zakładamy saszki gumowe. Tampony muszą być bardzo luźno tylko ułożone w ranie, żeby nie stanowiły korków, zamykających odpływ.
- c. W trzeciej części zabiegu przeprowadzamy unieruchomienie kończyny. Od dobrego stopnia dalszy przebieg leczenia. Im złamanie jest bardziej zakażone, tym większy

nacisk należy postawić na dobre unieruchomienie. Jeżeli unieruchomienie jest złe i odłamki mogą poruszać się w ranie — powoduje to nie tylko znaczne dolegliwości, ale rozprzestrzenianie się infekcji i manifestacje wszystkich związanych z tym objawów.

Hamilton Bailey w swojej chirurgii wojennej (Edinburgh 1942) dzieli złamania zakażone na dwie grupy, takie gdzie infekcja nie dała jeszcze objawów toksycznej resorpcji i takie, w których resorpcja toksyczna występuje już wyraźnie. W leczeniu pierwszej grupy tych przypadków Bailey zaleca stosowanie opatrunku gipsowego szczelnego. Dreny gumowe i tampony z gazy nie stanowią żadnych przeciwwskazań. Jak wiemy, gips jest materiałem wyszczepionym i nie stanowi przeszkody dla odpływu wydzieliny. Na odwrót już w kilka godzin po nałożeniu opatrunku widzimy na powierzchni gipsu makre plamy wydzieliny, która wydostała się poprzez gips na zewnątrz.

Przy tego rodzaju załatwieniu złamania a ile unieruchomienie było dobrze przeprowadzone, a wszystkie kieszenie i uchyłki zostały szeroko otwarte, chory czuje się zazwyczaj zupełnie dobrze. Ból szybko ustępuje, temperatura spada, obrzęk schodzi.

Przy zainfekowaniu, w złamaniach otwartych, stosowanie sulfanilamidów do rany nie daje żadnych efektów, natomiast wprowadzenie ich do krwiobiegu czy to w postaci kroplówek dożylnych sulfathiasolu, czy innych preparatów sulfamidowych w postaci tabletek doustnie jest bardzo dzielnym środkiem leczniczym.

Jeżeli natomiast toksemia zainfekowała się wyraźnie — Bailey twierdzi — nie wolno pod żadnym pozorem dawać szczelnego opatrunku gipsowego. Stosuje wówczas innego rodzaju unieruchomienie, jak szyny gipsowe, metalowe lub drewniane, albo połączenie tych szyn wraz z wyciągami stałymi lub zbalansowanymi. Twierdzenie to jest podane w formie dogmatu, w który musimy ślepo wierzyć, tak że autor nawet nie stara się podać powodów, dlaczego szczelny opatrunek miałby być tak daleko szkodliwy.

Muszę się przyznać, że niejednokrotnie zgrzeszyłem przeciwko temu kanonowi. Wychodząc z założenia, że szczelny opatrunek gipsowy nie przeszkadza zupełnie odpływowi wydzieliny, a daje wielkie plusy w postaci znakomitego unieruchomienia i idealnego spokoju dla zainfekowanych tkanek. Niejednokrotnie w złamaniach otwartych, gdzie odłamki pływały w ranie i gdzie toksemia była gwałtownie zainfekowana, stosowałem, po dokonaniu zabiegu operacyjnego, szczelny opatrunek gipsowy. Nie wiem, czy te przypadki należy łączyć z jakimś wyjątkowo szczęśliwym zbiegiem okoliczności, ale wyniki miałem nadspodziewanie pomyślne.

Dla przykładu pozwolę sobie przytoczyć przypadek, jaki trafił w moje ręce w czasie walk w pustyni Zachodniej. Przywieziono mi jeń-

ca włoskiego, który miał zgruchotany lewy bark przez pocisk artyleryjski. Ranny był transportowany drogą kołową przez pustynię w ciągu siedmiu dni w prowizorycznym tylko opatrunku. Przy badaniu stwierdziłem, że w szeroko rozwartej ranie widać było pogruchotane kości, tworzące staw barkowy. Z rany wydzielala się rzadka cuchnąca ropa. Chory był zamroczony, temperatura ponad 40°C, język suchy, tętno bardzo przyspieszone, słabo napięte. Przystąpiłem do zabiegu operacyjnego, polegającego na usunięciu wolnych odłamków, szerokim otwarciu wszystkich uchyłków, zdrenowaniu rany i luźnym wysetonowaniu gażą, przepojoną akriflawiną, w oleju. Po okryciu rany cienką warstwą gazy, nałożyłem wielki opatrunek gipsowy szczelny. Chory dostał gorset gipsowy, od którego siedł gips, okrywając bark i całą chorą kończynę górną aż do palców. Kończyna została unieruchomiona w odwiedzeniu jej do poziomu przy zgietym pod prostym kątem łokciu i lekkim odprowadzeniu ku przodowi.

Na drugi dzień ból, który był bardzo dotkliwy, ustąpił w zupełności. Temperatura spadła poniżej 38°C, samopoczucie chorego uległo znacznej poprawie. Następnego dnia temperatura spadła do normy, chory nabrał apetytu i czuł się zupełnie zdrowy. Opatrunek gipsowy był przesiąknięty ropą. Po kilku dniach chory nie odczuwał żadnych dolegliwości, za wyjątkiem jednej, ale bardzo przykrej — polegającej na tym, że opatrunek cuchnął, i odór ten był może w większym jeszcze stopniu przykry dla samego pacjenta, niż dla otoczenia.

W leczeniu większej ilości tego rodzaju chorych panuje na sali nieznośny fetor, co jest

problemem poważnym, zatruwającym życie pacjentom i personelowi. Obecnie mamy szereg środków dezodoracyjnych, które rozwiązują problem ten w znacznym stopniu.

Pacjenta, o którym tu wspomniałem, miałem pod swoją opieką w ciągu trzech tygodni, po tym terminie ewakuowałem go w niezmienionym gipsie, bez temperatury, bez dolegliwości, jako pacjenta siedzącego.

Wiele niewzruszonych zasad postępowania lekarskiego, które stosowano dawniej — z czasem odrzucono jako nie tylko bezpożyteczne, a nawet wprost szkodliwe. Może być, że i ten dogmat, zabraniający szczelnego opatrunku gipsowego w złamaniach otwartych zakażonych — nie ostoi się przed postępem i rozwojem chirurgii.

Prądnik Śląski. Maj 1946.

PIŚMIENNICTWO.

J. R. Armstrong — Bone-Grafting in the treatment of Fractures (Edinburgh 1945)

Arme Medical Department Bulletin — The Wounded from Alamein.

Hamilton Bailey — Surgery of Modern Warfare (Edinburg 1942)

Arnold K. Henry — Extensile Exposure applied to Limb Surgery (Edinburgh 1945)

Nelson — New Loose Leaf Surgery (New York 1941)

Tadeusz Sokołowski — Zasady leczenia złamań. (Jerozolima 1944)

G. Grey Turner — Moderne Operative Surgery (London 1943)

R. Watson — Jones — Fractures and Joint Injuries (Edinburgh 1944)

O nowoczesnej metodzie leczenia złamań gwoździowaniem szpikowym

(Według uzupełnionego odczytu wygłoszonego 20. 3. 1946 r. w Krakowskim Towarzystwie Lekarskim)

Podał

Dr Władysław Rafał Heftman

Z Oddziału chirurgicznego Szpitala im. Prez. Bieruła w Chrząndowie
(ordynator Dr. W. Heftman)

Leczenie złamań gwoździami szpikowymi jest przeniesieniem sposobu zespolenia złamania szyjki kości udowej na trzony kości długich i polega na nastawieniu anatomicznym, lub prawie anatomicznym, złamania pod kontrolą prześwietlania rentgenowskiego, oraz na wprowadzeniu z małego cięcia, z dala od miejsca złamania, dużego stalowego pręta, specjalnego gwoździa ze stali nierdzewnej do jamy szpikowej jednego z odcinków i przesunięciu go poprzez miejsce złamania do drugiego odcinka, o ile możliwe, aż do jego nasady. Gwóźdź ten zespolą tak silnie odcinki w ich dobrym ustawieniu, że nie dopuszcza do ich wzajemnego względem siebie przesunięcia z raz nadanego ustawienia i pozwala wskutek tego na bardzo

wczesne uruchamianie i obciążanie kończyny w bardzo wielu wypadkach bez dodatkowych metod unieruchamiających. Gwóźdź ten ulega po pewnym czasie, przeciętnie po sześciu miesiącach, usunięciu.

Prototypem gwoździowania szpikowego było bolcowanie złamania z odległego miejsca srebrnym drutem (Schoene). Gwoździowanie prętem stalowym, podobnym do gwoździa Steinmanna, rozpoczęli w Ameryce bracia **L. V. Rusch** i **H. L. Rusch**. **Kuntscher** rozbudował i opracował ostatecznie tę metodę oraz potrzebne do niej instrumentarium — obecnie upływa sześć lat, jak ogłosił ją na zjeździe chirurgów niemieckich i mimo, iż spotkała się z początku z dużymi zastrzeżeniami z ust nawet bardzo poważ-

nych (Koenig, Nordmann, Schoene), w ogólności jednak szybko rozprzestrzeniła się i zdomowała w wielu klinikach, a w niektórych nawet jako metoda wyboru leczenia złamań trzonów kości długich, zwłaszcza złamania trznu kości udowej. O zainteresowaniu się tą metodą świadczy obfita literatura w fachowym piśmiennictwie niemieckim, poczynając od czasu jej ogłoszenia. Zainteresowanie ówczesne było tak duże, że przeniknęło nawet do świadomości laików, skoro gwoździowanie szpikowe było opisywane, jako genialny wynalazek na łamach pism codziennych, niefachowych. Spośród wielu znanych chirurgów zdobyła sobie sporą ilość wprost entuzjastycznych zwolenników, a pomiędzy nimi asa traumatologii, **Boehlera**, który poświęcił jej specjalny tom ostatniego wydania swego znanego podręcznika leczenia złamań; a który przed wynalezieniem tej metody był zdecydowanym przeciwnikiem wszelkich metod operacyjnych. Píše on tak w przedmowie do tego podręcznika: „...wyniki, szczególnie przy leczeniu złamań trzonu uda, są po prostu oszałamiające. Dla nas, przyzwyczajonych do poprzednich wyników, jest niebywałą niespodzianką; gdy widzimy, jak człowiek w czterech dniach po tak ciężkim uszkodzeniu chodzi bezboleśnie, swobodnie poruszając kończyny w stawach”. W innym miejscu pisze autor, że wynikami tej metody jest po prostu zachwycony, a na posiedzeniu Wiedeńskiego Towarzystwa Lekarskiego w roku 1942 powtarza kilkakrotnie, że do tej metody należy przyszość. **Haebler** pisze, że „wyniki gw. szp. w znaczeniu gospodarczym są tak wybitne, że metoda ta przewyższa wszystkie inne zachowawcze i, że już dzisiaj (marzec 1943 r.) można ją określić, jako najlepszą metodę leczenia złamań”. **Stoer** podnosi jej zalety: „Kto przeżył to, że chory po złamaniu uda chodzi po tylu właśnie dniach, ile dawniej potrzebowałoby tygodni do czasu usunięcia wyciągu lub do powstania z łóżka, ten nie zaniecha zastosowania tego sposobu w odpowiednich przypadkach”. **Ehrlich** w ten sposób występuje za gw. szp.: „Jeśli kiedykolwiek miało się na tej samej sali dwóch chorych, z których jeden chodził dobrze po sali z pomocą laski w 8 dni po złamaniu i zgwoździowaniu, podczas gdy drugi, którego z pewnych względów nie można było zgwoździować, ciężko wlecze się z pomocą dwóch lasek, w 15 tygodni po wypadku, a już w 8 dni po powstaniu z łóżka, będzie się zawsze żałować, że nie można było u tego ostatniego zastosować metody Kuentschera”.

Zagadnienie leczenia złamań ma za cel przywrócenie, o ile to jest możliwe, w najkrótszym czasie prawidłowych stosunków anatomicznych oraz całkowitej sprawności kończyny. Warunkiem powodzenia jest możliwie jak najdokładniejsze nastawienie i utrzymanie go w tym ustawieniu aż do czasu wystąpienia ostatecznej konsolidacji, zrostu kostnego, złamania. Długotrwałe unieruchomienie i pobyt w łóżku wywołuje szereg szkodliwości ogólnych i miejscowych, jak np. upośledzenie ruchomości sąsiadujących stawów, zanik i osłabienie mię-

śni, zaburzenia w krążeniu z odczynowymi zmianami w kości (tzw. zanik kości Sudecka) i w skórze. Niebezpieczeństwa natury ogólnej długiego unieruchomienia w łóżku (zapalenie płuc, zakrzep, zator, zaburzenia czynności serca, kamienie nerkowe) są ogólnie znane. Również dotychczasowe metody operacyjne nie pozbywały się powyższych wad, gdyż żadna z nich nie mogła sobie pozwolić na zrezygnowanie z dodatkowego unieruchomienia. Wszystkie metody operacyjne miały wspólną, dość wybitną wadę: wymagały odsłonięcia miejsca złamania z ujemnymi skutkami usunięcia krwiaka oraz uszkodzenia okostnej, mających duże znaczenie w procesie zrastania się, a poza tym zawierały duże możliwości zakażenia. Zresztą zapobiegały jedynie przemieszczeniu się odłamów w innym opatrunku ustalającym, same jednak były zbyt słabe, aby dać możliwość wczesnego podjęcia funkcji kończyny: uruchamiania jej i obciążania. Jedyną do tej pory znaną metodą, która pozwalała na wczesne obciążanie po jednorazowym wkroczeniu operacyjnym było gwoździowanie złamania szyjki kości udowej, a obecnie jest gwoździowanie szpikowe. Dopiero metoda gwoździowania szyjki kości długich gwoździowania szpikowe spełniły, zdawało się, dwa sprzeczne wymagania prawidłowego leczenia złamań, mianowicie: silnego unieruchomienia z jednoczesną możliwością poruszania w sąsiednich stawach. Skoro porównamy dotychczasowe metody leczenia złamań z gw. szp., stwierdzimy, że ta ostatnia ma szereg wybitnych zalet:

1. Skraca wybitnie (szczególnie jeśli chodzi o złamanie trzonu uda) czas pobytu w łóżku, okres przebywania w szpitalu, okres całkowitego leczenia, przybliża termin powrotu do pracy, poza tym daje ogólnie lepsze rezultaty lecznicze, skoro w orzecznictwie przypadki leczone gwoździami szpikowymi otrzymują niższą ocenę procentowej utraty zdolności do pracy po wypadku. Ma to wszystko duże znaczenie gospodarcze, daje możliwości sporych oszczędności w instytucjach ubezpieczeń społecznych. Najlepiej da się to uwidocznic przy porównaniu rezultatów leczniczych przypadków gwoździowanych i niegwoździowanych, np. przy leczeniu złamania trzonu uda.

	Przypadki (wg. Ehrlicha)	
	niegwoździowane	gwoździowane
Przeciętny czas pobytu w łóżku	84.4 dni	19 dni
Przeciętny czas pobytu w szpitalu	99.3	47.6
Przeciętny czas powrotu zdolności do pracy	216	140.8
Renta przeciętna przy zwolnieniu	47.7%	31.2%

	Przypadki (wg. Böhlera)	
	niegwoździowane	gwoździowane
Czas pobytu w łóżku wzgl. na wyciągu lub w gipsie	72 dni	14 dni
Przeciętny czas powrotu zdolności do pracy	240 dni	56—70 dni
	zal. od rodzaju złamania	

Statystyki innych autorów dają liczby bardzo mało odbiegające od powyżej podanych. Jeśli porównamy procentowe zmniejszenie zdolności do pracy wskutek wypadku, to w dwa lata po wypadku w 14 przypadkach złamań trzonu uda Böhlera z 1927 r. 4 przypadki wyleczyły się całkowicie bez ograniczenia, 10 otrzymało rentę poniżej 20%; 18 przypadków z innych szpitali, a orzekanych przez Böhlera, 2 wyleczyło się bez ograniczeń, 5 otrzymało rentę poniżej 20%, a 11 (61%) otrzymało rentę powyżej 20. Z 17 przypadków złamań uda gwoździowanych przez Häblera 16 wyleczyło się bez upośledzenia zdolności do pracy, a 1 tylko starszec otrzymał rentę 15% wskutek ograniczenia ruchomości w stawie kolanowym przy współistniejących zresztą zmianach zniekształcających w stawie (arth. deformans). Przy gwoździowaniu złamań podudzia, czy ramienia nie ma tak wybitnego skrócenia odpowiednich czasów leczenia, pobytu w szpitalu i t. d. O tym wspomnę przy omawianiu tych złamań, jednakże w wielu wypadkach gwoździowanie oszczędza choremu przy złamaniach podudzia opatrunku gipsowego, a przy złamaniach ramienia niezbyt przyjemnej szyny odwodzącej.

2. Dobre ustawienie odłamów, gdyż tylko anatomiczne ustawienie umożliwia przeprowadzenie gwoździa przez miejsce złamania.

3. Trwałe aż do wystąpienia zrostu kostnego ustalenie odłamów w nadanym raz dobrym ustawieniu.

4. Możliwość wczesnego używania kończyn i wskutek tego wybitnie dodatni wpływ psychiczny na chorego, który nie ma poczucia tak ciężkiego uszkodzenia, jakie zwykle przywiązywało pacjentów miesiącami do łóżka.

5. Metoda ta odpowiada warunkom fizycznym przyspieszającym zrost kości, gdyż podaje miejsce złamania naprężeniemu naciskowi osiowemu i odciążeniu, a wyklucza działanie sił powodujących przesuwanie i tarcie (co powoduje przemianę tkanki zarodkowej w tkankę chrzęstną) oraz jednostronne rozciąganie (przemiana w tkankę łączną) co może powodować przeciąganie się zrostu, a nawet doprowadzić do powstania stawu rzekomego. Poza tym metoda ta ułatwia pielęgnację chorego (chory chodzi) i nie wywołuje zmian i odleżyn w skórze, jak np. gips, czy wyciągi plastrowe.

Ze mimo tych zalet metoda ta spotkała się z dużymi zastrzeżeniami i pewną rezerwą, to nic dziwnego, gdyż każdy, kto zapoznaje się z nią, zastanowić się musi, czy jednak nie jest szkodliwy dla kości i zrostu kostnego długi pobyt tak dużego ciała obcego w jamie szpikowej, czy nie jest obojętne dla ustroju tak rozległe uszkodzenie szpiku wskutek wprowadzenia gwoździa, czy nie ma wskutek tego odczynów ogólnych, czy zabieg gwoździowania nie będzie doprowadzał do częstych zatorów tłuszczowych, jak wyglądała ta sprawa z ewentualnym zakażeniem. Jeśli chodzi o samą kość, to o ile gwoździe jest sporządzony ze stali naprawdę nierdzewnej, nie wywołuje zmian szkodli-

wych. Przy użyciu gwoździa z nieodpowiedniego materiału może dojść do uszkodzenia kości, a nawet do złamania kości i gwoździa, o ile nie usunie się go w odpowiednim czasie. Co się tyczy szpiku, to nie może być mowy o jego całkowitym zniszczeniu, gdyż gwoździe nie jest lity, lecz składa się z dwóch blaszek, a przekrój jego zajmuje tylko niewielką część przekroju jamy szpikowej. Künscher dowiódł w doświadczeniach na zwierzętach, że nawet całkowite zniszczenie szpiku nie ma wybitniejszego znaczenia. Wypełniał on całkowicie jamy szpikowe bolcami szklanymi lub pękiem drutów stalowych i nie stwierdzał szkodliwego wpływu na kość.

Z innej znów strony **Walterhöfer i Schramm** stwierdzili szybką regenerację szpiku po całkowitym wyłuszczeniu go przy złośliwej niedokrwiistości. Przy gwoździowaniu szpikowym nie mógł Künscher stwierdzić w swym dużym materiale żadnych zmian patologicznych natury ogólnej czy miejscowej. Jedynym objawem, który stwierdził, było wzmożenie ilości krwinek kwasochłonnych u dzieci, które szybko ustępowało po usunięciu gwoździa. Jakichkolwiek zmian, które przemawiałyby za szkodliwością dla ciałek krwi, ani żadnych innych zmian w obrazie krwi. Również jego doświadczenia na zwierzętach nie wykazywały jakichkolwiek zmian spowodowanych przez gwoździe wprowadzony i przebywający w jamie szpikowej. — Inni jednak (**Raisch, Slany**) podają, że gwoździowanie pociąga za sobą wzmożenie retikulocytów i postaci młodocianych ciałek białych w korycie krwi, że u starszych występuje też w dużej ilości wypadków eozynofilia (9%), która ustępuje po usunięciu gwoździa oraz, że zdarzają się pojedyncze przypadki, które reagują — pewnym stałym obniżaniem się poziomu hemoglobiny i spadkiem ilości ciałek czerwonych; te zmiany jednak samorzutnie się cofają. Również zauważyli, że po usunięciu gwoździa wzrasta ilość krwinek czerwonych oraz procent hemoglobiny.

Tak samo rozbieżne są spostrzeżenia dotyczące wzmożenia czy opóźnienia tworzenia się kostniny w przypadkach gwoździowanych. **Künscher** twierdził, iż gwoździe jest wybitnym czynnikiem kostninotwórczym nie tylko wskutek stworzenia dogodnych warunków mechanicznych dla tworzenia się kostniny, lecz również wskutek pewnych odczynów chemiczno-biologicznych. **Böhler** przeciwnie nie stwierdzał przyspieszenia tworzenia się kostniny, gwoździe według niego, jako wykonany z materiału szlachetnego, nie ulegający działaniom chemicznym, winien zachować się obojętnie, a może spowodować wskutek błędów technicznych, np. braku styku wskutek dużego rozstępu odłamów, opóźnienie zrostu lub nawet wystąpienia stawu rzekomego. Nadmierne zaś bujanie niepełnowartościowej, według niego, kostniny odnosi do nieprawidłowych podniet mechanicznych, wywołanych nieabsolutnym unieruchomieniem i chwieianiem się w stosunku do siebie odłamów przez zastosowanie zbyt cienkiego lub zbyt

krótkiego gwoźdź — lub wreszcie odnosi je zgoła do chemicznego uszkodzenia kości przez nieodpowiedni surowiec.

Jeśli weźmiemy pod uwagę groźbę ewentualnego zatoru tłuszczowego wskutek gwoździowania szpikowego, to, według znanej mi dotychczas literatury, nie było ono spostrzegane, chociaż doświadczalnie Maatz wykazał obecność kuleczek tłuszczowych we włósniczkach płuc, nerek i mózgu po gwoździowaniu, a więc teoretycznie stan taki może sprzyjać powstaniu zatoru tłuszczowego.

Co się tyczy zakażenia i jego przebiegu po gwoździowaniu szpikowym to, jak praktyka wykazuje, występuje ono niezwykle rzadko i przebiega zazwyczaj łagodnie, często ograniczając się do rany po cięciu, do wprowadzenia gwoźdź oraz do łożyska gwoźdź w szpiku. Zakażenie to daje łatwo się opanować przez usunięcie szwów z rany operacyjnej przy złamaniach zamkniętych i nie doprowadza do rozległej ropowicy szpiku. Większość poważniejszych zakażeń ograniczyła się do powstania miejscowych zapaleń kości z wydzielaniem charakterystycznych, stożkowych martwaków; kość goiła się mimo to w dobrym ustawieniu. Bywały jednak i groźne zakażenia z uogólnieniem się sprawy, które występowały po gwoździowaniu złamań powikłanych podudzia i dlatego Böhrer zabronił gwoździować tego rodzaju złamań w swoim szpitalu. Tak przedstawiałyby się w świetle praktyki zastrzeżenia co do tej metody i, jak widzimy, dużo przypuszczalnych obaw okazało się nieistotnych, natomiast spotkano się z szeregiem trudności i wad nieprzewidzianych, z których musimy zdać sobie sprawę, aby ich uniknąć a poza tym dobierać odpowiednie do zagwoździowania przypadki.

Mówiliśmy, że gwoździowanie zapobiega przemieszczeniu raz zestawionych odcłamów. Otóż w szczególności nadających się do tego złamaniach poprzecznych jest tak, lecz spotykamy tu niespodziankę — nie zawsze zapobiega przemieszczeniu, z którym chyba bardzo rzadko spotykaliśmy się dotychczas przy leczeniu złamań innymi metodami, mianowicie przemieszczeniu obrotowemu. Co prawda, występuje to przy użyciu za cienkiego lub zbyt krótkiego gwoźdź, lecz mimo to należy się liczyć z niebezpieczeństwem wystąpienia tego powikłania, zwłaszcza przy gwoździowaniu złamań podudzia. Powikłanie to jest łatwe zresztą do usunięcia, gdyż wystarcza krótkotrwałe oszostomienie, aby nadać odcłomom znów prawidłowe ustawienie, ale wymaga już dodatkowego unieruchomienia w gipsie do czasu przynajmniej promiennego zrostu, aby uniknąć powtórnego przemieszczenia. I wtedy odpada jedna z zalet metody. Przy użyciu znów zbyt grubego gwoźdź dochodzi do innych niespodzianek, albo bardzo przykrej, gdzie gwoźdź zaklinowuje się i nie można go ani dalej wbić, ani wyciągnąć, pozostaje tylko uciąć go, zaszyć rane i dalej leczyć inną metodą; albo, jak opisywano przypadki, może zbyt gruby gwoźdź rozłupać kość

lub wreszcie wchodząc z trudnością do odcłamu obwodowego spowodować rozstęp większy odcłamów, który trudno albo wcale nie daje się wyrównać. Tego rodzaju przypadki mogą skończyć się w najlepszym razie wydłużeniem kości po załaniu ubytku kostnego, w gorszych wypadkach opóźnieniem zrostu lub stawem rzekomym. — Dodajmy do tego, że czasem napotykamy na niepokonalne trudności w nastawieniu odcłamów, choćby zbliżonym do anatomicznego i umożliwiającym przesunięcie gwoźdź przez miejsce złamania, jak również we wprowadzeniu do jamy szpikowej gwoźdź lub nawet prowadnicy dla gwoźdź lub odpowiednio głębokiego wbicia z przyczyn już wyżej wymienionych lub wreszcie z powodu fizjologicznego, lecz wybitniej zaznaczonego, wygięcia kości udowej. To samo może się zdarzyć i w ramieniu, gdzie nawet najcieńszy gwoźdź może nie przejść przez najwęższy przekrój jamy szpikowej w dolnej jednej trzeciej ramienia. Dodać należy jeszcze do tego, że gwoździowanie nie jest zabiegiem bardzo łatwym zwłaszcza przy złamaniach uda i ramienia, i wymaga bezwzględnie, jako warunek udania się zabiegu w wielu wypadkach, posiadania całkowitego instrumentarium i aparatów nastawczych, bez których operacja kończy się czasem przeszło godzinnym mocowaniem się ze złamaniem bez możliwości potrzebnego nastawienia.

Z innych powikłań należy podać przypadki złe dobrane do gwoździowania, przy których gwoźdź z powodu szerszego przekroju jamy szpikowej na wysokości złamania, nie zapobiega przemieszczeniom kątowym i boczny. Występuje to w złamaniach śrubowych i ukośnych z długim klinem, szczególnie w miejscach, gdzie jama szpikowa rozszerza się, a więc bliżej nasad. Osobnym zjawiskiem jest to, że gwoźdź przemieszcza odcłamy nawet po nastawieniu anatomicznym wskutek swego wygięcia (w złamaniach podudzia i ramienia). Można to wyrównać wygięciem gwoźdź. Poza tymi możliwościami są jeszcze inne znane powikłania, jak wędrówka gwoźdź, odszczepienie dużego odcłamu istoty zbitnej kości, wdrążenie następcze gwoźdź stawu kolanowego lub skokowego, złamanie późne samego gwoźdź, uszkodzenie kości przez rdzewiejący gwoźdź, porażenie nerwu promieniowego przy gwoździowaniu złamań ramienia, wreszcie rozległe ropne zapalenie szpiku kostnego, zwłaszcza po gwoździowaniu otwartych złamań piszczeli.

Z tych trudności i powikłań widać, że nie można gwoździować wszystkich złamań, gdyż jest szereg przypadków i okoliczności, w których gwoździowanie nie da lepszego wyniku, a może nawet gorszy, niż leczenie innymi dotychczasowymi metodami. Stosowanie zbyt szkiełkie gwoździowania tylko dlatego, że się ma instrumentarium i chorych — może doprowadzić do niepotrzebnego zdyskredytowania metody naprawdę dobrej i wzbogacającej bezsprzecznie nasz arsenał środków w leczeniu złamań i stanowiący w dużym ich odsetku wiel-

ki krok naprzód. Wybór metody powinien nastąpić dopiero wtedy, gdy przyjdziemy do przekortania, że zastosowanie gwoździa będzie przedstawiać duże korzyści dla chorego których innymi metodami nie będzie można osiągnąć i prócz tego większe korzyści, niż ewentualne ryzyko powikłań. Potrzebne do tego jest **ustalenie wskazań**. Różni autorowie uznają wskazania bardzo różnie. Od **Bauera** począwszy, który zachowuje się z dużą rezerwą i uznaje bezwzględną wyższość gwoździowania tylko w leczeniu stawów rzekomych, źle zrosniętych złamań i złamaniach powrotnych — do **Fischera, Maatza i Küntschera**, którzy uznają wskazania w większości złamań przystawowych, istnieje cała gama pośrednich poglądów. Na marginesie dodam, że są nawet i tacy, którzy chcą gwoździować złamania szyjki chirurgicznej ramienia lub, jak **Küntscher** złamania przezkrętarzowe uda specjalnym gwoździem. Może najbardziej ważne byłoby zdanie **Böhlera**, który opracował swój podręcznik na zasadzie przestudiowania przeszło 500 przypadków gwoździowania, łącznie z późniejszym orzecznictwem upośledzenia zdolności pracy. W ogólności stwierdza, że do gwoździowania nadaje się ograniczona ilość złamań, a w tym stanowią większość złamania trzonu kości udowej. Szczegółne wskazania do gwoździowania stanowią wszystkie zamknięte złamania poprzeczne w środkowej jednej trzeciej uda i piszczeli, a więc złamania w obrębie najwęższego przekroju jamy szpikowej. Nadają się również krótkie, a nawet dłuższe złamania skośne w tymże miejscu. Można rozszerzyć wskazania na poprzeczne złamania w innych miejscach podudzia, ramienia, przedramienia i obojczyka. **Przeciwskazanie** stanowią złamania śrubowe z długim klinem obrotowym i wszelkie złamania, położone w mniejszej odległości niż 5 cm. od stawu. Przy złamaniach otwartych **Böhler** rozszerza jeszcze wskazania na długoklinowe złamania obrotowe, przy czym zakłada dodatkowo poza gwoździem pętlę drucianą, natomiast otwarte złamania podudzia zalicza do przeciwwskazań. **Böhler** jak również **Heim, Ehrlich, Häbler** występują za gwoździowaniem świeżych złamań postrzałowych uda. Poza świeżymi złamaniami uważa za szczególne wskazanie złamania zastarzałe i źle zrosnięte oraz stawy rzekome, o ile nie ma zbyt dużego skrócenia. Złamania zakażone stanowią przeciwwskazanie do gwoździowania. Dodajmy jeszcze szczególne wypadki, w których nie można wprowadzić gwoździa z powodu zbyt wielkiego wygięcia fizjologicznego uda, lub w chorobie **Pageta**. U dzieci nie gwoździuje się złamań na ogół, ze względu na szybszy wzrost i większe niebezpieczeństwo ewentualnego wystąpienia zapalenia szpiku.

Kiedy operować? Zamknięte złamania zaraz, jeśli chory nie znajduje się w stanie silnego wstrząsu urazowego i jeśli nie doszło do powstania dużego krwiaka i obrzęku. W tym wypadku trzeba się wstrzymać z zabiegiem do czasu ustąpienia obrzęku i wessania się krwiaka.

Złamania powikłane winno się operować w przeciągu 6 — 8 godzin po wypadku, po odpowiednim chirurgicznym wycięciu rany.

Do znieczulenia nadaje się każdy sposób, zarówno miejscowy jak i ogólny. Jeśli stosuje się znieczulenie miejscowe, należy znieczulić miejsce wprowadzenia gwoździa, jak również miejsce złamania, przy czym jednakże w czasie wbijania gwoździa, które jest mimo to bolesne nie uniknie się choć krótkotrwałego oszołomienia. Lepiej może nadaje się dla kończyn górnych znieczulenie splotowe, a dla dolnych rdzeniowe. W wielu wypadkach wystarcza dożylnie uspienie lub nawet oszołomienie evipanowe.

Do przeprowadzenia gwoździowania, zwłaszcza uda, potrzebne jest specjalne ułożenie chorego i do osiągnięcia tego celu zmuszeni jesteśmy użyć specjalnych aparatów nastawczych. Jeśli chodzi o złamanie uda, to gwoździujemy chorego w ułożeniu na zdrowym boku z dość wybitnym przygięciem tułowia ku przodowi. Ta pozycja daje najlepszy dostęp do dużego krętarza i talerz biodrowy nie przeszkadza podczas wprowadzenia prowadnicy, czy samego gwoździa co występuje w ułożeniu na wznak. Najlepiej ilustrują tę pozycję ryc. 1, 2, i 3. Do osiągnięcia zamierzonej pozycji i nastawienia złamania możemy chorego umieścić (ryc. 1) albo na stole ortopedycznym wyciągowym lub zastosować jeden z aparatów śrubowych, jak n. p. przyrząd **Linsmayera** (ryc. 2 — zmodyfikowany aparat śrubowy **Böhlera**) czy **Wittmosera** (ryc. 3 i 4). Aparat **Wittmosera** jest przyrządem uniwersalnym i daje się zastosować nie tylko do złamań uda, lecz także do złamań podudzia i ramienia. Aparat **Linsmayera** polega na modyfikacji przyrządu śrubowego **Böhlera** przez domontowanie dwu taśm płóciennych. Taśmy te nałożone na jeden i drugi odcinek ulegają skracaniu przez nawijanie je na rolki umieszczone w przyrządzie i wskutek tego wywierają przy odpowiednim ułożeniu przesunięcie odcinków w kierunku potrzebnym do nastawienia. Aparat **Wittmosera** usuwa przemieszczenie odcinków po napięciu kończyny w aparacie, przez dwa kręgi drewniane, które możemy wzajemnie w stosunku do siebie przesuwając we wszystkich dowolnych kierunkach. Do nastawienia kości podudzia układamy się chorego na wznak ze zgietą kończyną pod kątem prostym w stawie kolanowym i biodrowym na stole ortopedycznym lub w jednym z powyższych przyrządów (ryc. 4 i 5). Do nastawienia ramienia w aparacie **Böhlera** (ryc. 6) czy **Wittmosera** chory pozostaje w pozycji siedzącej. Jeśli chodzi o moje przypadki, to używałem do nastawienia złamań uda i podudzia przyrządu **Linsmayera**, a nastawianie ramienia czasami udało się bez zastosowania jakiegokolwiek aparatu w ułożeniu chorego na brzuchu, przy czym ramię chorego spoczywało na drewnianym stoliku dosuniętym do stołu operacyjnego, przedramię zwisało poza stolikiem zgiete pod kątem prostym do ramienia. Umożliwiało mi to przeświecenie i dobry dostęp do dołu łokciowego ramienia. Do złamań przed-

ramienia są podane aparaty nastawcze przez Böhlera i Maatza. W moim przypadku dobrze się nadał aparat do nastawienia złamań przedramienia **Sokołowskiego**. Sądzę, że również dobrze może się nadać do tego odpowiedni **aparat Grucy**. W 1943 roku opisał **Herzog** bardzo prosty przyrząd do nastawiania przemieszczeń odcłamów przy gwoździowaniu, który polega na działaniu dźwigni i wyrównaniu przemieszczeń w rzeczywistej ich płaszczyźnie. **Herzog** szuka płaszczyzny, w jakiej przy prześwietleniu oba odcłamy na siebie rzutują i w tej płaszczyźnie wyrównuje przemieszczenie przyrządem, który może być użyty tylko łącznie ze stołem ortopedycznym lub aparatem śrubowym, gdyż sam nie spełnia wyciągu

Do gwoździowania uda używamy gwoździ prostych, stalowych ze stali kruppowskiej V2A, na przekroju przypominającym literę V, długości 24 — 50 cm. grubości 8, 9, 10 mm. Do podudzia i ramienia używamy w każdym wypadku pary bliźniaczych gwoździ nieco wygiętych, węższego i szerszego, z których węższy spoczywa w zagłębieniu szerszego, dla podudzia długości 25 — 36 cm. grubości 8 — 10 mm. do ramienia długości 12 — 28 cm. grubości 5 — 7 mm.

Jeśli chodzi o samą technikę gwoździowania — rozróżniamy w każdym złamaniu gwoździowanie bez odstąpienia miejsca złamania, czyli zamknięte i gwoździowanie otwarte, tzn. przeprowadzone z rany komunikującą z miejscem złamania, jak np. przy złamaniu otwartym, lub ze specjalnie założonego cięcia w celu osiągnięcia dostępu do dawnego miejsca złamania przy operacji stawów rzekomych i zastarzałych, złe zrośniętych złamań. Tok postępowania przedstawia się następująco: po ułożeniu w odpowiednim aparacie i nastawieniu zakładamy około 5 cm. powyżej krętarza dużego (a więc dogłównowo) małą ok. 2 cm długości ranę następnie próbujemy trafić prowadnicą na kość poprzez ranę nieco na zewnątrz i ku tyłowi od szczytu dużego krętarza (ryc. 8). Jeśli jest zbyt duży opór kości, pomagamy sobie wiertłem, aby się dostać do jamy szpikowej. Prowadnicę wprowadzamy ściśle w osi uda naznaczonej ołówkiem na skórze dla orientacji. Skoro prowadnica wejdzie do jamy szpikowej przesuwa się ją pod kontrolą radiologiczną poprzez szpary złamania i po dobraniu odpowiedniej długości gwoździa wprowadzamy go przez nasunięcie na prowadnicę i przesunięciu po niej jak na sankach aż do zetknięcia się z kością, po czym wbijamy go przy pomocy młotka, przy czym zwracamy uwagę, aby dziubek gwoździa był zwrócony w przeciwnym kierunku niż jeszcze ewentualnie istniejący czasami drobny schodek przy niezupełnie idealnym nastawieniu odcłamów, albowiem w przeciwnym wypadku gwóźdź wbije się w natrafioną istotę zbitą obwodowego odcłamu. Gwóźdź wbijamy pod kontrolą prześwietlenia, szczególnie przejście jego poprzez szparę złamania i moment dotarcia dziubka gwoź-

dzia do dolnej nasady, kiedy musimy uważać, aby dziubek nie przebił do stawu. Mniej więcej zachowuje się odległość około 2 cm. od szpary stawowej, a poza tym starać się trzeba, aby oczko gwoździa wystawało około 2 cm. powyżej szczytu krętarza dużego, gdyż jeśli przestrzeń ta byłaby mniejsza, występują trudności w usuwaniu gwoździa. Po wbiciu gwoździa zasztywnieje rana i uderzeniem w piętę po zwolnieniu z wyciągu zaklinowuje się odcłamy. Należy uważać przed wbiciem gwoździa na ewentualne przemieszczenie obrotowe i wyrównać je, gdyż po wbiciu gwoździa jest to często już niemożliwe, a usunięcie gwoździa zaraz po wbiciu jest bardzo trudne. Długość gwoździa ustala się na podstawie zmierzenia zdrowego uda, mianowicie odległości pomiędzy szczytem krętarza i szparą stawu kolanego, grubość gwoździa ustala się na 2 mm. mniejszą, niż największy przekrój jamy szpikowej na zdjęciu rentgenowskim sporządzonym z odległości 75—80 cm. Po skontrolowaniu, czy nie ma jeszcze rozstępu odcłamów i po ewentualnej powtórnej poprawce, umieszcza się chorego w łóżku z kończyną operowaną na podstawie Brauna i zawiesza się stopę, aby nie uległa obróceniu się. Po tygodniu może chory zacząć ćwiczyć ruchy w stawie kolanowym, po 2—3 tygodniach, przy złamaniach poprzecznych lub krótkich ukośnych, wolno mu już kończynę obciążać, a po mniej więcej 3 tygodniach może już być zwolniony ze szpitala. Powrót do pracy następuje po około 10 tygodniach. Swoją drogą, kontroluje się zwolnionego co 2 tygodnie ambulatoryjnie. Gwóźdź usuwa się po około 6 miesiącach, gdyż wcześniej zbyt mocno tkwi jeszcze w kości i usunięcie go napotyka na trudności, po tym zaś czasie wyrabia on sobie łżyisko dookoła, wskutek tego zupełnie luźno tkwi w jamie szpikowej tak, że bez trudu można go usunąć zwykłym hakiem jednozębnym, czasami nawet pincetą. Znacznie prostsze jest gwoździowanie otwarte uda. Zasadę tę objaśnia najlepiej ryc. 9. Po odpowiedniej toalecie rany i przygotowaniu miejsca złamania wprowadza się prowadnicę do odcłamu dogłównowego i po przebicciu kości oraz części miękkich w okolicy krętarza dużego nawleka się gwóźdź na prowadnicę i po poszerzeniu ewentualnymi, w razie potrzeby, rany skórnej pobija się gwóźdź dalej aż do ukazania się w szparze złamania, po czym nadziewa się odcłamy obwodowy na gwóźdź, zestawiając złamanie, a gwóźdź pobija się dalej. Prześwietlenia mimo wszystko nie da się uniknąć, gdyż potrzebna jest kontrola odległości dziubka gwoździa od stawu kolanego. Czasami szczególnie przy złamaniach śrubowych jest potrzebny dodatkowy szew drutowy dla zapobieżenia przemieszczeniu. Ranę drenuje się. Obciążanie następuje po 4—6 tygodniach, pobyt w szpitalu trwa od pół do 4 miesięcy. Według statystyki **Ehala** leczonych wyciągiem i gipsem przeciętny czas powstania

z łózka wynosi 11 tygodni, powrotu do pracy 200 dni. Boehler na zasadzie dobrych wyników w 10-ciu przypadkach własnych i obcych poleca również gwoździowanie szpikowe przy świeżych złamaniach postrzałowych: otwarte przy dużych ranach z wysterczającymi odłamami, a zamknięte przy małych ranach części miękkich po zaopatrzeniu rany i przygotowaniu przeleczeniu wyciągiem. Gwoździuje w stanie bezgorączkowym po uprzednim uderzeniu sulfamidowym. Wyniki były bardzo dobre. Chorzy ze złamaniem poprzecznym mogli wstawać po 1—4 tygodniach, chorzy zaś ze złamaniem wieloodłamowym leżeli 6—8 tygodni. Ehrlich, Haebler i Hartmann gwoździowali nawet zakażone złamania postrzałowe uda z dobrym wynikiem. Pascher gwoździował również w stanie posocznicy, w której osiągnął szybką i wybitną poprawę. Wszyscy ci autorzy podnoszą, jako zaletę gwoździowania w tych przypadkach dokładne i nieprzerwane unieruchomienie, które często powodowało zbyt dużą ilość gipsu i skutecznie przyczyniało się do zwalczania zakażenia. Na ogólną ilość przypadków 9 — wszystkie miały przebieg pomyślny. Ogólnie biorąc przy gwoździowaniu uda najlepsze wyniki dają złamania poprzeczne i krótkie ukośne, nieco powyżej środka trzonu, tj. w miejscu największego zwichnięcia jamy szpikowej. Im bardziej złamanie jest od tego miejsca odległe, tym gorsze unieruchomienie, gdyż jama szpikowa rozszerza się i między gwoździem a istotą zbitą powstaje wolna przestrzeń, która może warunkować przesuwanie się odłamów. Dlatego też, chociaż bywały gwoździowane złamania międzykręgarzowe i nadkłykciowe, jednak pierwsze wymagają dodatkowego wyciągu, gdyż inaczej dochodzi do przemieszczenia i powstania biodra szpotawego; drugie znów dużego biodrowego opatrunku gipsowego na okres 4 tygodni. Długich złamań obrotowych nie opłaca się gwoździować, gdyż oprócz gwoździa wymagają wyciągu. Samym zaś wyciągiem bez gwoździa osiąga się te same wyniki.

Przy gwoździowaniu złamań podudzia istnieją również zależnie od rodzaju złamania dwa sposoby: zamknięty i otwarty. Jest to jeden z najkrótszych i technicznie najłatwiejszy zabieg z gwoździowań i może być wykonany przy sprzyjających okolicznościach w niecałe 10 minut. Jeżeli weźmiemy pod uwagę najbardziej obecnie rozpowszechnione metody leczenia złamań podudzia, tj. wyciągiem i gipsem, to utrzymanie odłamów złamanych kości we właściwym położeniu sprawia niejednokrotnie większe trudności, niż samo nastawienie. Na stole wyciągowym udaje się na ogół łatwo wyrównać przemieszczenie odłamów, zwłaszcza przy użyciu wyciągu bezpośredniego za kość piętową. Dużo jednak trudniej jest utrzymać zdobyte nastawienie. Złamania poprzeczne między innymi złamaniem trzonu kości podudzia, ulegają również przemieszczeniom wtórnym, nawet w najdokładniej domodelowanym

gipsie i po cofnięciu się obrzęku kończyny oraz obluźnienia opatrunku gipsowego następuje skrzywienie osi. Stosunkowo najlepiej pokonuje te trudności transfixacja Boehlera połączona z opatrunkiem gipsowym, którą przyjęło wielu jako metodę wyboru. Boehler sam jednakże przyznaje, że leczenie gwoździem szpikowym jest krótsze, a rezultaty lepsze nie licząc tego, że nie trzeba unieruchamiać kończyny w opatrunku gipsowym. W tych złamaniach spośród innych złamań kości podudzia najbardziej uwiadcza się zalety gwoździowania szpikowego, gdyż poza wykrzywieniami wtórnymi wykazywały one w leczeniu opatrunkiem gipsowym największą skłonność do opóźnionego zrostania się. Przy złamaniach poprzecznych chorzy mogą wstawać po tygodniu leżenia po zgwoździowaniu i obciążać kończynę bez dodatkowego opatrunku gipsowego, a mniej więcej po 2 tygodniach można już zwolnić pacjenta ze szpitala do dalszej kontroli ambulatoryjnej. W innych postaciach złamań kości podudzia leczenie szpitalne w przypadkach gwoździowanych jest na ogół krótsze, efekty lecznicze na ogół lepsze, choć nie występują tak wybitnie jak przy złamaniach poprzecznych. (Złamania skośne i spiralne, leczone wyciągiem i gipsem w Instytucie Chirurgii Urazowej w Warszawie miały następujący tok leczenia: 10—14 dni wyciąg drutowy, potem repozycja w celu poprawienia osi kończyny z wgipsowaniem kłamy wyciągowej, zapobiegającej przemieszczeniom wtórnym, po 6 tygodniach gips marszowy — tok zaś leczenia gwoździem przedstawia się następująco: 3 tygodnie w łóżku, potem chorzy wstają i chodzą, a jeżeli wcześniej mają wstać, dodaje się gips marszowy). Jeśli chodzi o wysokość złamania, to do gwoździowania nadają się najwięcej złamania w pobliżu granicy pomiędzy środkową i dolną jedną trzecią (najwyższy przekrój jamy szpikowej), poniżej jama szpikowa rozszerza się i gwoździe nie ma tak dobrego uchwytu. Złamania w mniejszej odległości od stawów niż 6 cm. nie nadają się do gwoździowania, jak również długie złamania obrotowe. Dobrze jest, aby na całej długości gwoździe bliźniacze nie przylegały do siebie dokładnie, osiągały to w ten sposób, że nadaje się gwoździowi wewnętrznemu mniejszą krzywiznę — wtedy gwoździe rozchodzą się w obwodowej części jamy szpikowej dając lepszy uchwyt i unieruchomienie. Po dokładnym nastawieniu wprowadza się gwoździe z małego cięcia nieco na wewnątrz i nieco poniżej guzowatości kości piszczelowej, można jednakże gwoździować przy wysokich złamaniach od strony kostki wewnętrznej. Gwoździe węższy wprowadza się przez otwór wywiercony w kości pod jak najmniejszym kątem kontrolując przebieg przechodzenia przez miejsce złamania prześwietlaniem i zwracając specjalną uwagę przy złamaniach skośnych, by dziubek gwoździa nie odszczepił części istoty zbitą, o ile nieodpowiednio się go skieruje lub odpowiednio nie odegnie. Przy zbliżaniu się

dziubka gwoździa do szpary stawu skokowego uważa się kontrolując prześwietlaniem, aby nie przeniknął do szpary stawowej, gdyż może później wskutek tego dojść do upośledzenia ruchomości stawu. Dobrze jest przestrzegać, aby dziubek pozostał w odległości mniej więcej 1 cm. od stawu, gdyż gwoździe może, przy późniejszym obciążaniu i dokładniejszym zejściu się odłamów, wtórnie zbliżyć się, a nawet wdrążyć do stawu. Po wprowadzeniu gwoździa węższego wbija się gwoździe szpicowej, trzymając hakiem lub drutem za oczko gwoździa poprzedniego, aby go łącznie z szerszym za daleko nie wbić, po czym zaszywa się ranę, układa kończyny na podstawce Brauna z zawieszeniem stopy dla ewentualnego zapobieżenia przemieszczeniu obrotowemu, na czas jednego tygodnia. Z chwilą gdy chory zostanie zwolniony do leczenia ambulatoryjnego, kontroluje się co 1—2 tygodnie postęp wzrostu kostnego, aby nie przeoczyć odpowiedniego czasu potrzebnego do 1) ewentualnej osteotomii strzałki z chwilą stwierdzenia upośledzenia tworzenia się kostniny; 2) poprawy względnie zapobieżenia ewentualnych rozpoczynających się skrzywień. Gwoździe usuwa się po 6 miesiącach. W złamaniach powikłanych obwiązują te same zasady z uwzględnieniem modyfikacji zależnych od gojenia się rany, komunikującej poprzednio ze złamaniem. Według Boehlera (na zasadzie 46 przypadków) gwoździowanie świeżych otwartych złamań obu kości podudzia daje wyniki gorsze i większe ryzyko, niż inne sposoby leczenia. Dlatego też od 1943 r. nie wolno w jego szpitalu gwoździować tego rodzaju złamań. Zaznaczyć jednak należy, że nawet w kierowanym przez niego szpitalu wypadkowym nie przestrzegano ustalonych przez niego samego przeciwwskazań do gwoździowania. Przeciwwskazania ustalił on następujące: 1) wstrząs urazowy, 2) duże zniszczenie i ubytki skóry, 3) złamania bliżej położone niż 8 cm. w stosunku do stawu, 4) złamania wielokrotne nawet przy stosunkowo mało zniszczonej skórze. Pewną część powikłań należy odnieść do nieprzestrzegania tych przeciwwskazań i po odliczeniu tych przypadków odsetek powikłań byłby mniejszy. W przypadkach leczonych wyciągiem i gipsem miał on 6,2% ciężkich zakażeń, przy leczeniu gwoździem 21,7%. Przeglądając dostępną mi literaturę, dotyczącą tej sprawy, nie znalazłem, by inni podzielali poglądy Boehlera. Fischer i Maatz podają, że w 14 przypadkach gwoździowanych powikłanych złamań podudzia 11 zgoiło się bez jakichkolwiek powikłań, w 1 przypadku zmuszeni byli do usunięcia gwoździa, po czym ropienie ustało, 2 przypadki powikłały się nieznacznym ropieniem rany na wysokości złamania. Ehalt, dawny współpracownik Boehlera, w przeciwieństwie do swego b. szefa twierdzi, że gwoździowanie znalazło największe zastosowanie w jego szpitalu właśnie w otwartych złamaniach podudzia.

W porównaniu z dotychczas stosowanymi przez niego metodami gwoździowanie według niego ma pewną wyższość (unieruchomienie lepsze, możliwe wcześniejsze obciążanie, nie ma odleżyn skórnych i wtórnych przemieszczeń). Z moich 10 przypadków gwoździowanych otwartych złamań podudzia jeden przypadek, zresztą i tak stracony wskutek wielokrotnego złamania z dużymi ubytkami skóry, skończył się mimo gwoździowania amputacją poniżej kolana wskutek rozległego zropienia całego podudzia z objawami ogólnego zakażenia, inne przebiegały zupełnie gładko. O ile przypadek powyższy byłby wykluczony z leczenia gwoździem na zasadzie ustalonych przez Böhlera przeciwwskazań, nie miałbym ani jednego poważniejszego powikłania przy leczeniu gwoździem szpicowym otwartych złamań kości goleni. Sądzę dlatego, że nie należałoby od razu a priori odrzucać stosowania gwoździowania przy otwartych złamaniach podudzia, a ustalać wskazania od przypadku do przypadku indywidualnie, wzięwszy pod uwagę przytoczone poprzednio przeciwwskazania. Możliwie, że obecnie, gdyby pomóc sobie w opanowywaniu zakażenia penicyliną, procent powikłań byłby jeszcze mniejszy i wskutek tego duża część otwartych złamań kości podudzia nadawałaby się do leczenia gwoździem szpicowym.

Co się tyczy złamań trzodu ramienia, to nadają się według Böhlera złamania poprzeczne w $\frac{1}{3}$ środkowej trzonu. Fischer i Maatz uważają, że wskazaniem są złamania trzonu pomiędzy złamaniem szyjki chirurgicznej i złamania nadkłykciowymi. Gwoździe można wprowadzić albo od nasady obwodowej nieco dogłównowo od dołu łokciowego kości ramiennej, lub od strony grzebienia guzka większego ramienia, po rozwarstwieniu włókien m. naramiennego. Złamanie w środkowej $\frac{1}{3}$ trzonu, o ile leży bardziej obwodowo od środka trzonu, gwoździuje się od strony łokcia natomiast leżące bardziej dogłównowo od strony guzka większego. Ze złamaniami położonymi bliżej nasad postępuje się w ten sposób, iż gwoździe wprowadza się najpierw od dłuższego odłamu. (ryc. 10) Gwoździ używa się parzystych, podobnych do gwoździ podudzia, lecz odpowiednio mniejszych. Aby unieruchomienie było dostateczne, winien gwoździe być wprowadzony aż do головки ramienia, przy czym dzióbek gwoździa winien pozostać w odległości około 1.5 cm. od szpary stawu barkowego. Długość gwoździa ustala się na 5 — 7 cm. krótszą od zmierzonej na rentgenogramie długości kości ramiennej. Jeśli gwoździe wprowadza się od strony stawu łokciowego, to trzeba po założeniu otworu w kości wiertłem elektrycznym wprowadzić go pod jak najmniejszym kątem w stosunku do osi kości, gdyż w przeciwnym wypadku może się gwoździe zaklinować. Jeśli wprowadza się gwoździe od strony guzka większego, (ryc. 11) co uważa Häbler ogólnie za bardziej wskazane ze względu na lepsze unieruchomienie, zakłada się otwór w kości wiertłem ręcznym. Jeśli gwoździe jest odpowiednio dob-

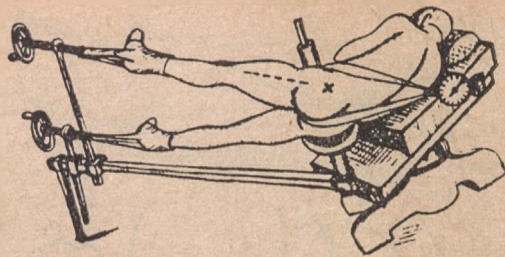
rany, to nie trzeba żadnego dodatkowego unieruchomienia. Kończynę umieszcza się na temblaku na okres około 3 tygodni. Skoro jednak unieruchomienie jest niedostateczne, nie uniknie się szyny odwodzącej. Po kilku dniach można już wykonywać ruchy w stawie barkowym, po mniej więcej tygodniu w stawie łokciowym. Wyniki gwoździowania są na ogół lepsze, niż wyniki stosowania innych metod (Böhler). Przy złamaniach powikłanych są według Böhlera na ogół takie same, jak wyniki leczenia wyciągiem lub szyną względnie gipsem odwodzącym, leczenie jednakże przedstawia się prościej. Złamania powikłane przy gwoździowaniu wymagają mimo to dodatkowego opatrunku gipsowego na okres około 3 tygodni, przy złamaniach położonych bliżej stawu łokciowego do 6 tygodni.

Ze złamań przedramienia nadają się do gwoździowania złamania poprzeczne trzonów odległe przynajmniej 6 cm. od stawu. Dawny pogląd, iż wystarczy gwoździować tylko jedną kość, okazał się mylny, gdyż było to nie wystarczające i do czasu wystąpienia zrostu kostnego musiano dodatkowo zagipsowywać. Należy gwoździować obie kości możliwie najdłuższymi gwoździami. Długość gwoździ ma być 3 — 6 cm. krótsza od długości kości. Gwoździe zbyt krótkie wędrują na zewnątrz lub przebijają do stawu nadgarstkowego. Przy nastawianiu należy zastosować silny wyciąg, aby odłamki nie przesunęły się podczas zabiegu. W znanej mi dotychczas literaturze znalazłem tylko dwa wypadki, według moich obecnych pojęć prawidłowo gwoździowanych złamań obu kości przedramienia. Są to przypadki opisane przez Maatza. Gwoździował on długimi gwoździami, przy czym gwóźdź przeznaczony dla kości łokciowej wbił przez wyrostek łokciowy małego cięcia, używał gwoździą całkowicie prostego. Gwóźdź dla kości promieniowej wbił od strony wyrostka rylcowatego do promienia, a gwóźdź po stronie oczka doginał według radiogramu stosownie do położenia, jakie ma zajmować w kości, w przeciwnym razie groziło wdrążenie gwoździ do stawu i wtórne przemieszczenie odłamów. (Wszystkie inne złamania poprzednio przez innych wykonywane, nawet u Böhlera, były przeprowadzone metodą otwartą krótkimi gwoździami od trzonu kości po odstąpieniu miejsca złamania. Inni, jak Ehalt i Fischer popełniali te same niedociągnięcia. O wynikach trudno mówić wobec tylko dwóch przypadków prawidłowo zaopatrzonych, zresztą w innych wypadkach autorzy nie podają wyników.) Przebieg jednego z przypadków Maatza był następujący: operacja odbyła się 2 dni po wypadku, po czym 10 dni przedramię było na temblaku, po 4 tygodniach obrzęk okolicy stawu nadgarstkowego z ograniczeniem jego ruchomości o połowę, zresztą ruchy wolne. Po 7 tygodniach choroby bez dolegliwości z niedużym ograniczeniem ruchomości w stawie nadgarstkowym, po 8 tygodniach zwolniony do cięższej pracy, po 11 tygodniach powrót całko-

witej zdolności do pracy bez ograniczenia. Ze złamań obu kości przedramienia w trzonie miałem 2 wypadki, które zaopatrzyłem gwoździowaniem obu kości. Przypadki te w chwili pisanja są w leczeniu. Gwóźdź do kości promieniowej wprowadziłem w sposób opisany przez Maatza, gwóźdź do kości łokciowej wprowadziłem w sposób do tej pory niepodawany, mianowicie również od wyrostka rylcowatego kości łokciowej. (ryc. 12) Sposób ten był dla mnie wygodniejszy, niż wprowadzenie od strony wyrostka łokciowego, ponieważ używałem do nastawienia aparatu Sokołowskiego, gdzie miałem dostęp do tego miejsca dobry, natomiast kłopotliwe było zakładanie gwoździ do jednej kości z jednej strony, a do drugiej kości znów z przeciwnej strony, podczas gdy w sposób opisany miałem rany minimalne, założone na jednej wysokości, nie licząc tego, że gwoździowanie od strony wyrostka łokciowego na aparacie Sokołowskiego jest wskutek złego dostępu prawie, że niewykonalne. Dodać muszę, że złamanie to jest położone na granicy środkowej i obwodowej przedramienia, wobec czego nadawało się lepiej do gwoździowania od strony obwodowej. Sądzę, że w przypadkach złamań kości przedramienia ze złamaniem kości łokciowej obwodowo od środka trzonu należy polecić drogę wybraną przeze mnie, tzn. gwoździować od strony wyrostka rylcowatego, tym bardziej, że nie przedstawia to żadnych trudności technicznych. Co do wyników w tych przypadkach nie mogę podać na razie dalszych szczegółów. Po ukończeniu leczenia zreferuję je osobno.

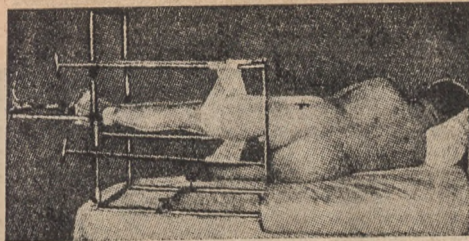
Jeśli chodzi o inne złamania, to gwoździowano złamania obojczyka, śródreżca, przez krętarzowe uda specjalnym gwoździem o kształcie litery Y, stanowiącym połączenie gwoździ szpikowego z gwoździem do szyjki uda. Jednakże sposoby powyższe nie przedstawiają jakichkolwiek korzyści w porównaniu z metodami powszechnie obecnie stosowanymi, a gwoździowane złamania przezkrętarzowego jest obciążone śmiertelnością około 25 %.

Co się tyczy moich przypadków, to wykonałem gwoździowanie łącznie w 28 przypadkach, mianowicie: w 3 złamaniach trzonu uda, w 2 przypadkach opóźnionego zrostu trzonu uda i stawu rzekomego, w 7 zamkniętych złamaniach podudzia, w 10 powikłanych złamaniach podudzia, w 3 złamaniach trzonu ramienia, w 2 złamaniach trzonów obu kości przedramienia i w 1 złamaniu trzonu kości promieniowej. Dane, które podaję, przytaczam na zasadzie ocalonych rentgenogramów i pamięci, albowiem prawie wszystkie historie chorób, oraz większość radiogramów została zniszczona w czasie działań wojennych. Nie udało się zgwoździować jednego złamania uda, gdyż nie znałem jeszcze wtedy korzyści z ułożenia chorego na boku i chciałem wykonać zabieg, jak Küntscher opisywał pierwotnie, w położeniu chorego na wznak i wskutek tego przy próbie wprowadzenia osiowego zarówno prowadnicy,



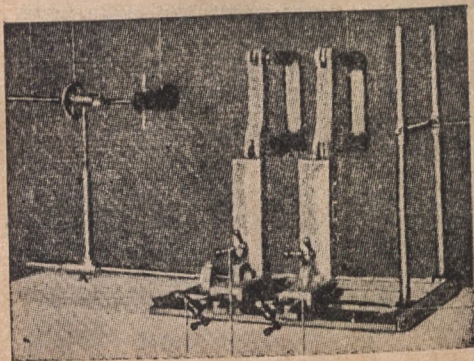
Ryc. 1.

Ułożenie na stole wyciągowym do gwoździowania uda, x oznacza miejsce wprowadzenia gwoździa, na skórze oznaczona oś k. udowej. (wg. Küntschera)



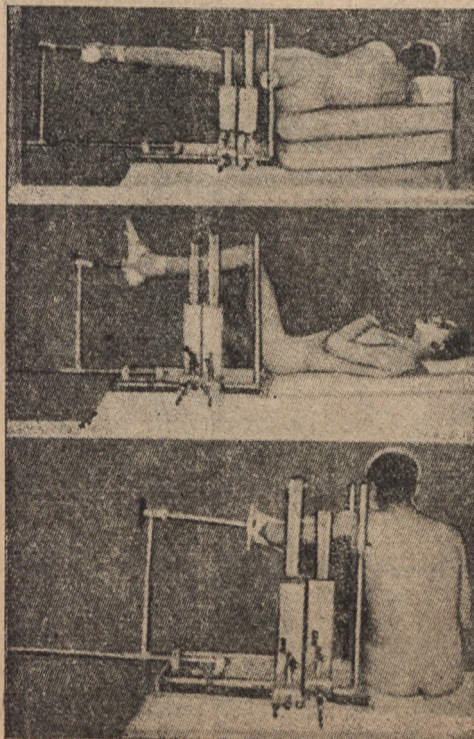
Ryc. 2.

Ułożenie do gwoździowania w przyrządzie śrubowym Böhlera w modyfikacji Linsmayera. (wg. Böhlera)



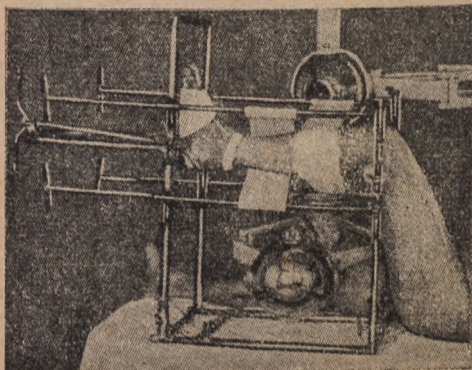
Ryc. 3.

Przyrząd Wittmosera do nastawiania złamań przy gwoździowaniu. (wg. Wittmosera)



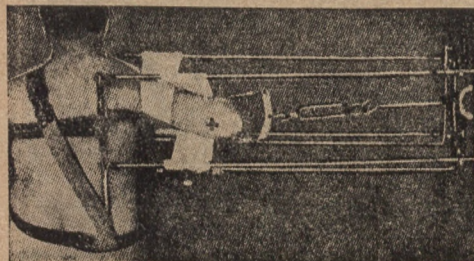
Ryc. 4.

Przyrząd Wittmosera w zastosowaniu przy nastawianiu uda, podudzia i ramienia (wg. Wittmosera)



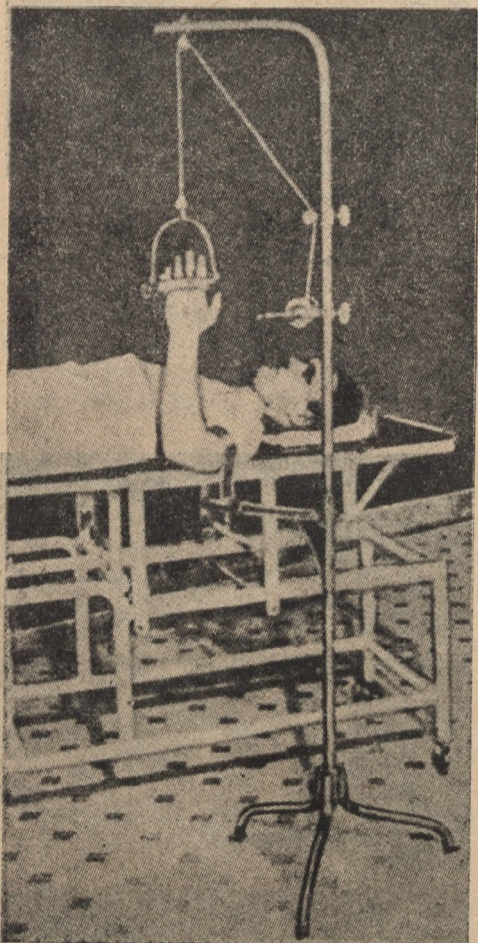
Ryc. 5.

Przyrząd Böhlera - Linsmayera w zastosowaniu do złamania podudzia. Widoczne 2 aparaty rentgenowskie do prześwietlania w czasie zabiegu w 2 prostopadłych płaszczyznach. (wg. Böhlera)



Ryc. 6.

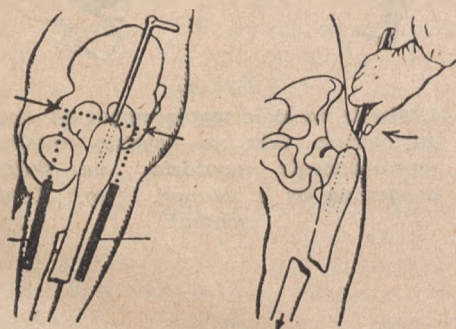
Przyrząd śrubowy Böhlera do nastawiania złamań ramienia. Krzyżyk oznacza miejsce wprowadzenia gwoździa. (Wg. Böhlera).



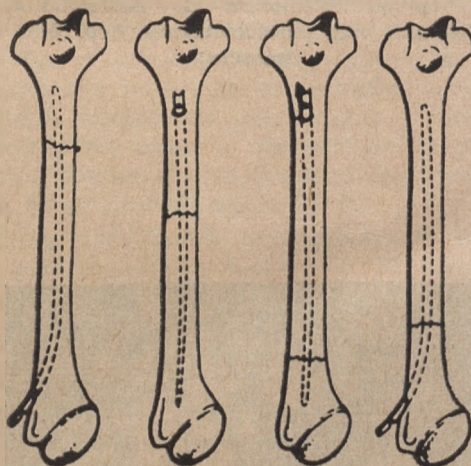
Ryc. 7.
Przyrząd Sokółowskiego do nastawiania złamań przedramienia.



Ryc. 9.
Gwoździowanie uda metodą otwartą.
(wg. Kündtschera)



Ryc. 8.
Gwoździowanie uda przezskórne.
Częściowo wbity gwóźdź nadaje się
również do wyrównania przemieszczenia.
(wg. Küntschera)

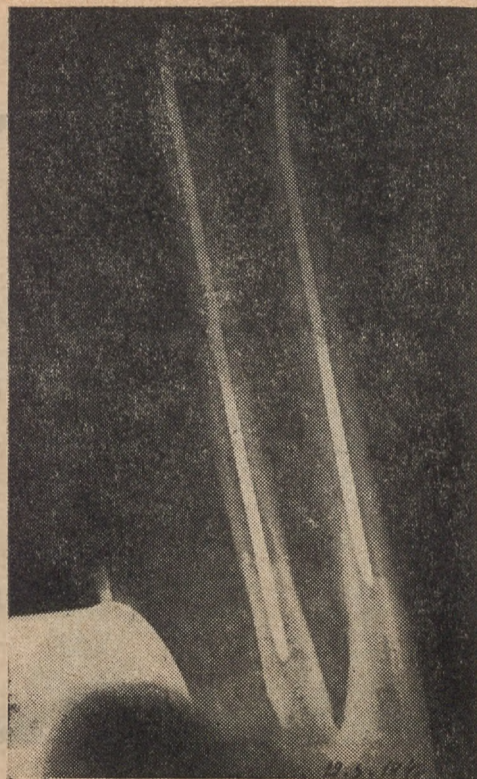


Ryc. 10.
Wytoczne dla miejsca wprowadzenia
gwoździa przy złamaniach ramienia.
(wg. Fischera i Maatza)



Ryc. 11.

Zgwoździowane złamanie trzonów k. przedramienia. Gwóźdź do k. łokciowej wprowadziłem od str. wyr. rylc. drogą jeszcze nie praktykowaną.



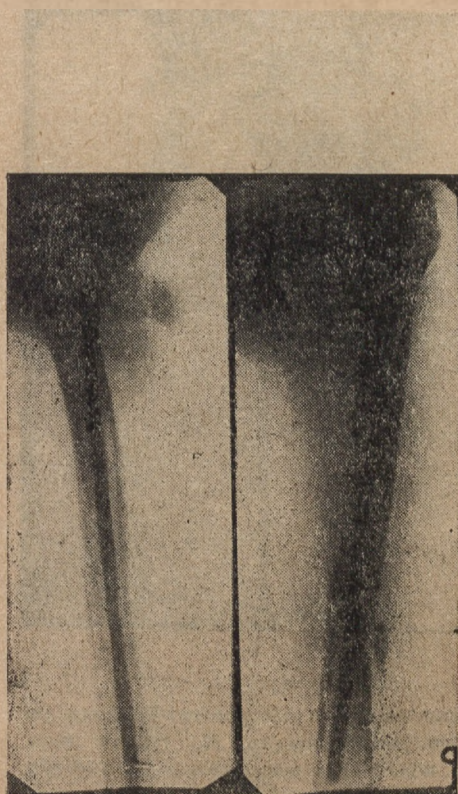
Ryc. 12.

Zgwoździowane złamanie ramienia od str. guzka większego wg. Häblera.



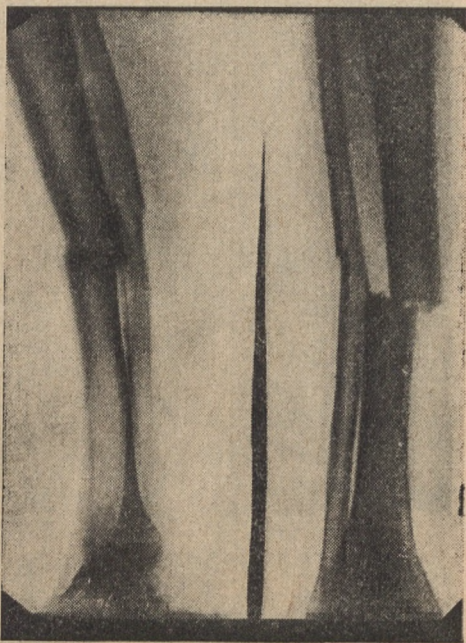
Ryc. 13.

Złamanie uda przed zgwoździowaniem.



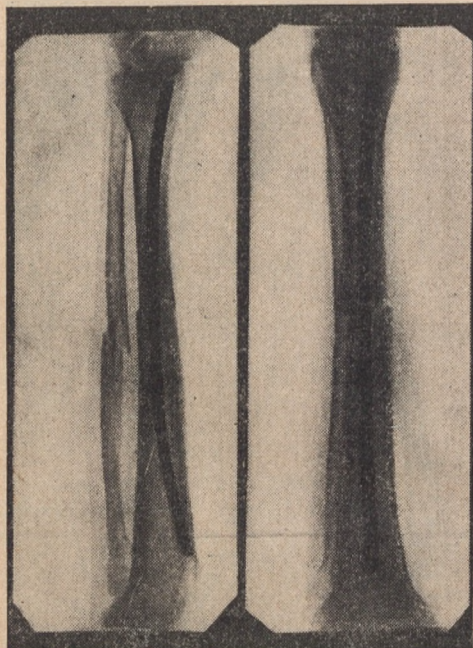
Ryc. 14.

To samo złamanie, co na ryc. 13 po zgwoździowaniu.



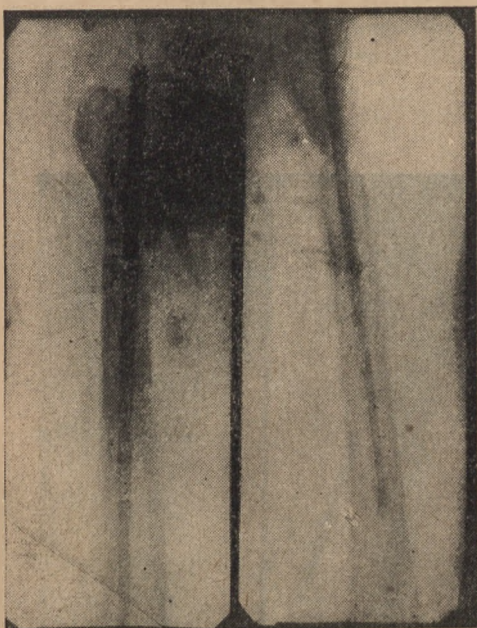
Ryc. 15.

Złamanie poprzeczne podudzia przed gwoździowaniem.



Ryc. 16.

To samo złamanie po gwoździowaniu.



Ryc. 17.

Staw rzekomy uda poniżej krętarzy po złam. postrzałowym. Na rycinie stan po wycięciu i zgwoździowaniu metodą otwartą, jak na ryc. 9.



Ryc. 18.

Ten sam przypadek, co na ryc. 17 w 6 miesięcy później i po usunięciu gwoździa.

jak i gwoździa przeszkadzał talerz biodrowy — wprowadzałem te przyrządy pod pewnym kątem i dłatego zaklinowały się one w przeciwną stronę. Nie udało się również zagwoździowanie jednego złamania ramienia, gdyż nawet najcieńszy gwóźdź zaklinowywał się mimo bardzo ukośnie zrobionego otworu, oraz jednego złamania przedramienia, przy którym wskutek zbyt słabego wyciągu odtłami stałe zeskakiwały. Ogólnie zauważyć się dało pewne ograniczenie ruchomości w najbliższych stawach natychmiast po zabiegu, mianowicie przy gwoździowaniu uda w stawie kolanowym, podudzia w skokowym, ramienia — w łokciowym, przedramienia — w nadgarstkowym i promieniowo-łokciowym dolnym, które jednak stopniowo ustępowało. Chorzy ze złamaniem uda powstawali przeciętnie po 2 tygodniach, pobyt w szpitalu trwał dość długo, bo około 2 miesiące, ale nie z istotnych wskazań, tylko z tego względu, że chciałem tych chorych dokładniej zaobserwować. Zresztą można by zwalniać ich ze szpitala, gdyż po tym czasie poruszali się już dość swobodnie, nawet bez laski. Ze złamań uda wybierałem tylko złamania w środkowej $\frac{1}{3}$ trzonu. Efekty były dobre bez skrócenia i skrzywień. Jeden z przypadków był jaskrawą ilustracją wartości metody w porównaniu z innymi: gdy chory przybył do szpitala, miałem już w leczeniu chłopca 15-letniego o prawie identycznej postaci złamania, leczonego wyciągiem drutowym; po zagwoździowaniu chory chodził już dobrze, podczas gdy chłopiec musiał jeszcze długo leżeć. Z dwóch przypadków stawów rzekomych uda, położonych poniżej krętarzy, operowanych metodą otwartą obydwaj chorzy uzyskali dobry zrost kości i mogli już po trzech tygodniach obciążać kończynę — utrzymywały się tylko dość długo przetoki w ramie operacyjnej. Jeden z tych chorych zmarł niezależnie od gwoździowania. Ze złamań kości podudzia, 6 zamkniętych złamań zgoiło się zupełnie dobrze, bez jakiegokolwiek ograniczenia ruchomości i odchylenia od osi, z wyjątkiem jednego przypadku operowanego podczas mojego urlopu przez zastępcę, który wbił gwóźdź aż do stawu skokowego i nie wycofał go, przypadek ten skończył się przy dobrym zroście prawie całkowitą sztywnością stawu skokowego. Chorzy wstawali wcześniej, niektórzy już po kilku dniach, gdyż przy nieopracowanej jeszcze wtedy metodzie nie znałem przeciwwskazań do wczesnego wstawania. Mimo to zrost nastąpił prawie we wszystkich przypadkach bez skrzywień osiowych lub przemieszczeń. Jedyne przypadki u jeńca angielskiego, u którego, wskutek niedostatecznego unieruchomienia zbyt krótkim gwoździem, nie było jeszcze po pół roku ani śladu kostnicy, mimo dodatkowego opatrunku gipsowego i dobrego styku odtłami, musiałem dodatkowo zagipsować. Ostatni raz widziałem go w 8 miesięcy po operacji. Złamanie było skonsolidowane, na radiogramie jednak tylko słabe obłoczki kostnicy. Chorego straciłem z oczu, gdyż

wskutek wymiany jeńców odesłany został do Anglii. Inny przypadek złamania podudzia powikłał się zakażeniem miejsca wprowadzenia gwoździa w 4 dni po zabiegu z temperaturą 39.8 stop. z obrzękiem i zaczerwienieniem zarówno miejsca złamania, jak i rany operacyjnej. Po puszczeniu szwów i zastosowaniu penicyliny, objawy całkowicie ustąpiły w przeciągu 2 dni, lecz wskutek tego chory był zmuszony pozostać dłużej w łóżku, jednakże już w 25 dni po zabiegu chory zaczął chodzić. Staw kolanowy i skokowy był prawie nieograniczony w ruchomości. Ze złamań powikłanych podudzia w liczbie 10 — jeden przypadek, jak wspominałem, amputowany, inny znów zgoił się ze szpotawością z kątem 6° i z nieznacznym upośledzeniem zgięcia grzbietowego stopy. Jeszcze jeden chory jest godzien wspomnienia. Mianowicie w 3 miesiące po wypadku zgłosił się z powrotem do szpitala z przetoką miejsca wbicia gwoździa, z obrzękłą zaczerwienioną skórą dokoła przetoki na powierzchni małej dłoni i z wysoką temperaturą. Po wyskrobaniu przetoki, ułożeniu na podstawie Brauna, okładach i podaniu sulfamidów objawy zapalne całkowicie ustąpiły, przetoka zamknęła się, chory po tygodniu został zwolniony. Na radiogramie nie było widać w kości zmian chorobowych. Co do złamań ramienia to 2 przypadki musiałem dodatkowo unieruchomić na szynie odwodzącej, gdyż zastosowane gwoździe były za krótkie, jeden tylko przypadek wykazywał prawie całkowite unieruchomienie gwoździem i temu wystarczyła pochwka gipsowa ramienia, jako dodatkowe unieruchomienie, po 2 tygodniach chory podniósł ramię prawie do poziomu. Złamania przedramienia zreferuję osobno, gdyż 3 przypadki gwoździowałem dopiero w chwili pisanego referatu. U żadnego z chorych gwoździowanych nie stwierdziłem zmian w obrazie krwi. — Zważywszy na niewątpliwie korzyści, jakie metoda ta przedstawia dla chorego samego, przywracając go szybciej do zdrowia, dla szpitala — skracając czas leczenia i ułatwiając pielęgnację, dla instytucji ubezpieczeń społecznych — dając mniejszy procent kalectw z mniejszym upośledzeniem zdolności do pracy, oraz dla społeczeństwa — szybszy powrót do pracy, sądzę, że warto się nią zainteresować i wypróbować na naszych klinikach uniwersyteckich, aby na zasadzie większego materiału można było stwierdzić *ex cathedra*, czy jednak nie nadaje się ona na metodę wyboru przy leczeniu pewnych postaci złamań, mianowicie: poprzecznych, zamkniętych złamań trzonu uda, od krętarzowych do nadkłykiowych wyłącznie oraz złamań poprzecznych podudzia w środkowej jednej trzeciej.

LITERATURA.

1. Ambros: W sprawie leczenia złamań kości podudzia. *Chirurg Polski* III/8 1938.
2. Bauer: Marknagelung der Drahtextension. *Zbl. f. Chir.* Nr. 7. 1943.
3. Böhler L.: Die Technik der Knochenbruchbehandlung im Frieden und im Kriege. Tom I — III, wydanie 9 — 11, Wiedeń 1943 — 44.

4. „ Zur Behandlung der Querbrüche mit der Marknagelung. Zbl. f. Chir. Nr. 31, 1942.
5. „ Vorschlag zur Marknagelung nach Küntscher bei frischen Oberschenkelschussbrüchen. Der Chirurg Nr. 1, 1943.
6. „ Apparate für die Marknagelung nach Küntscher. Der Chirurg Nr. 2, 1943.
7. Ehalt: Erfahrungen mit der Marknagelung nach Küntscher. Zbl. f. Chir. Nr. 47, 1942.
8. „ Typische Sequesterbildung nach Marknagelung off. Knochenbrüche. Zbl. f. Chir. Nr. 27/28, 1944.
9. Ehrlich: Unsere Erfahrungen mit der Marknagelung nach Küntscher. Zbl. f. Chir. Nr. 30, 1941.
10. Fischer und Maatz: Weitere Erfahrungen mit der Marknagelung nach Küntscher. Arch. f. klin. Chir. Tom 203 Nr. 4, 1943.
11. Fischer und Reich: Wie steht um die Gefahr der Osteomyelitis bei der Küntscher-Nagelung offener Frakturen. Zbl. f. Chir. Nr. 8, 1943.
12. Gruca: Leczenie powikłań złamań kości. XXX Zjazd Chirurgów Polskich Lwów 1939.
13. Häbler: Die Indikation zur Stabilen Osteosynthese. Monatschr. f. Unfallheilkunde Tom 50 Nr. 7, 1943.
14. „ Die „stabile Osteosynthese“ der Knochenbrüche u. ihre wirtschaftliche Bedeutung. Zbl. f. Chir. Nr. 11, 1943.
15. „ Die Marknagelung der Oberarmbrüche vom proximalen Ende. Zbl. f. Chir. Nr. 21, 1943.
16. Hart: Schwierigkeiten u. Verwicklungen bei der Marknagelung von Knochenbrüchen. Zbl. f. Chir. Nr. 28, 1943.
17. Hartman: Beitrag zur Technik d. Marknagelung bei Schussbrüchen. Zbl. f. Chir. Nr. 27/28, 1944.
18. Heim: Marknagelung von Oberschenkelschussfrakturen. Der Chirurg Nr. 13, 1943.
19. Herzog: Hebelgerät zum Ausgleich der Seitenverschiebung bei Brüchen der langen Röhrenknochen zur Anwendung bei der Marknagelung. Zbl. f. Chir. Nr. 11, 1943.
20. „ Zur Technik d. Oberschenkelmarknagelung nach Küntscher bei Schussbrüchen. Zbl. f. Chir. Nr. 27/28, 1944.
21. Kleinschmidt: Operative Chirurgie. Springer 1943.
22. König: Aussprache zu Küntscher. Arch. f. klin. Chir. Tom 200, Chirurgenkongress 1940.
23. Küntscher: Die Technik d. Marknagelung d. Oberschenkels. Zbl. f. Chir. Nr. 25, 1940.
24. „ Callus ohne Knochenbruch. Zbl. f. Chir. Nr. 19, 1941.
25. „ Die Technik d. Marknagelung d. Unterschenkels u. Oberarmes. Zbl. f. Chir. 25, 1941.
26. „ Die stabile Osteosynthese bei der Osteotomie. Der Chirurg Nr. 6, 1942.
27. Linsmayer: Ein Gerät für die Marknagelung nach Küntscher. Der Chirurg Nr. 2, 1943.
28. Maatz: Die Bedeutung der Fettembolie bei der Marknagelung nach Küntscher. Zbl. f. Chir. Nr. 11, 1943.
29. „ Die Küntscher-Nagelung des Unterarmes. Der Chirurg Nr. 9, 1943.
30. Nordmann: Aussprache zu Küntscher. Arch. f. klin. Chir. T. 200, Chir. Konkress 1940.
31. Pascher: Marknagelung off., infizierte Knochenbrüche auch in Stadium der Sepsis. Zbl. f. Chir. Nr. 31/32, 1944.
32. Raisch: Zur Marknagelung von Frakturen langer Röhrenknochen. Zbl. f. Chir. Nr. 11, 1943.
33. „ Marknagelung bei frischen Oberschenkelschussbrüchen? Der Chirurg Nr. 13, 1943.
34. Scanzoni: Über Komplikationen u. ihre Ursache bei der Marknagelung nach Küntscher. Zbl. f. Chir. Nr. 28, 1943.
35. Schmutzler: Marknagelung bei Brüchen am oberen Ende des Oberarmes. Zbl. f. Chir. Nr. 31/32, 1944.
36. Schneider: Zur Indikation der Marknagelung. Zbl. f. Chir. Nr. 47, 1942.
37. „ Die Chirurgie der Schultern und der Arme. w: „Die Chirurgie“ Kirschnera i Nordmanna, Wydanie 2, Urban & Schwarzenberg 1943.
38. Sprengell: Erfahrungen mit der Marknagelung von Oberschenkelbrüchen. Zbl. f. Chir. Nr. 22, 1942.
39. „ Weitere Erfahrungen mit der Marknagelung. Zbl. f. Chir. Nr. 22, 1942.
40. Stör: Erfahrungen mit der Marknagelung nach Küntscher. Der Chirurg Nr. 11, 1943.
41. Wagner: Zur Marknagelung der Knochenbrüche. Zbl. f. Chir. Nr. 35, 1943.
42. Wojciechowski: Zarys leczenia złamań i zwichnięć. Warszawa 1934.
43. Wittmoser: Einstellgerät für die Marknagelung. Der Chirurg Nr. 2, 1943.
44. Zielke: Die Osteosynthese der Oberarmhalsbrüche. Zbl. f. Chir. Nr. 21, 1943.
45. Zenker: Die allg. Technik d. Behandlung der Knochenbrüche w: „Die Chirurgie“ Kirschnera, Nordmanna, 2 wyd. 1943.

Objaśnienie skrótów:

Zbl. f. Chir. — Zentralblatt für Chirurgie.
 Arch. f. klin. Chir. — Archiv für klinische Chirurgie.
 Monatschr. f. Unfallheilkunde — Monatschrift für Unfallheilkunde.

Kilka uwag o zastrzałach*)

Podał

Dr med. Władysław Kubisty

ordynator oddziału chirurgicznego Szpitala Miejskiego w Bytomiu.

Panaritium czyli zastrzał jest to nazwa, zastrzeżona niejako tylko dla spraw zapalnych, toczących się w obrębie dłoniowej części palców. Bardzo często określa się mylnie nazwą zastrzału sprawy zapalne, toczące się na grzbietnej powierzchni dłoni, jak zapalenie gruczołów łojowych czy potowych t. zw. furunculosis, względnie podciąga się pod tę nazwę sprac-

wy zapalne, toczące się około paznokcia i pod paznokciem t. zw. paronychia i hyponychia. Są to jednostki chorobowe odrębne, przez niektórych tylko autorów określane nazwą zastrzałów pod- i okołopaznokciowych.

*) Referat wygłoszony w lutym 1946 na posiedzeniu Koła Naukowego Związku Zaw. Lekarzy w Bytomiu.

Wydawałoby się, że temat ten, dotyczący zmian zapalnych w obrębie palców jest błahy i mało ważny, ale jeżeli uwzględni się tak liczne i do dziś dnia popełniane błędy w leczeniu zastrzałów oraz ich następstwa, które nieraz w najlepszym zejściu prowadzą do utraty dotkniętego schorzeniem palca, a w dalej idących powikłaniach do ropowicy całej dłoni a nawet przedramienia, — to wydaje się słuszny pogląd, że tego rodzaju schorzenie zasługuje na specjalne omówienie.

Mimowoli zadać musimy sobie pytanie, dlaczego sprawa zapalna w obrębie palca może doprowadzić do tak daleko idących powikłań, podczas gdy podobne — ze względu na rodzaj drobnoustrojów — zakażenia w obrębie przedramienia częściej udaje się ograniczyć. Tłumaczy to nam budowa anatomiczna dłoniowej części palca i w związku z tym anatomopatologia zastrzału.

Każdy zastrzał powstaje na tle urazowym. Przerwa ciągłości naskórka, nieraz drobnowidowej wielkości, stanowi wrota dla wniknięcia zakażenia. Podczas gdy włókna tkanki łącznej podskórnej części wyprostnej czyli grzbietowej dłoni przebiegają równoległe do skóry, to jedynie po stronie zginaczy w obrębie dłoni i palców włókna te biegną prostopadłe od skóry włąb, co zmniejsza znacznie przesuwalność skóry w stosunku do podłoża z jednej strony, z drugiej stanowi drogę do postępu sprawy zapalnej. Towarzyszący tej sprawie obrzęk grzbietnej strony dłoni czy palca jest jedynie obrzękiem odczynowym, podczas gdy ucisk tworzącej się wydzieliny przy rozwoju sprawy zapalnej przenosi się na głębsze części dłoniowej strony palców jak osłonki ścięgnowe, stawy i kości. Zależnie też od głębokości rozwiniętej już sprawy zapalnej rozróżniamy:

1. zastrzał skórny — panaritium cutaneum
2. zastrzał podskórny — panaritium subcutaneum
3. zastrzał ścięgnisty czyli zapalenie ropne osłonek ścięgniastych — panaritium tendineum względnie tendovaginitis suppurativa
4. zastrzał stawowy — panaritium articulare
5. zastrzał kostny względnie zapalenie kości paliczek — panaritium osseum lub ostitis purulenta phalangis.

Przejdę kolejno anatomopatologię i klinikę tych wszystkich wymienionych form zastrzału zaznaczając, że nie są to odrębne jednostki chorobowe, lecz każda z nich może zależnie od umiejscowienia i sposobu leczenia doprowadzić do powikłań najprzykrzejszych w formie zastrzału kostnego czy stawowego.

Zastrzał skórny przedstawia się klinicznie w postaci pęcherza, wypełnionego wydzieliną ropiastą; pęcherz ten może osiągnąć nawet znaczne rozmiary. Postać ta nosi również nazwę panaritium subepidermoidale, lub też streptowzględnie staphylomycosis bullosa subepidermoidalis (z. Verth). Zastrzał skórny powstaje najczęściej na skutek zgniecenia palca i wysięku podnaskórkowego, który ulega zakażeniu. Wy-

się ten podnosi naskórek i rozprzestrzenia się nieraz szeroko w obrębie palca. Zbierająca się wydzielina ropna ulega częściowemu wessaniu do przestrzeni i naczyń limfatycznych i wywołać może zapalenie naczyń limfatycznych przedramienia i ramienia oraz stan zapalny gruczołów limfatycznych w przysiódkowym rowku mięśnia dwugłowego i zagłębienia pachowego. Ciemno sine smugi wraz z obrzękiem gruczołów limfatycznych uważane są przez chorych mylnie, jako objawy zakażenia ogólnego krwi i skłaniają ich do zgłoszenia się po pomoc lekarską. Objawy te są wyrazem rozwoju sprawy zapalnej w przestrzeniach limfatycznych podnaskórkowych i przebiegają zwykle burzliwie z podwyżką ciepłoty i dreszczami. Są one jednak wskaźnikiem sprawy zapalnej toczącej się powierzchownie, gdyż przy głębiej toczącym się procesie w zakresie palca prawie nigdy nie przychodzi do stanu zapalnego naczyń limfatycznych, choć proces ten, rozwijający się głębiej stanowi znacznie większe niebezpieczeństwo dla zdrowia osobnika.

W większości przypadków otwarcie pęcherza ropnego przy zastrzale skórnym usuwa definitywnie nie tylko dolegliwości, ale powoduje ustąpienie zapalenia naczyń i gruczołów limfatycznych.

W niektórych jednak przypadkach możemy zauważyć po usunięciu pęcherza skórnego przetokę drążącą włąb, z której po ucisku na opuszkę lub paliczek dotknięty schorzeniem wydobywa się wydzielina ropna. W tym przypadku mamy do czynienia z zastrzałem, który toczy się głębiej w tkance podskórnej t. zw. **zastrzałem podskórnym**. Jest to ropienie tkanki podskórnej palca, które ze względu na wyżej wspomniany przebieg włókien tkanki łącznej, prostopadły do powierzchni palca ma tendencję do posuwania się wzdłuż tych włókien, a więc włąb i to tak na zewnątrz jak i na wewnątrz. W pierwszym przypadku wytwarza się sprawa zapalna t. j. pęcherz dający obraz zastrzału skórnego, w drugim proces drąży włąb do osłonek ścięgniastych, stawów i kości.

Zasadniczym objawem zastrzału podskórnego jest ból tętniący, odczuwany w dotkniętym schorzeniem palcu oraz wywiad, że chory na skutek tego silnego bólu nie może w nocy spać. Ból tętniący jest wynikiem zwiększonego napięcia w zbitej tkance łącznej palca, a wzmożone tętnienie daje się często wyczuć. Poza zaczerwienieniem i obrzękiem daje się również wyczuć zapomocą sondy główkowej silna bolesność nad ogniskiem zapalnym. Często również występuje zaczerwienienie i obrzęk grzbietnej strony palca względnie dłoni, zwłaszcza gdy proces zapalny toczy się w paliczku podstawowym.

Jeżeli proces zapalny w obrębie palca rozwija się dalej i przechodzi — jak to już wspomniałem — wzdłuż włókien tkanki łącznej podskórnej włąb, to dociera do pochewki ścięgnowej i powstaje t. zw. **zastrzał ścięgnisty** panaritium tendineum, względnie nazwa słuszniejsza

tendovaginitis lub tendosynovitis suppurativa. Proces ten wtedy może nie ograniczyć się tylko do palców, lecz nawet przesunąć się dość szybko na dłoń. Pochodzi to stąd, że osłonki ścięgnowe mięśni zginaczy różnią się przebiegiem. I tak osłonki ścięgnowe palców II, III i IV biegną wzdłuż ścięgien od paliczka III czyli falangi III i kończą się na wysokości stawu śródrečno-paliczkowego, gdzie ma łączność z osłonką palca V-tę, która również tutaj dochodzi i obejmuje w tej okolicy ścięgna i innych zginaczy.

Ma to zasadnicze znaczenie i ułatwia zrozumienie sposobu szerzenia się ropownicy osłonek ścięgniastych z palca I na palec V i odwrotnie, co nazywamy ropowicą skrzyżowaną lub t. zw. „V-phlegmone” albo też „U-phlegmone”.

Zastrzał ścięgniasty powstaje zwykle na drodze limfatycznej na skutek urazu najczęściej paliczka III lub II, przez przejście procesu zapalnego podskórnego na ścięgno.

Rozpoznanie zastrzału ścięgniastego nie natrafia na trudności, gdyż proces ten w przeciwieństwie do zastrzału podskórnego wkrótce obejmuje całą torebkę ścięgna. Najbardziej znanymi objawami ropowicy osłonki ścięgna jest bolesność uciskowa zlokalizowana po stronie dłoniowej palca wzdłuż ścięgna; poza tym palec ułożony jest w zgięciu dla odciążenia bólu, powstającego przy napinaniu ścięgien zginaczy. Ropowicy pochevek ścięgniastych towarzyszy często podniesiona ciepłota i dreszcze oraz następowa zgorzel ścięgien.

Zastrzał stawowy powstaje najczęściej na skutek bezpośredniego urazowego otwarcia stawu, zwłaszcza przy ranach kłutych stawu. Poza tym zastrzał podskórny, ścięgniasty lub kostny może przejść na staw, podobnie jak pierwotny zastrzał stawowy może doprowadzić do zastrzału ścięgniastego lub kostnego.

Zastrzał stawowy charakteryzuje się czynnym ustawieniem w zgięciu paliczków, łączących się w objętym schorzeniem stawie. Ruchy bierne wykonane w stawie są bardzo bolesne, poza tym występują bóle samoistne. Charakterystyczną bolesność uciskową, badana sonda główkową jest umiejscowiona w postaci pierścienia wokół stawu, dotkniętego schorzeniem. Zastrzałowi starszemu towarzyszy z reguły wyższa ciepłota. Zastrzał stawowy występuje najczęściej w stawie środkowym t. j. między paliczkiem II i III.

Zastrzał kostny powstaje albo na skutek bezpośredniego skażenia okostnej lub kości i następowego zakażenia, albo przy przejściu procesu zapalnego ropnego z tkanki podskórnej na okostną i kość, względnie przez rozszerzenie się zastrzału ścięgniastego lub stawowego na kości paliczka. Zastrzał kostny najczęściej dotyczy końcowego paliczka, rzadziej środkowego. Z punktu widzenia anatomopatologicznego może to być albo zgorzel całego paliczka t. zw. panostitis purulenta, albo zgorzel części paliczka t. j. diafazy, lub tylko ograniczony martwak brzeżny paliczka t. zw. periostitis. Przy zgorze-

li diafazy proces patologiczny, toczący się w kości, a powstający dzięki zakrzepom zakaźnym kanałów Haversa i Volkmana i prowadzący do nieodwracalnej martwicy danego odcinka kości, może nie przenieść się na epifizę, gdyż ukrwienie nasady i trzonu paliczka jest prawdopodobnie odrębne, względnie są nieliczne połączenia między naczyniami trzonu i nasady.

Klinicznie w obrębie paliczka dotkniętego schorzeniem stwierdzamy obrzęk oraz przetokę po stronie dłoniowej, zwykle jedną, zwłaszcza w przypadku martwaka brzeżnego. Jeżeli jednak proces zapalny obejmuje cały trzon paliczka i trwa dłużej mogą powstać liczne przetoki, nawet na grzbietnej stronie palca. Bolesność uciskowa zaznacza się w postaci szerokiego pierścienia, rozpostartego pomiędzy najbliższymi stawami paliczków. Zastrzał kostny sprawia choremu o wiele mniejsze dolegliwości niż zastrzał podskórny, gdyż w zastrzale kostnym proces dotarł już włąb i doprowadził do wytworzenia się jednej lub kilku przetok, przez które ma już ujście wydzielina ropna; wtedy znika napięcie wśródtkankowe, które jest istotną przyczyną bólu.

LECZENIE ZASTRZAŁU.

Każda z wyżej wymienionych postaci zastrzału musi być leczona operacyjnie. W przypadku zastrzału skórnoego należy zdjąć na całej przestrzeni pęcherz skórny, wypełniony wydzielina ropną a po jego zdjęciu stwierdzić, czy nie ma przetoki, drążącej w głąb. W przypadku ograniczonego ropienia i dostatecznie szerokiego ujścia ewentualnej przetoki można ograniczyć leczenie tylko do zdjęcia pęcherza skórnoego. Należy jednak w tym wypadku kontrolować chorego codziennie i zalecić mu częste kąpiele palca; w razie najmniejszego zaostrenia się procesu należy postąpić tak, jak z zastrzałem podskórnym.

Leczenie zastrzału podskórnego polega na możliwie najszybszej interwencji operacyjnej. Zabieg operacyjny winien być przeprowadzony w znieczuleniu i opasce uciskowej Esmarcha. Rodzaj znieczulenia zalecany przez autorów jest różny: znieczulenie ogólne eterem, evipanem, oszołomienie chloretylowe, znieczulenie przewodowe splotu barkowego sposobem Kulenkamfa i w końcu znieczulenie obwodowe, pierścieniowe, sposobem Obersta. Na podstawie własnego doświadczenia doszedłem do wniosku, że najkorzystniejszym znieczuleniem przy operacji zastrzału jest oszołomienie chloretylowe. Zalety jego znieczulenia są następujące: chory szybko usypia, szybko się budzi po zabiegu, przy czym następuje zupełne zniesienie świadomości w chwili zabiegu. Przy przewlekającym się zabiegu wskazane jest dodanie małej ilości eteru. Znieczulenie miejscowe sposobem Obersta przedstawia natomiast duże niebezpieczeństwo. Aczkolwiek znieczulenie to wykonuje się w pewnej odległości od ogniska zapalnego, bo u podstawy palca, to jednak nigdy nie wiadomo, czy w miejscu znieczulenia w naczyniach

limfatycznych i przestrzeniach tkankowych nie ma już drobnoustrojów, które przez naszykanie płynem znieczulającym zostaną wtedy mechanicznie rozprzestrzenione na dalsze odcinki palca lub nawet dłoni.

Podam z własnego doświadczenia przypadek, który może na zawsze zniechęcić do stosowania znieczulenia miejscowego przy zabiegu operacyjnym w przypadku zastrzału. W roku 1944 operowałem lekarza ze starym zastrzałem kostnym paliczka końcowego palca I. ręki prawej. Chory ten upierał się, by operować go w znieczuleniu miejscowym sposobem Obersta. Przez 3 dni usiłowałem udowodnić mu niesłuszność jego poglądu, namawiając go na zwykle przeze mnie stosowane znieczulenie ogólne. Mimo to lekarz ten oświadczył, że bierze na siebie odpowiedzialność za ewentualne następstwa znieczulenia miejscowego i prosił o zabieg w tymże znieczuleniu. Zabieg operacyjny, polegający na usunięciu kości ostatniego paliczka i pozostawieniu luźnego sączka w ranie został wykonany w typowym znieczuleniu pierścieniowym u podstawy palca, a więc zdala od procesu zapalnego. Użyta do zabiegu novokaina była tuż przed zabiegiem pobrana osobną igłą z ampulek, a więc zupełnie jałowo. W ciągu 4 dni po zabiegu powstał rozległy naciek grzbietowej strony palca, który mimo wczesnego otwarcia go doprowadził do rozległej ropowicy przedramienia. Po otwarciu jej nastąpiło w ciągu najbliższych 5 dni mimo braku nacieków ropnych ogólne zakażenie krwi; z posiewów krwi wyhodowano gronkowca złocistego. Mimo podawania dużych dawek sulfamidów i 3-krotnego przetoczenia krwi doszło do wytworzenia się ropni przerzutowych. W końcu powstał duży naciek zapalny na twarzy i okolicy skroniowej czaszki i nastąpiło zejście śmiertelne. Podobne przypadki znane są z literatury i są one odstrasającym przykładem do używania znieczulenia miejscowego nawet w części palca odległej od ogniska zapalnego.

Zabieg bezkrwawy t. j. przy opasce uciskowej Esmarcha ma dodatnie strony, gdyż pozwala dojrzeć wielkość ogniska zapalnego i ułatwia usunięcie całej tkanki zgorzelińowej, co jest najważniejsze w przypadku zastrzału podskórnego. W razie stwierdzenia przy zabiegu zacieków i kieszonek w okolicy ogniska, należy wykonać przeciwcięcia. Rany należy sączkować najlepiej taśmą gumową lub sączkiem gazowym przepojonym maścią borną lub wazeliną. Ułatwia to późniejsze opatrunki, zmniejszając ich bolesność, a poza tym nie utrudnia odpływu wydzieliny ropnej, jak to się dzieje w przypadku sączka z gazy suchej. W każdym przypadku cięcia zasadnicze winno być wykonane w miejscu największej bolesności. Jeżeli przy zabiegu stwierdzi się, że proces ropny, względnie zgorzel tkanki nie wykazuje ostrych granic, korzystne jest nałożenie po zabiegu okładu pod ceratką; w każdym przypadku należy palec po zabiegu unieruchomić.

Podobnie zastrzał ścięgnisty wymaga zawsze leczenia operacyjnego. Pomijając różnorodne i liczne metody operacyjne, zastrzał ścięgnisty należy nacinać w miejscu największej bolesności, którą trzeba dokładnie zbadać sondą główkową przed zabiegiem. Sposobów operacyjnych — jak wspominałem — jest bardzo dużo, dość że wymienię autorów jak Kanavel,

Lexer, Bier, Klapp, Haertel. Stosownie zaznacza z. Verlh, że „w wyborze cięcia zależnie od złośliwości i okresu schorzenia leży właściwe rozwiązanie chirurgiczne ropowicy pochwyci ścięgien”. Zasadniczym momentem w leczeniu pooperacyjnym zastrzału ścięgnistego jest zupełne unieruchomienie palca. Nagrzewania, przekrwienie sposobem Biera ma również pewne znaczenie lecznicze. W przypadkach zastrzału ścięgnistego palca I lub V, prowadzących do ropowicy skrzyżowanej należy otworzyć pochewki ścięgna wzdłuż całego kłębu palca I lub V.

Jeżeli przy zabiegu stwierdzi się, że ścięgna zginaczy uległy już zgorzeli, co można poznać po zabarwieniu zielonkawo-żółtym tychże ścięgien, należy je w granicach zdrowych usunąć.

W innych przypadkach lepiej jest ograniczyć zabieg do nacięcia tylko pochewki ścięgna. Często bowiem w dalszym przebiegu można stwierdzić, że albo obumarło tylko ścięgno jednego zginacza, albo nawet tylko jego część.

Leczenie zastrzału stawowego polega na otwarciu ogniska zapalnego i następstwem zupełnym unieruchomieniu palca w lekkim zgięciu w szynie gipsowej. Zejściem tego procesu zapalnego będzie kostnozmrost w stawie (ankylosis). W przypadku zniszczenia obu nasad paliczków, czyli zgorzeli nasad resekcja stawu daje nieraz wyleczenie. Bardzo interesujące jest postępowanie Iselin'a w przypadkach zastrzału stawowego. Autor ten resekkuje staw, ubytek wypełnia balsamem peruwiańskim i gipsuje palec na głucho, nie zmieniając opatrunku przez miesiąc. Sposób ten postępowania przyjął się w czasie wojny w armii francuskiej i nosi nazwę, nadaną mu przez Leriche'a — „méthode lyonnaise” (Kroemer).

Przy zastrzale kostnym zasadniczym zabiegiem operacyjnym jest amputacja palca w odcinku, dotkniętym schorzeniem. Wyjątek od tej zasady stanowi zastrzał kostny paliczka III, czyli końcowego, gdzie zabieg może ograniczyć się do usunięcia jedynie kości paliczka i zdjęcia chrząstki stawowej główki paliczka II. Poza tym omawiany poprzednio martwiak brzeżny pozwala na zabieg bardziej zachowawczy t. j. usunięcie jedynie danego martwiaka. Proces usuwania kości, zazraczający się w tych przypadkach może uzupełnić ubytek brzegu kości w ciągu 8 do 10 tygodni. W leczeniu operacyjnym zastrzału kostnego po usunięciu martwiaka brzeżnego konieczne jest zupełne unieruchomienie danego palca. W przypadkach odcięcia palca należy zawsze wykorzystywać odcięcie otwarte t. j. bez szwu kikuta. Części miękkie powinny wystawać nieco ponad powierzchnię kikuta kostnego, aby ułatwić tworzącą się później tkance ziarninowej pokrycie tegoż kikuta. Oczywiście jest, że w każdym przypadku zastrzału stawowego i kostnego należy przed zabiegiem wykonać zdjęcie rentgenowskie.

Reasumując omawiane rodzaje zastrzałów zaznaczyć muszę, że schorzenie to, choć wydać się może na pozór błahę, to jednak prowa-

dzić może do bardzo przykrych powikłań. Odkładanie zabiegu operacyjnego przez próby leczenia zachowawczego, niewłaściwe nacięcie, wynikiłe bądź to z pośpiechu lub słabej widoczności w polu operacyjnym (w wyniku krwawienia na skutek braku opaski Esmarcha), dalej nacięcia wykonane w znieczuleniu miejscowym novokainą czy chlorkiem etylu doprowadzić mogą do ciężkich powikłań, kończących się utratą palca, lub nawet rozległą ropowicą dłoni i przedramienia, zwłaszcza w przypadku zastrzałów palców I i V. Powstałe stąd ograniczenie zdolności do pracy jest zwykle nieodwracalne. Dlatego też zastrzał winien być leczony zawsze operacyjnie. Ze względu na anatomo-patologię tego schorzenia nie można w żadnym przypadku uważać zastrzału za sprawę zapalną, podobną do procesów ropnych w innych częściach ciała. W przypadku zastrzału postępowaniem jedynie słusznym jest przeprowadzenie zabiegu operacyjnego w opasce uciskowej Esmarcha i znieczuleniu ogólnym, przy czym w leczeniu pooperacyjnym jest konieczne unie-

ruchomienie palca a nawet założenie opatrunku gipsowego, zwłaszcza w przypadkach zastrzału kostnego i stawowego. W okresie wytwarzania się ziarniny kąpiele mogą przyspieszyć wyleczenie.

Piśmiennictwo

Bier, Braun, Kümmels: Chirurgische Operationslehre 1923.

Iselin: Incisions modifiées pour la réparation des fléchisseurs au niveau des doigts. Presse méd 1929. I, 124 — 126. Ref. Z. O. f. Chir. Bd. 46.

Klapp u. Beck: Das Panaritium Leipzig. 1923. Kroemer: Die verletzte Hand. Wien. 1938.

Lexer: Die Behandlung der pyogenen Infektion und ihre Folgen Arch. f. klin. Chir. 180 — 183. 1934.

Verth: Behandlung der Verletzungen und Eiterung am Finger und Hand Ref. Z. Org. f. Chir. Bd. 81. Panaritium. Erg. d. Chir. u. Orthop. Bd. 16. 1923.

Kilka spostrzeżeń własnych o operacjach jagliczych

Podał

Dr. med. Tadeusz Malinowski

ordynator Lecznicy Ocznej i Usznej P. C. K. w Gliwicach

Ponad tysiąc operacji jagliczych, wykonywanych przed wojną w kolumnach i czołówkach przeciwjagliczych P. C. K. na Wileńszczyźnie i w przychodniach przeciwjagliczych przed wojną i podczas okupacji, jakoteż dokładna obserwacja wyników pooperacyjnych — nasunęły mi kilka spostrzeżeń, którymi pragnę podzielić się z kolegami.

Przede wszystkim omówię doświadczenia w operacjach stosowanych przy podwinięciu powiek, jako zajmujących miejsce czołowe między zabiegami przeciw-jaglicznymi. W okresie przedwojennym w Polsce bezsprzecznie najwięcej operacji tego rodzaju przeprowadzono w póln.-wsch. terenach kraju, gdzie jaglicy powikłanej było też najwięcej. Działy tam sławne Kolumny Oczne P. C. K. zorganizowane przez prof. Szymańskiego. W Kolumnach tych, a później również w przychodniach przeciwjagliczych instruowanych przez Dr. Rostkowskiego, dokonywano najczęściej przy podwinięciu powiek operacji metodą, którą nieścisłe nazywano zabiegiem, Hotza - Anagnostakisa. Ten typ zabiegu, który był przez okulistów ze szkoły wileńskiej wykonywany wiele tysięcy razy, nabrał w tym wykonaniu własnych określonych cech, będę go też nazywał „metodą wileńską”, a nie operacją Hotza - Anagnostakisa. Anagnostakis bowiem nie wspomina o wycinaniu części tarczki, Hotz zaleca czasami wycięcia owka w tarczce i zakłada szew na niej w kierunku pionowym, wykłuwając od razu igłę przez skórę. „Metoda wileńska” przedstawia się nieco inaczej. Główną zasadą jest tu dostosowanie się do każdego poszczególnego wypadku. Zależnie

od potrzeby wycięty płatek skóry może być większy lub mniejszy, to samo dotyczy wyciętego mięśnia i części tarczki. Operacja może być dokonana bez dodatkowych zabiegów, lub afekt jej powiększony plastyką kąta i nacięciem brzegu powiekowego — o 2—3 mm. od niego, brzegu międzykrawędziowego (Rostkowski). Operacja może dotyczyć jednej, przeważnie górnej powieki, lub może być wykonana na obu wraz z plastyką kąta, („triada”).

Szczegółowy opis „metody wileńskiej” przedstawia się następująco: znieczulenie miejscowe — płytka Egera — nacięcie skóry równoległe do brzegu powiekowego — o 2—3 mm. od niego, drugie nacięcie skóry łączące się z końcami nacięcia pierwszego, wypukłością skierowane ku górze (na górnej powiece) — powstały płatek, mający kształt wycinka skórki pomarańczy, obieranej w zwykły sposób, w najszerszym środkowym miejscu ma od 2—10 mm. szerokości — płatek ten usuwany nożyczkami lub skalpelem, — robimy dwa cięcia skalpelem przez mięsień zgodne w kierunku z cięciami skóry, obrysowujące jednak nieco węższą przestrzeń — obrysowane cięciami włókna mięsne usuwamy nożyczkami — ukazuje się obnażona powierzchnia tarczki, którą uwalniamy z resztek tkanki i oglądamy — czasem na tarczce mamy wyraźny wał podłużny, czasem kilka pagórków, czasem znów jednostajne zgrubienie, bywa też czasem tarczka mało zmieniona — zależnie od tego albo ścinamy skalpelem wał, lub nierówności, zcieńczamy całą tarczkę, tak jak podaje Chronis, lub tylko ograniczamy się do wycięcia rowka podłużnego, leżącego mniej więcej w jednej trzeciej dolnej tarczki — dno rowka nie

dochodzi do spojówki, bardzo jednak zbliżyć się do niej — skarpy rowka są pochyłe i dno wąskie — dążeniem naszym jest takie spreparowanie tarczki, by stała się równomiernie i w miarę cienka, a w miejscu rowka poddała się odgięciu po zawiązaniu szwów — uważam za ważny szczególnie techniki operacyjnej, którego nie należy opuszczać, podseparowanie skóry części przykrawędziowej, aż do ujrzenia korzeni rzęsowych i dodatkowe wycięcie pozostałych tu podłużnych pasemek mięśniowych i łącznotkankowych. Zabieg powyższy powoduje uelastycznienie i poddanie się brzegu rzęsowego działaniu pociągającemu szwów i skutkiem tego zmianę kierunku wzrostu rzęs — szwów nakładamy od 3—7, najczęściej 5. — Wklucie pierwsze w skórę, przy krawędzi rzęsowej, drugie poprzeczne w górnej części tarczki, lub nad nią w powieź, trzecie w górną wargę skórną (w górnej powiece) — dokładne dokonanie drugiego wklucia uważam za bardzo ważne — robimy je poprzecznie, by mocniej trzymało — założona nitka musi dobrze trzymać, gdyż jest to miejsce fiksacyjne, dzięki któremu podciąga się krawędź, powieki i odgina tarczkę.

Ponieważ krawędź naciętej skóry w górnej części jest zwykle nieco dłuższa (większy łuk, niż w części przyrzęsowej, przy nakładaniu szwów wklucia „trzecie” należy w stosunku do „pierwszych” robić nieco bocznie, a tylko przy szwie pośrodku powieki równo naprzeciw. Szwy zawiązujemy dopiero po nałożeniu wszystkich. Ten sposób nakładania szwów, uważam za najlepszy. Sposób Panasa przy którym wklucia i węzełki wypadają na brzegu rzęśowym wydaje się gorszy, bo może dawać na tym brzegu szpecące bliznki. Sposoby przy których jedna, lub obie wargi skórne pomijamy przy nakładaniu szwów (Snellen, Chronis, Panas) są chyba też mniej właściwe, gdyż brzegi skórne mogą się zrosnąć nieprawidłowo i może dać oszpecenie.

Opisana powyżej „metoda wileńska” jest dostosowana w pierwszym rzędzie do powieki górnej. Na powiece dolnej nie zawsze daje się ją tak klasycznie wykonać. Tarczka jest mniejsza i cieńsza, czasem jednak zachodzi potrzeba i możliwość usunięcia sporego wałka lub znacznego jej zcieńczenia. „Drugie” wklucie robi się tu przy nakładaniu szwów z reguły na głęboką powieź, a nie na tarczkę. Krwawienie jest nieraz spore, gdyż dolną powiekę trudniej ucisnąć płytką. Może nieraz będzie lepiej zrobić na dolnej powiece operację prostym i szybkim sposobem Lagleyza, który na tej powiece daje efekt znakomity, który daje się regulować przez słabsze lub silniejsze pociąganie szwów.

Sposób ten polega na przeprowadzeniu 3 do 4 par, sporych igieł ze szwami między tarczką i warstwą mięśniowo-skórną i przecięciu od strony spojówki całej tarczki w pobliżu jej krawędzi rzęsowej. Po przecięciu tarczki wyciąga się uprzednio wprowadzone igły i zawiązuje szwy (najlepiej na perełkach) od strony skóry w pobliżu krawędzi rzęsowej. Operacja ta jest technicznie bardzo łatwa i szybka, jeśli używa

się pincety Falt'a (z płytką ochraniającą, haczykami fiksacyjnymi i śrubką regulującą naciąg). W oryginalnym sposobie Lagleyza pinceta Falt'a nie była stosowana, używano tylko płytki Egera.

Na górnej powiece sposób Lagleyza uważam za mniej wskazany, gdyż pozostawia tarczkę chorobowo zgrubiałą i zdeformowaną.

W rzadkich wyjątkowych wypadkach podwinięcia „metoda wileńska” może być niewystarczająca. Jeśli mamy bardzo krótki, zarośnięty załamek górny może być konieczna operacja Mahera. Jest to operacja przykra dla chorego z powodu wycinania szerokiego płata z ust i niezbyt pociągająca dla chirurga w związku z przyszywaniem płata.

Sądzę, że sposób Mahera możnaby traktować jako uzupełnienie „metody wileńskiej”. Drugi bardzo rzadki wypadek, gdzie „metoda wileńska” może nie dać efektu wystarczającego będzie przy wyjątkowo cienkiej i bardzo wygiętej tarczce, gdzie mamy podwinięcie najwyższego stopnia. Tu ze względu na „architekturę” tarczki może być lepsza operacja Panasa z przecięciem całkowitym skóry tarczki i spojówki, mimo, że operacja jest nieprzyjemna i nie wyklucza możliwości zgorzeli części przyrzęsowej powieki. Potrzeba wykonania operacji Mahera i Panasa, występuje jednak rzadko, nie więcej niż w 5% przypadków podwinięć. W 95% wynik „metody wileńskiej” będzie zawsze dobry, przy dokładnym wykonaniu zabiegu. Oczywiście nie można winić metody operacyjnej za wypadki, w których nastąpiły nawroty podwinięcia po szeregu lat skutkiem dalszego rozwoju nieleczzonej jaglicy. Wykonanie zaś operacji z efektem wybitnie nadmiernym, z powodu przypuszczenia, że chory nie będzie się dalej leczyć, nie jest właściwym ujęciem sprawy, bo daje wynik gorszy pod względem kosmetycznym.

Dwukrotnie wykonałem operację sposobem Blaszkowicza, polegającym na odwróceniu wyseparowanej tarczki o 180°. Operacja nie przedstawia większych trudności technicznych, wyniki jednak w obu wypadkach miałem niezadowolające, tarczka okazała się zbyt wiotka i nie nadała pożądanego kształtu powiece. Podwinięcie zmniejszyło się, ale pozostało. Może przy tarczках twardych, grubych i mocniej wygiętych efekt był dobry, nie widzę jednak potrzeby rozpowszechniania tej metody, gdyż nie przewyższa metod dawnych pod żadnym względem.

Przechodzę do omówienia plastyki brzegu rzęsowego. Wobec doskonałych wyników, jakie daje „metoda wileńska” przy podwinięciu powiek i niedogodnościach związanych z przeszczepieniem śluzówki, oraz z powodu oszpecenia, jakie bądź co bądź dają te przeszczepienia — operacje plastyczne brzegu rzęsowego winny być stosowane wyłącznie w wypadkach rozszczepienia rzęs. Operacje powyższe będą też szczególnie pożądane, gdy rozszczepienie rzęs zajmuje tylko część brzegu rzęsowego. Najwłaściwszym materiałem do przeszczepień

jest słuzówka. Przeszczepianie skóry jest mniej wskazane z powodu obecności drażniących włosków. Metoda Milingtona-Sapiełki jest stosowana najczęściej. Metoda ta ma jednak tę wadę, że przyszywanie płatka spojówki może przedstawiać pewne trudności; pozostawianie zaś płatka bez przyszycia, zwłaszcza w praktyce ambulatoryjnej, jest zbyt ryzykowne. Sprawę umocowania płatka dobrze rozwiązuje sposób Rakowicza, który polega na tym, że wklucia igły dokonuje się w środku szerokości płatka, ułożonego w rozciętym brzegu, a wykluwa się igłę przez skórę nad rzęsami. Na końcu nitki zawieszony jest węzełek, który podciąga i dociska płatek do nowego podłoża. Drugi koniec nitki umocowuje się na czole plasterm. Szwów takich nakłada się od 2 do 5. Lepiej użyć nitki czarnej. Zdejmuje się te szwy na drugi dzień, nawet po upływie niecałej doby. Płatek jest już przyklejony. Zastosowałem metodę powyższą w kilkudziesięciu wypadkach, nigdy nie zawiodła — jest to metoda prosta i szybka.

Jeśli chodzi o operację przy łuszczce jagliczej, to jak się zdaje, minęły już dawne czasy entuzjazmu do sposobu Deniga. Liczne obserwacje wskazują, że płatek spojówki wszczepiony choremu, u których proces jagliczy jest w pełnym rozkwicie, ulega sam chorobie i nieraz przerasta bardzo wybitnie. Takie grube przerośnięte jaskrawo czerwone wały, będące dużą zawadą i oszpecceniem oka widywałem szczególnie często w województwie białostockim. Czasem przerosty były tak duże, iż powstawała kwestia usuwania ich drogą operacyjną. Rozwój tych silnych przerostów przeszczepionej słuzówki uwarunkowany jest 1) czynnym, nieleczonego procesem jagliczym i 2) obecnością tkanki łącznej i tłuszczowej w przeszczepionym płatk. t. j. przeszczepianiem grubego, nieoczyszczonego z tkanki podścieliskowej płatka. Warunkiem zasadniczym operacji przeszczepienia płatka przy łuszczce jagliczej winna być gładka spojówka załamka i powieki górnej, oraz dobry stan tarczki. Stosowanie zabiegu Deniga choremu z jaglicą w okresie silnie zapalnym i przerostowym, wydaje się błędem; dotyczy to w pierwszym rzędzie chorych, co do których

mamy wątpliwości, czy będą leczyć się dalej systematycznie.

Kilkakrotnie próbowałem wszczepić zamiast słuzówki kawałek chrząstki ucha, wziętej z górnej krawędzi zawitka (helix). Sposób ten zaleca Orłow. Pobranie paska chrząstki technicznie jest łatwe. Wycięcie chrząstki ucha sprawia choremu znacznie mniej przykrości niż pobranie płatka z ust. Chrząstka ma tu kształt znakomicie dostosowany do umiejscowienia go pod spojówką. Chrząstkę zakładałem pod szerokie mostki spojówki, wykonane według sposobu Fazakasa. Po operacji tej podrażnienie oka trwa nieco dłużej, niż po zwykłej operacji Deniga. Kosmetycznie wynik jest niezły. W każdym z obserwowanych kilku przypadków łuszczka cofała się wyraźnie po zabiegu. Metoda ta zasługuje na dokonanie dalszych liczniejszych obserwacji. Zdaje mi się, że chrząstka jest materiałem mniej podatnym na uleganie jaglicy, niż słuzówka.

Peritonii i wyskrobywania podspojówki, zalecanego przez autorów rosyjskich, nie próbowałem wykonywać przy łuszczce jagliczej.

Reasumuję swoje uwagi, jak następuje: „metoda wileńska” przy podwinięciu jagliczym powieki górnej winna być stosowana więcej, niż w 90% przypadków podwinięć. W rzadkich przypadkach bardzo skróconego załamka należy metodę tę uzupełnić lub zamienić operacją Mahera; w innych wyjątkowych przypadkach, gdy mamy tarczkę cieką i bardzo mocno wygiętą, należy zastosować operację Panasa z przecięciem całkowitym tarczki i spojówki.

Na powiece dolnej daje dobre wyniki i jest szybka i prosta operacja Lagleyza z zastosowaniem pincety Falta.

Operacje plastyki brzegu powiekowego należy wykonywać wyłącznie przy rozszczepieniu rzęs. Sposób nakładania szwów według Rakowicza bardzo ułatwia zabieg Milingtona-Sapiełki.

Operacji Deniga nie należy wykonywać przy jaglicy rozwiniętej, gdy spojówka jest nierówna, a tarczka mocno zmieniona. Przeszczepienie chrząstki ucha zamiast płatka słuzówki, winno być wypróbowane jako metoda wysoce zachęcająca.

Penicillina w zwalczaniu nosicielstwa błonicy

Doniesienie tymczasowe.

Podali

Dr Wiktor Bincer i abs. med. Maria Mitreżanka.

(Z Państwowego Szpitala w Cieszyźnie)

Maczugowiec błonicy wykazuje in vitro, według dotychczasowych badań autorów amerykańskich i brytyjskich, znaczną podatność wobec penicilliny. Natomiast, jak dotąd, doniesienia o skuteczności penicilliny w leczeniu błonicy są zarówno stosunkowo skąpe, jak i niezbyt entuzjastyczne. W każdym razie ustaliło się przekonanie, że penicillina jest tylko uzupełnieniem surowicy przeciwbłoniczej w leczeniu błonicy. Ma to związek z udziałem toksyn w rozwoju choro-

by: udział ten, jak wiemy, jest w błonicy szczególnie duży, to też czynnik antytoksyczny, jakim jest surowica, musi być ważniejszy w zwalczaniu całości choroby, niż czynnik bakteriostatyczny, jakim jest penicillina.

Inaczej ma się sprawa z nosicielstwem maczugowca, tam nie ma czynnika toksycznego, a jest tylko uporczywe rozplanianie się bakterii. Atakując drobnoustrój w miejscu rozplaniania się, zbliżamy się do warunków in vitro i przewidy-

wać możemy rezultaty podobne do eksperymentalnych. Wyszedszy z takiego założenia, postanowiliśmy spróbować miejscowego stosowania penicilliny w wypadkach nosicielstwa błonicy. Ponieważ nie znaleźliśmy dotąd w piśmiennictwie szczegółów co do takiego postępowania, ustaliliśmy je tymczasowo w ten sposób:

Do ampułki, zawierającej 100.000 jedn. penicilliny in subst. wprowadza się 10 ccm jałowego roztworu fizj. soli kuchennej; 1. ccm tego roztworu wciąga się do strzykawki wyjałowionej, po czym do tej samej strzykawki wciąga się 4 ccm aqua ster. bidest., uzyskując w ten sposób roztwór, zawierający 2000 jedn. w 1 ccm. Roztwór ten wystrzykuje się na twardo ugnieciony, jałowy wacik na patyczku i pędzluje się śluzówkę gardzieli nosiciela co 2 godziny, tak, by uwzględniając kilkugodzinną przerwę nocną, wykonać 8 pędzlowań na dobę.

Dotąd zastosowaliśmy takie pędzlowanie dopiero w dwóch przypadkach; w obydwu po przebytej błonicy utrzymywała się dodatnia hodowla z nalołów gardzieli.

1. Chora R. A., lat 46, nauczycielka. Przyjęta na oddział błonicy 10/4 1946. Diphteria faucium. Kliniczne wyzdrowienie nastąpiło 2/5 1946. W pierwszym dniu pobytu w szpitalu 20.000 jedn. surowicy.

1946 gardziel nos

10/4	+	o
15/4	o	o
17/4	+	o
23/4	+	o
29/4	+	o
4/5	+	o
10/5	+	o

11/5 o godz. 14 rozpoczęto pędzlowanie, ostatnie o godz. 22, po czym nazajutrz od 8—22 co dwie godziny, razem 13 pędzlowań ze zużyciem 67.000 jedn. penicilliny.

13/5	o	o
15/5	o	o
17/5	o	o

2. Chora K. M., lat 26, robotnica fabryczna, przyjęta 25/4 na oddział błonicy. Diphteria fau-

cium. Kliniczne wyzdrowienie 8/5. Otrzymała razem 36.000 jedn. surowicy przeciwbłoniczej.

Data Hodowla

1946 gardziel

25/4	+	o
2/5	+	o
10/5	+	o
13/5	+	o

15/5 rozpoczęto pędzlowanie, jak w przyp. 1., zużyto tak samo 67.000 jedn. 16/5 o godz. 22 zakończono pędzlowanie.

17/5	o	o
20/5	o	o
22/5	o	o

Po trzech badaniach ujemnych obydwie pacjentki zwolniono ze zamówieniem do kontroli.

Dwóch przypadków nie można uważać za dowód, że istotnie penicillina ma wpływ na wyłączenie maczugowca w gardzieli, a to tym bardziej, że pozornie samoistne znikanie przejściowe lub i stałe prątków błoniczych po dłuższym czasie nosicielstwa nie jest zjawiskiem nieznanym.

Niemniej ogłaszamy już te dwa przypadki, nie czekając na dalsze, z podaniem do ogólnej wiadomości lekarzy, gdyż chcemy spowodować jak najszerszą kontrolę. Wydaje się nam, że silne ugruntowanie teoretyczne tej próby uprawnia nas do tego. Nie trzeba rozwodzić się nad korzyściami, jakie przyniosłaby skuteczność tej metody. Ilości zużytej penicilliny nie są wielkie, a być może wystarczą i mniejsze. Przy współpracy lekarzy szkolnych, sierocinców, ośrodków zdrowia, lekarzy fabrycznych itd. dałoby się wiele osiągnąć dla zwalczania błonicy w wypadku skuteczności podanej metody. Zapewne na podobnych zasadach da się opracować metodę dla zwalczania nosicielstwa błonicy w jamie nosowej.

Badania nasze kontynuujemy ze zmiennym sposobem stosowania dla wypośrodkowania najprostszego, najkrótszego i najoszczędniejszego postępowania.

(Badania bakteriologiczne wykonała metoda Loefflera pracownia diagnostyczna Państwowego Szpitala w Cieszynie).

Przypadek posocznicyusznego pochodzenia u 10-miesięcznego dziecka z wrodzoną wadą serca wyleczony penicyliną

Podał Dr. med. Bogusław Koterla — Bytom.

Jest rzeczą ogólnie znaną, że porady udzielane dzieciom, stanowią duży odsetek w praktyce każdego lekarza - niespecjalisty, dlatego też konieczna jest współpraca tych lekarzy ze specjalistami, gdy chodzi o wiek dziecięcy, a zwłaszcza niemowlęcy we wszystkich przypadkach schorzeń uszu. Znany powszechnie jest zespół uszno - jelitowy, czyli zespół infekcyjno-toksyczny u dzieci najmłodszych, który daje ogromną śmiertelność. Że istotnie chodzi tu

o zagadnienie wyjątkowo ważne i interesujące, dowodzi fakt, że od 25 lat zespół infekcyjno-toksyczny u dzieci najmłodszych jest stale omawiany i dyskutowany. I gdy jedni twierdzą, że nie ma żadnego związku między schorzeniem narządu słuchu, a zaburzeniami w odżywianiu, drudzy stoją na stanowisku, że schorzenie narządu słuchu jest bezpośrednią przyczyną tych zaburzeń. Zarówno obserwacje kliniczne, jak badania anatomo - patologiczne wskazują nam,

że ropne schorzenia narządu słuchu są jednym z ważnych ogniw w zespole uszno-jelitowym. Leczenie ucha stwarza dopiero warunki, w których leczenie internistyczne może poprawić te tak bardzo niekorzystną statystykę. Tak, jak konieczna jest współpraca pediatry i otiatry w powyższej sprawie chorobowej, tym ściślej winno ona być w każdym przypadku oto-laryngologicznym, niejasnym dla danego lekarza i nie wchodzącym w zakres jego wiedzy specjalistycznej.

Niejednokrotnie otiatra znajduje się w ciężkiej sytuacji i trudno mu uchwycić moment do wykonania operacji, dlatego też w przebiegu zapalenia ucha środkowego u niemowląt powinno się otoskopować codziennie pacjenta, zwracać baczną uwagę na zachowanie się tylnogórnej ściany przewodu zewnętrznego, gruczoły limfatyczne, ewentualnie przeprowadzić paracentezę lub punkcję antrum przez przewód zewnętrzny (Lewenfisz) — i dopiero po porównaniu objawów miejscowych ze stanem ogólnym decydować o konieczności antrotomii. W żadnym wypadku nie można polegać tylko na bolesności uciskowej ucha.

Badanie uszu u niemowląt jest bardzo trudne ze względu na wąskość przewodu zewnętrznego, skośne, prawie poziome, ustawienie błony, jej grubość oraz częste zanieczyszczenie przewodu, i wymaga dużego doświadczenia i dobrego oświetlenia. Ucho środkowe u niemowląt jest tak zbudowane, że trąbka Eustachego jest szeroka, jama bębnekowa bardzo obszerna, zakażenie często przechodzi przez ucho środkowe i szybko umiejscawia się w wyrostku sutkowym tak nieszczęśliwie, że paracenteza i aspiracja nie wykazują ropy. Natomiast często przy normalnej błonie ucho zaczyna odstawać i dopiero antrotomia likwiduje szybko sprawę. Niejednokrotnie występuje dysproporcja między objawami otoskopowymi i klinicznymi w ogóle, a stwierdzalnymi post exitum znacznymi zmianami histopatologicznymi w kości skalistej.

Mastoiditis occulta u niemowląt nie zajmuje stanowiska wyjątkowego w patologii schorzeń uszu. Istnieje u dorosłych otitis mucotica, gdzie przy nieznacznych zmianach otoskopowych stwierdza się ciężki stan ogólny i daleko idące zmiany anatomo-patologiczne błony śluzowej całego systemu pneumatyzacyjnego wyrostka sutkowego.

Jak ważna jest ścisła współpraca pediatry i otiatry, i konieczna, by uchronić się od pomyłek, oraz postawić sprawę na właściwym miejscu, niech świadczy niżej podany opis ciężkiego przypadku posocznicy usznego pochodzenia u 10-miesięcznego dziecka z wrodzoną wadą serca, wyleczony po wykonaniu obustronnej antrotomii i zastosowaniu penicyliny.

Dziecko płci żeńskiej O. W., urodz. 3. IV. 1945 r., karmione piersią, z wrodzoną wadą serca, od urodzenia wątłe, źle się chowa, było w mojej obserwacji i leczeniu od dnia 10. I. 1946 do 15. II. 1946 r. Od 3 tygodni leczona przez lekarza, pediatrę z powodu obustronnego zapalenia ucha środkowego. Od 10 dni wysoka tem-

peratura, dochodząca do 39.5—40° C z małymi wahaniami dziennymi, wymiotami, spadkiem wagi ciała, ogólnym niepokojem, przyspieszonym i nitkowatym tętnem oraz biegunkami. Około 10 stolców dziennie. Ogólny wygląd dziecka robi wrażenie bardzo ciężkie.

Stan obecny: Waga 7.260 kg, temperatura 39.8°C, tętno 140/min. Ucho prawe: epi-tympanalne zaczerwienienie i wypuklenie błony bębenkowej, opadnięcie gorno-tylnej ściany przewodu zewnętrznego bolesność palpacyjna na planum mastoideum, dziecko reaguje na ucisk przeraźliwym krzykiem. Ucho lewe: Błona w całości równomiernie zaróżowiona, bez opadnięcia ściany przewodu. Przy punkcji prawostronnej antrum przez przewód zewnętrzny za pomocą igły Küssa uzyskano ropę. Punkcja lewostronna ujemna. Poza tym zastosowałem cibazol w dużych dawkach, domięśniowo sistofebrynę Karpińskiego oraz środki nasercowe (cardiazol, veritol). W dniu 11. I. 1946 r. stan dziecka nadal ciężki, temperatura 39.8°C, wymioty. Wykonałem prawostronne przecięcie błony bębenkowej, uprzednio znieczulając za pomocą wacika z płynem Bonaina. Z jamy bębnekowej wydobyła się kropla gęstej ropy. Bakteriologiczne badanie krwi wykazało gronkowca złocistego. Badanie konsyliarne z doc. Dr. Gromskim w dniu 12. I. 1946 r. ustaliło, że w danym wypadku chodzi istotnie o ciężką posocznicę, której punktem wyjścia jest ostre zapalenie ucha środkowego. Stan dziecka w tym dniu nadal bardzo ciężki, nieduży spadek temperatury do 38°C (po wykonanej w dniu poprzednim paracentezie), tylnogórna ściana przewodu zewnętrznego opadnięta, tkliwość palpacyjna przy ucisku na tragus i planum mastoideum, powiększenie węzłów limfatycznych wzdłuż prawego mięśnia sutkowomostkowo-obończykowego, spadek wagi do 7.100 kg, poza tym stwierdzono ciężką wrodzoną wadę serca (doc. dr. Gromski, dyr. dr. Krupiński).

Dnia 13. I. 1946 r. wykonałem obustronną antrotomię w Szpitalu Hutniczym w Borku Bytomskim. Znieczulenie miejscowe 1% Pantocain. c. adrenalin. Cięcie typowe za przyczepem małżowiny. Antrum mastoideum zupełnie dobrze rozwinięte wypełnione ropą, którą stwierdza się również w częściowo spneumatyzowanych komórkach wyrostka sutkowego. Po stronie lewej zatkanie nie wskazuje śladu zmian, po prawej natomiast widoczny kożuch ziarniny na przestrzeni I-groszówki. Odślonięto zatokę do granic zdrowych, jak również średnią i tylną jamę czaszkową. Opony twarde bez zmian. Sétonage. Infuzja 300 ccm roztworu soli fizjologicznej.

Dziecko, z powodu złego stanu, zostało przez matkę tego samego dnia zabrane do domu. Do leczenia następnego w 6-godzin po zabiegu operacyjnym użyłem penicyliny (Heyden New York) domięśniowo co 3 godziny 2.5 ccm (12.5 tys. jedn. oxfordzkich) przez okres 24 godzin.

Przebieg operacyjny bez powikłań, spadek temperatury na drugi dzień po operacji.

Badanie pomiesięczne wykazuje temperaturę normalną, za uchem rana wygojona, pokryta delikatnym strupem, stan dziecka dobry, bawi się, uśmiecha, apetyt, jak przed chorobą, stolce normalne.

Opisany pożej przypadek jest powikłaniem śródczaszkowym w przebiegu ostrego ropnego zapalenia ucha środkowego z wytworzeniem zmian zapalnych na ścianie zatoki żyłnej w postaci nalotów i granulacji, a w następstwie tego posocznicy, jako schorzenia ogólnego ustroju. Choroby narządu słuchowego u małych dzieci, szczególnie u osesków posiadają wiele cech charakterystycznych nie spostrzeganych u dorosłych z powodu znacznej różnicy w budowie anatomicznej kości skroniowej, oraz właściwych wiekowi dziecięcemu niektórych chorób ogólnych i zakaźnych, będących częstokroć w związku przyczynowym z chorobami ucha. Rozpoznanie powikłania ze strony narządu słuchowego napotyka wiele trudności, między którymi, nie najmniejszą, jest konieczność oparcia diagnozy niemal wyłącznie na wynikach badania obiektywnego. Niemowlę skarżyć się nie może, od matki lub otoczenia, lekarz się nie dowie częstokroć niczego pewnego. Niemowlęta i małe dzieci nie umieją lokalizować bólu, chwytają rączkami za skroń, lub wkładają palce do ust, niekiedy krzyczą przeraźliwie lub są apatyczne, względnie sennie. Ten objaw jest bardzo ważny, gdyż poprzedza częstokroć wystąpienie objawów meningealnych, które nie zawsze są oznaką meningitis, lecz tylko podrażnieniem opon mózgowych (meningismus). Dlatego nie należy przerażać rodziców beznadziejnym rokowaniem. Dla ustalenia ścisłej diagnozy należy dokładnie zebrać od chorego lub o chorym wywiady, poszczególnie dane dotyczące objawów przedmiotowych i podmiotowych połączyć w jedną całość i dopiero w ten sposób uzyskać obraz, który pozwoli nam rozpoznać istotną sprawę.

Jeżeli chodzi o posocznice, to są one bardzo rzadkie u dzieci w 1-szym roku życia. W każdej posocznicy istnieć muszą wrota wejścia zarazka. Objawy kliniczne posocznicy są tak niesłychanie bogate i różnorodne, że niebezpieczeństwem jest kusić się o nakreślenie schematu chorobowego dla wszystkich postaci. Zmiany na ścianach zatok mózgowych, lub zakrzepy tychże przebiegać mogą w postaci posocznicy lub ropnicy, najczęściej jednak mamy do czynienia z postacią mieszaną. Postacie te cechują się w swoim klinicznym przebiegu wysoką temperaturą. W posocznicy ma ona charakter stały z małymi dziennymi wahaniami tak, że krzywa gorączkowa dla posocznicy jest dość typowa, w ropnicy natomiast wahania temperatury są duże, mogą się powtarzać kilka razy na dobę, lub mogą występować co drugi, trzeci dzień, a nawet rzadziej, i najczęściej towarzyszą jej dreszcze. Jeden z objawów wybijają się często na pierwszy plan w posocznicach z zapaleniem zatok żylnych, tudzież przypominający zapalenie opon mózgowych, a więc bóle

głowy, sztywność karku, objaw Kerniga, przećzulica skóry, wymioty. Dodatni wynik badania bakteriologicznego krwi z żyły łokciowej, jest oczywiście momentem rozstrzygającym, ujemny jednak wynik nie wyklucza posocznicy względnie ropnicy lub bakteriemii, gdyż w połowie przypadków typowej posocznicy lub stwierdzonej sekcją bywa wynik ujemny. Niektórzy radzą brać krew do badania podczas dreszczy, inni w czasie najwyższego podniesienia temperatury po dreszczach i nie przestawać na jednej próbie, lecz wykonywać je szereg razy. Przypadki, w których badanie bakteriologiczne wykazuje gronkowce, przebiegają łagodniej, są jednak znacznie rzadsze. W przypadkach meningismus wskazane jest przed operacją nakłucie lędźwiowe dla ustalenia rozpoznania. Jeżeli po operacji na zatoce objawy septyczne trwają dalej, należy zrobić gruntowną rewizję rany pooperacyjnej w celu przekonania się, czy ewentualnie w zatokach ropienie nie posuwa się dalej. Infekcja do wnętrza czaszki z ucha środkowego może przejść: 1) przez szczeliny naturalne w czaszce (fissura petrosquamosa, fissura petrotympanica, fissura mastoideosquamosa), 2) przez przestrzenie limfatyczne dookoła naczyń i pni nerwowych, łączące ucho środkowe z przestrzeniami podpajęczynową, 3) przez canaliculi carotico - tympanici, przez które przechodzą żyły do plexus carotici i dalej do sinus cavernosus, 4) przez labirynt (foramen ovale i rotundum), 5) przez komórki pneumatyczne naokoło błędniaka i trąbki Eustachiusza, 6) per continuitatem wprost do ścian naczyń żylnych.

Zapalenie zatok żylnych z następową posocznicą jest, obok ropni zewnątrz - oponowych, najczęstszym powikłaniem śródczaszkowym ropnych zapaleń ucha środkowego. W tych wypadkach jest skuteczne jedynie leczenie chirurgiczne. Zapatrywania otologów co do sposobu postępowania są więcej konserwatywne lub radykalniejsze. Jedni usuwają tylko ogniska ropne w kości i wyczekują rezultatu tego zabiegu, i dopiero w razie nieustępowania objawów posocznicy przystępują do dalszych zabiegów. Inni od razu wykonują zabieg w zatokach, oraz przez podwiązanie żyły szyjnej wewnętrznej starają się nie dopuścić do rozszerzenia zakażenia w organizmie.

Przy wszystkich powikłaniach śródczaszkowych należy dokładnie zbadać internistycznie chorego, wykluczyć zimnicę, różę, septyczne zapalenie wsierdza, dur brzuszny, gruźlicę i zapalenie płuc. Pamiętać należy, iż znane są rzadkie przypadki zakrzepów zatok mózgowych o bezgórączkowym przebiegu.

U niemowląt i małych dzieci, dla braku wyrostka, o zwykłym wydłutowaniu nie może być mowy. Jamę sutkową niemowląt i małych dzieci otwieramy wyłącznie zapomocą łyżeczki, rzadko posługując się dłutkiem przy zachowaniu wielkiej ostrożności, by nie uszkodzić kostek słuchowych, nerwu twarzowego, lub nie wejść do ośrodkowego dołu czaszkowego.

Antrotomię w powyższym przypadku wyko-

szcza bardzo ciężki przypadek obustronnego odoskrzelowego zapalenia płuc u chłopca w wieku 2 lata 2 mies. ze znaczną niedomogą krążeniową, u którego po 48 godz. stosowania penicyliny ogólny stan wybitnie się poprawił, ciepłota z 40° C obniżyła się do 38,2° C i dalej się obniżała litycznie, w płucach stwierdzono fizykalnie wybitną poprawę i stan dziecka poprawiał się z każdym dniem. Po skończonym okresie stosowania penicyliny, podano dziecku sulfopyrydynę. Przez cały czas równocześnie podawano środki nasercowe. Bakteriologicznie przypadek ten nie był zidentyfikowany, suponujemy jednak tło pneumokokowe.

Ad III. **Ropniaki opłucnej.** Leczony był penicyliną 1 przypadek u dziecka w wieku 6 m-cy, który przybył do szpitala w stanie bardzo ciężkim w 4-y m dniu choroby z dużą dusznością i sinicą, z objawami wysięku opłucnej po stronie lewej. W pierwszym dniu pobytu dziecka w szpitalu dokonano nakłucia opłucnej i wypuszczono 60 cm³ ropy. W trzecim dniu pobytu dziecka w szpitalu otrzymaliśmy penicylinę i od tego czasu rozpoczęto stosowanie jej i to w postaci zastrzyków do jamy opłucnej 5 tys. jedn. (w rozcieńczeniu 1 cm³ = 1 tys. jedn.) po uprzednim wydobyciu ropy i równocześnie domięśniowo w rozcieńczeniu normalnym (1 cm³ = 5 tys. jedn.) co 3 godz. po 2 tys. jedn.

W ciągu trzech dni powtarzano nakłucie opłucnej oraz wprowadzano penicylinę do jamy opłucnej. Piątego dnia stan dziecka, pierwotnie bardzo ciężki, uległ poprawie, ropy przy nakłuciu opłucnej już nie wydobyto, jedynie nie duża ilość płynu surowiczego - mętnego. Przerwano podawanie penicyliny. Po upływie następnych trzech dni stan dziecka pogorszył się, przy nakłuciu opłucnej znowu wydobyto 70 cm³ ropy. Ponownie zastosowano penicylinę domięśniowo i do jamy opłucnej. Dawki penicyliny zwiększyliśmy, a mianowicie: domięśniowo po 2,5 tys. jedn. co trzy godz. i do jamy opłucnej 7,5 tys. jedn. Dawkowaliśmy tak w ciągu trzech dni, aż do momentu ogólnej poprawy i ustąpienia płynu ropnego z jamy opłucnej, po czym stosowanie penicyliny przerwano. Po tygodniowym okresie poprawy, ponowne pogorszenie ogólnego stanu i ponowne stwierdzenie obecności ropnego płynu w opłucnej zmusiło nas do stosowania penicyliny po raz trzeci. W tym okresie zastosowaliśmy metodę poleconą przez Tilletta, uprzedniego przepłukiwania jamy opłucnej roztworem fizjologicznym soli i zwiększyliśmy ilość penicyliny do 10 tys. jedn. każdorazowo do jamy opłucnej i domięśniowo po 10 tys. jedn. co trzy godz. Gdy ogólny stan dziecka poprawił się, a nakłucie opłucnej płynu ropnego nie wykazało, przerwaliśmy stosowanie penicyliny. Ogólny stan dziecka dość dobry utrzymywał się przez 3 tygodnie. Kontrola rentgenologiczna w tym czasie i dwukrotne nakłucie opłucnej obecności płynu nie wykazały. Trwałej poprawy jednak nie było, gdyż po 3-ch tygodniach stan dziecka znowu się pogorszył, wystąpiła duszność, brak łaknienia, oraz podniesienie ciepłoty ciała do 38,8° C. Nakłucie opłucnej wykazuje obecność

płynu ropnego. Po raz czwarty powracamy do stosowania penicyliny przez 3 dni w dawkach: doopłucnowo codziennie po 10 tys. jedn. i domięśniowo co 3 godz. również po 10 tys. jedn. I tym razem osiągamy trwałą poprawę, która przypada na 8-my tydzień choroby dziecka, chociaż stan podgorączkowy utrzymuje się jeszcze następne 5 tygodni.

Po trzymiesięcznym pobycie w szpitalu dziecko wypisano w stanie dobrym. Miesięczna ambulatoryjna kontrola dziecka stwierdziła normalny rozwój i prawidłowy przyrost wagi, stany podgorączkowe ustąpiły zupełnie. Ogółem w danym przypadku podano doopłucnowo 100 tys. jedn. i domięśniowo 420 tys. jedn. Poza penicyliną stosowaliśmy w danym przypadku zastrzyki domięśniowe krwi rodziców oraz środki nasercowe, preparaty wątrobowe, cebion i witamin D², ze względu na zmiany krzywicze, a ze względu na objawy wtórnej niedokrwistości preparaty żelaza. Analizując retrospektywnie nasze postępowanie w danym przypadku dochodzimy do wniosku, że może bardziej celowe byłoby utrzymanie ciągłości stosowania penicyliny przez dłuższy czas i podawanie od razu większych dawek, gdyż może to drugie postępowanie dałoby szybszą i trwalszą poprawę. Takie postępowanie zastosowaliśmy w drugim przypadku, będącym jeszcze w naszej obserwacji. Jednak ze względu na skąpe zapasy penicyliny, sądziliśmy, że po każdym okresie poprawy, nie nastąpi już pogorszenie i konieczność ponownego stosowania penicyliny.

Przypadek ten, wprowadzie tylko jeden, potwierdza spostrzeżenie Tilletta i współpracowników, że leczenie ropniaków opłucnej penicyliną trwa długo od 21 do 79 tyg. W naszym przypadku tylko 14 tygodni, a biorąc pod uwagę wiek dziecka, musimy uważać wynik za bardzo pomyślny.

Ad IV. Przypadków **róży**, leczonych penicyliną, mieliśmy 3-y i to u niemowląt w wieku od 1 do 2-mies. Zdecydowaliśmy się na stosowanie penicyliny ze względu na młody wiek niemowląt, oraz ogólny ciężki stan przy rozległych zmianach miejscowych. W jednym z obserwowanych przypadków u niemowlęcia w wieku 2 mies. stosowanie sulfamidów w ciągu 48 godz. w dawkach maksymalnych efektu leczniczego nie dawało, a odwrotnie, stan ogólny pogorszył się: miejscowo na skórze powstawały duże ubytki nekrotyczne dość głębokie przy powiększających się równocześnie twardych naciekach skóry na przestrzeni od grzebieni łopatek do stawów kolanowych. Wystąpienie drgawek jeszcze bardziej pogorszyło rokowanie.

W trzeciej dobie pobytu w szpitalu, a w szóstej choroby, zastosowano penicylinę w dawkach dość małych, gdyż był to jeden z przypadków pierwszych, leczonych przez nas penicyliną, a mianowicie podawaliśmy co 3 godz. po 2 tys. jedn. domięśniowo w ciągu 3-ch dni, podając ogółem 100 tys. jedn.

Już po 3 zastrzykach zaobserwowaliśmy pewną poprawę ogólnego stanu dziecka, a mianowicie; powrót łaknienia i częściowe obniże-

nie ciepłoty ciała z $39,6^{\circ}\text{C}$ na $38,6^{\circ}\text{C}$. Po sześciu zastrzykach, t. j. po podaniu 12 tys. jedn. ogólny stan uległ wyraźnej poprawie, ciepłota ciała obniżyła się do 37°C , zaczerwienienie i obrzęk zmniejszył się znacznie, oczyściły się powierzchowne ubytki nekrotyczne, łaknienie dobre, sen spokojny. Po 12 zastrzykach ciepłota ciała normalna, sen normalny, łaknienie dobre, zaczerwienienie i obrzęk skóry ustąpiły całkowicie. Pozostał jedynie obrzęk moszny, głęboki ubytek nekrotyczny na przodu i głębokie ubytki na plecach i pośladkach, w związku z czym stosowaliśmy dalej penicylinę w postaci zastrzyków domięśniowych przez następnych 36 godz. i miejscowo na ubytki nekrotyczne okłady z roztworu penicyliny w stężeniu 1 cm. — 1 tys. jedn. Owrzodzenia goiły się dobrze i dziecko po dwu tygodniowym pobycie w szpitalu wypisano zupełnie zdrowe. W miejscach ubytków pozostały duże blizny.

W danym przypadku na podkreślenie zasługuje szybki efekt leczniczy po zastosowaniu penicyliny, przy uprzednim bezskutecznym podawaniu sulfamidów. Może zastosowaliśmy zbyt małe dawki penicyliny, gdyż dalsze nasze obserwacje wykazały, że można było osiągnąć identyczny efekt podając penicylinę w większych dawkach w ciągu krótszego okresu czasu. Większe dawki w krótszym okresie zastosowaliśmy w dwóch następnych przypadkach różny z efektem leczniczym bardzo dobrym. W tych ostatnich przypadkach stosowaliśmy penicylinę w ciągu 24 — 48 godz. po 5 tys. — 10 tysięcy jedn. co 3 godz. niezależnie od wieku dziecka. Sprawa chorobowa likwidowała się w ciągu 24 do 48 godzin. Ubocznego ujemnego działania miejscowego i ogólnego dużych dawek penicyliny nie obserwowano pomimo młodego wieku niemowląt.

Postępowanie nasze w wyżej wymienionych przypadkach jest usprawiedliwione, gdyż nie mając jeszcze wyrobionego poglądu na dawkowanie penicyliny zaczęliśmy od dawek mniejszych, obserwując jej uboczne działanie, którego jednak przy stosowaniu nawet dużych dawek, mianowicie u niemowlęcia w wieku 1 m-ca w ciągu doby 60 tys. jedn. nie zaobserwowaliśmy.

Ad V Zapalenie opon mózgowych na tle pneumokokowym obserwowaliśmy jeden przypadek, który zakończył się zejściem śmiertelnym.

Chłopiec w wieku 6 lat w stanie b. ciężkim, nieprzytomny przybył do szpitala w 3-m dniu choroby. Natychmiast po przyjęciu dokonano nakłucia lędźwiowego i wypuszczono 20 cm³ płynu ropnego, wprowadzając do kanału 10 tys. jedn. penicyliny w 10 cm³ fizjologicznego roztworu chlorku sodu, jak również zaczęto stosować penicylinę domięśniowo co 3 godz. po 10 tys. jedn. Po 12 godz. nakłucie powtórzono i wypuszczono 17 cm³ płynu również ropnego, ponownie wprowadzono do kanału 10 tys. jednost. penicyliny. Równocześnie ze względu na bardzo ciężki stan, zastosowano dwukrotnie w odstępach 12-tu godzinnych ci-

bazol (5 cm domięśniowo). Stan dziecka jednak pogarszał się stale, nie odzyskawszy przytomności dziecko zmarło po 36-ciu godz. pobytu w szpitalu.

Na podstawie obserwacji tego jednego przypadku trudno wyciągnąć wnioski o działaniu leczniczym penicyliny w przypadkach pneumokokowego zapalenia opon mózgowych, zwłaszcza, że kurację penicylinową rozpoczęło dość późno, gdyż w 3-im lub 4-ym dniu choroby.

(Początek choroby mógł być przez rodziców dziecka niedokładnie podany, ponieważ dziecko pochodziło ze środowiska mało inteligentnego).

Ad VI. Liszajcowate pęcherzowe zapalenie skóry noworodków. Przez to schorzenie rozumiemy ciężkie zakażenie skóry, przebiegające z tworzeniem się licznych pęcherzy na skórze, do którego wtórnie dołącza się infekcja stafilocokowa.

Z przypadków takich obserwowaliśmy jeden, leczony penicyliną z powodu złego stanu ogólnego, rozległych zmian w skórze, oraz przedłużającego się okresu chorobowego, nie widząc efektu leczniczego po stosowaniu sulfamidów, kuracji miejscowej i bodźcowej.

Duże dawki — efekt leczniczy dobry. Ubocznego ujemnego działania nie zaobserwowaliśmy.

Ad VII. Zastosowaliśmy penicylinę u dziecka w wieku 1 r, 4 mies. z **blonicą krtani** (krup), gdzie surowica zastosowana bardzo wcześnie, gdyż już po 6-ciu godz. od chwili wystąpienia pierwszych objawów, powtarzana kilkakrotnie i w dużych dawkach nie likwidowała sprawy chorobowej, a odwrotnie w 3-cim dniu choroby konieczne było zastosowanie intubacji i jednocześnie rozpoczęliśmy stosowanie penicyliny domięśniowo 10 tys. jedn. Po 9-ciu godz. dziecko wyksztusiło rurkę intubacyjną, objawy duszności jednak nie powtórzyły się więcej, natomiast chrypka i kaszel „szczekający” utrzymywały się jeszcze w ciągu 14 dni, co zmusiło nas do ponownego stosowania surowicy trzykrotnie w ilości 10, 20, i 20 tys. jedn.

W danym przypadku trudno ocenić, co było przyczyną usunięcia grożącej życiu dziecka duszności, pierwsze 3 zastrzyki penicyliny, czy też wprowadzenie intubatora. Skłonni jesteśmy raczej poprawę przypisywać intubacji.

Ad VIII poza tym stosowaliśmy penicylinę w jednym przypadku bardzo **ciężkiego ropnego zapalenia okostnej szczęki dolnej**, gdzie zachodziła obawa posocznicy — z wynikiem bardzo dobrym, gdyż już po 12 godz. objawy miejscowe i ogólne zostały opanowane i stan dziecka uległ poprawie. Podano ogółem 100 tys. jedn.

Ad IX Stosowaliśmy penicylinę w jednym przypadku **szkarlatyny** u dziecka chorego równocześnie na **dur brzuszny**. W przypadku tym współistnienie dwu spraw chorobowych utrudnia wyciągnięcie właściwych wniosków, co do działania penicyliny w przebiegu szkarlatyny.

Ad X w jednym przypadku uporczywej czy-

rakowatości zaobserwowaliśmy dodatni wpływ penicyliny na likwidację sprawy chorobowej. Jednak nie traktowaliśmy tej sprawy wyłącznie penicyliną, gdyż korzystaliśmy z penicyliny, pozostającej z leczenia innych przypadków, stosując jednocześnie kurację sulfamidową, bódźcową itp., co do pewnego stopnia zaciemniło obraz spostrzeżeń.

Reasumując nasze skromne dotychczasowe obserwacje na podstawie wyżej wymienionych i opisanych przypadków, doszliśmy do wniosków następujących.

I. Penicylina u dzieci winna być stosowana

w dawkach dużych, gdyż małe dawki przedłużają okres leczenia.

II. Ujemnego ubocznego działania penicyliny przy stosowaniu u dzieci nie zaobserwowaliśmy.

III. Penicylina stosowana domięśniowo nie daje nacieków.

IV. Najlepsze wyniki leczenia osiągnęliśmy w płatowym zapaleniu płuc, ropniaku opłucnej i rzy.

Uważamy za swój obowiązek podziękować pełnomocnikowi P. C. K. na Okręg Śląsko-Dąbrowski Dr. A. Schebeście za umożliwienie nam poczynienia wyżej podanych obserwacji.

Rak pierwotny wątroby i jego histogeneza

Podał

Prof. Dr Kazimierz Opoczyński

Z Prosektury Szpitala Krajowego w Cieszynie

Orth tak pouczał studentów: Jeżeli rozpoznajecie raka wątroby, to przede wszystkim myślcie, że on jest wtórny i skrzętnie szukajcie, gdzie mógłby się znajdować nowotwór pierwotny. Tylko wtedy, kiedy odrzucicie z zupełną pewnością podejrzenie na istnienie tego pierwotnego ogniska, możecie się czuć upoważnieni do rozpoznania raka pierwotnego.* Ta przestroga **Ortha** przed pochopnym rozpoznawaniem raka pierwotnego wątroby jest spowodowana jego względną rzadkością w porównaniu z rakiem wtórnym, przerzutowym.

Rak pierwotny wątroby według jednych jest rzadkim, nawet niezmiernie rzadkim schorzeniem, według innych względnie rzadkim. Względnie, bo samo pojęcie rzadkości w stosunku do anatomiczno - patologicznych spostrzeżeń jest pojęciem względnym. A to dlatego, że rzadkość jakiegoś zjawiska jest do pewnego stopnia uzależniona od liczby spostrzeżeń, w danym przypadku od liczebności materiału sekcyjnego. Rzecz prosta, że im większa jest liczba sekcji, tym prawdopodobnie większa jest możliwość natrafienia na rzadko spotykane schorzenie. Jak we wszystkich sprawach, zresztą, odgrywa tu rolę przypadek. Tak, na przykład, przy bardzo skąpym materiale sekcyjnym w Wileńskim Zakładzie Anatomii Patologicznej trafił mi się jeszcze rzadszy od pierwotnego raka przypadek pierwotnego mięsaka wątroby, który został opublikowany w swoim czasie. Z powodu względnej rzadkości pierwotnego raka wątroby, wiele spraw teoretycznej natury, związanych z tym schorzeniem pozostało niewyjaśnionych, jeżeli więc opisuję przypadek pierwotnego raka wątroby rozpoznanego w prosektorium Szpitala Krajowego w Cieszynie, to mniej mam na celu kazuistykę, niż zagadnienia histogenezy i rozwoju tkanki nowotworowej tego pierwotnego nowotworu.

Opisywany przypadek, który posłużył jako wyjściowy punkt dla tych rozważań, dotyczy zmarłej w Szpitalu Krajowym w Cieszynie 4.XII.

* Berl. Klin. Woch. 1917, nr. 5

1945 r. kobiety lat 48, Heleny C., z zawodu pomocnicy domowej. Sekcji dokonano po upływie 3 godzin po śmierci. Przytaczam w skrócie niektóre dane ze spostrzeżeń sekcyjnych: Zwłoki bardzo wychudzonej kobiety wzrostu 148 cm. Jama brzuszna zawiera około 1 litra płynu surowiczego. Serce wielkością odpowiada wielkości pięści zmarłej, prawa komora w rozkurczu, lewa w stanie skurczu; tętnice wieńcowe na powierzchni serca przebiegają wężykowato, kilka niedużych plam ścięgnistych. W obydwóch komorach skrzepy krwi, zastawki gładkie, wiotkie, lśniące. Płuca nieduże, powierzchnia ich gładka, błada na przekroju różowa, tkanka bez stwardnień, z przekroju przy ucisku wydziela się obficie płyn przesiekowy. Węzły chłonne wętkowe duże, twarde, na przekroju barwy białej, obficie zapylone. Śledziona dość duża, powierzchnia barwy fioletowej, turekka nieco marszczy się, na przedniej powierzchni miejscami zgrubiała i zmętniała, na przekroju barwy czerwonej miąższość na nożu pozostaje dość obficie. Śluzówka jelita cienkiego ma barwę białawą, grubego — szarawą. Żołądek nieduży, śluzówka jego barwy szarawej, bez jakichkolwiek śladów owrzodzeń lub nowotworów. Śluzówka dwunastnicy barwy różowo-szarej. Brodawka Vatera przepuszcza do dwunastnicy zawartość pęcherzyka żółciowego — gęsta ciemną żółć. Węzły chłonne, znajdujące się koło wątroby i trzustki są twarde, dość duże, na przekroju barwy białej. Trzustka ma budowę zrazikową, jest spoista, bez zmian nowotworowych. Wątroba duża, waży 2530 gr., twarda jak chrząstka, w lewej swojej połowie przyrośnięta do przepony; powierzchnia prawej połowy gładka barwy brunatnej. Na lewym zrazie widoczne są guziki białawe wielkości ziarna prosa do wielkości ziarna pieprzu. Po rozcięciu wątroby w poprzek stwierdza się obecność nowotworu, zajmującego 2/3 narządu. Nowotwór ten jest twardy, spoisty, ma zabarwienie białe, różniące się od tkanki wątrobowej brunatnej. Wszelki ślad miąższu wą-

troby w miejscu jego rozrostu znikł, a tylko powierzchnia jego jest pokryta cienką warstwą tkanki wątrobowej (ryc. I).



Ryc. I. Poprzeczny przekrój wątroby. Z prawej strony preparatu nowotwór, z lewej niezmieniony czynny miąższ wątroby

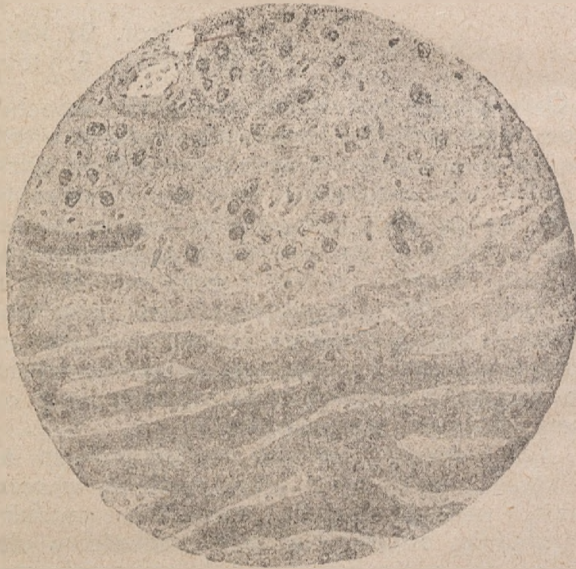
W pozostałej prawej trzeciej części wątroby nie przerosniętej przez nowotwór, budowa narządu ma wygląd zwykły, prawidłowy. Miąższ nie ma zabarwienia żółtaczkowego, jak zresztą nie ma ogólnej żółtaczki często towarzyszącej sprawom nowotworowym, toczącym się w wątrobie. Pęcherzyk żółciowy jest nieduży, wypełniony żółcią, nie nosi w sobie żadnych śladów rozrostu nowotworowego. Nadnercza mają istotę rdzeniową szeroką, barwy brunatnej, istota korowa jest wąska o zabarwieniu żółtym. Nerki są nieduże, torebka ściągga się łatwo, powierzchnia biała z wyraźnie zaznaczonymi bruzdami embrionalnymi, na przekroju zabarwiona czerwono; istota korowa odcina się wyraźnie od istoty rdzeniowej. Język ma powierzchnię gładką, aparat chłonny miernie rozwinięty. Migdałki



Ryc. II. Skrawek z pogranicza tkanki normalnej wątroby. Widoczny jest związek pomiędzy beleczką wątrobową a odróżnicowanymi komórkami nowotworowymi. Reichert. obi. 45 oc. 5.

w zaniku. W przełyku, krtani, tchawicy i w oskrzelach nie ma żadnych objawów nowotworowych.

Badanie histologiczne nowotworu wątroby wykazało: w wycinkach wziętych ze środka-wych części nowotworu stwierdza się zupełną martwicę: masy bezkształtne zajmują pola widzenia i tylko gdzieś widoczne są cienie komórek wątrobowych i nowotworowych. Im bliżej ku obwodowi, tym napotyka się na lepiej zachowaną tkankę nowotworową. W badaniu mikroskopowym wycinków, w których znajdują się dobrze zachowane, nie będące w stanie martwicy komórki nowotworowe, widać, że są one miejscami z budowy swojej jak by na pograniczu pomiędzy komórkami wątrobowymi, a atypowymi. Znalazłem w preparatach takie miejsca, gdzie komórki zmienione, atypowe, no-



Ryc. III. Przerzut nowotworu do węzła chłonnego: komórki nowotworowe miejscami zachowują układ beleczkowaty, będąc w stanie znacznego odróżnicowania. Z prawej strony ryciny martwica, cienie komórek bezjadrzaste, w niektórych zanikające piknotyczne jądra. Reichert. obi. 45 oc. 5.

wotworowe są w bezpośrednim związku z beleczkami wątrobowymi, od nich pochodząc (Rys. II). Z tych obrazów można wywnioskować, że komórki wątrobowe pod wpływem pewnych czynników rakotwórczych odróżnicowują się, inaczej mówiąc rakowacieją. Odróżnicowanie to odbywa się stopniowo; w początkowych okresach komórki nowotworowe zachowują protoplazmę zbliżoną do normalnej protoplazmy komórki wątrobowej i tak się barwią, jak normalne komórki. W rozroście swoim nowotworowym układają się one beleczkowato, zachowując tę jeszcze zwykłą dla nich właściwość, co nawet zauważyć się daje w przerzutach do węzłów chłonnych (Ryc. III). W miejscach, gdzie się jeszcze bardziej odróżnicowują bardziej rakowacieją, protoplazma ich staje się przejrzysta, jak w komórkach pokrywających w ogóle, a w przewodnikach żółciowych w szczególności. Rozrastają się one wówczas bezładnie a jądra ich przybierają coraz to nieprawidłowsze, niekiedy dziwaczne kształty. Zresztą już od samego począt-

ku procesu nowotworowego odróżnicowywania się komórek wątrobowych zdobywają one znacznie większą ilość chromatyny w jądrach, które stają się większe; nie zachodzą w nich jednak w tym początkowym okresie mitotyczne podziały, nie widziałem bowiem tego zjawiska, prawdopodobnie jednak zachodzi ono dopiero w komórkach z daleko posuniętym odróżnicowaniem.

Wzięte do zbadania cząstki tkanki z nienaruszonej przez sprawę nowotworową prawej trzeciej części wątroby (Ryc. I) wykazują wybitną hipertrofię komórek: są one duże, a więc i beleczki przez nie utworzone są szerokie, co powoduje zwężenie szczelin pomiędzy nimi naczynek włosowatych, znajdujących się w tych szczelinach. Żadnego śladu rozrostu tkanki łącznej pomiędzy zrazikami nie ma. W triadzie naczyń przewodów żółciowych i tętniczkach nie wykazują zmian, natomiast przekroje żył międzyzrazikowych dowodzą trudności odpływowych dla krwi systemu wrotnego, gdyż żyłki te są wybitnie rozszerzone i wypełnione elementami krwi. Widoczne jest, że zmniejszona ilość tkanki wątrobowej, z powodu rozrostu nowotworu zajmującego 2/3 narządu, pomimo tego jeszcze jednak zdolna do czynności, nie może przepuścić napływającej z trzewi krwi, skutkiem czego zachodzi tu mechaniczne rozszerzenie rozgałęzień żyły wrotnej. Stąd też pochodzi puchlina brzuszna. W jednym ze skrawków wziętych z pogranicza pomiędzy tkanką zdrową i nowotworową znalazłem ognisko nowotworowe w torebce Glissona pomiędzy zrazikami: komórki tu rozrastające się, znacznie odróżnicowane, są wyraźnie odgraniczone jakby cienką torebką; można przypuścić, że rozrost ten odbywa się w rozgałęzieniach żyły wrotnej, a mianowicie w żyłce międzyzrazikowej. W nowotworze nie ma rozrostu dróg żółciowych i nowotwór na pewno nie ma wyjścia z tych dróg.

W węzłach chłonnych węnkowych i przywątrobnych stwierdzono przerzuty. Węzły są zupełnie zmienione, tylko z torebki i rozrzuconych w tych lub innych miejscach skupień limfocytów, można rozpoznać, że ma się z węzłem chłonnym do czynienia. Jak widać na ryc. III komórki nowotworowe jeszcze utrzymują zdolność do układania się rzędami w postaci beleczek. Protoplasma ich jeszcze barwi się dość mocno eozyną, jądra są duże, większe niż w normalnych komórkach wątrobowych. Miejscami komórek tworzą skupienie rozlane, beładnie rozrastającego się nowotwora. Nigdzie nie zauważyłem wytwarzania przez komórki nowotworowe żółci. Komórki są niedługowieczne i giną masami, widoczne są całe pola widzenia pokryte ich trupami. W niektórych jeszcze widać rozpadające się, zageszczoną, w stanie piknozy będące, jądra (ryc. III).

Ponieważ podczas sekcji nigdzie, przy bardzo skrupulatnym poszukiwaniu specjalnie zwróconym ku wykryciu pierwotnego ogniska w jakimkolwiek narządzie, z którego mogłby powstać przerzut do wątroby, nie stwierdzono go, przeto ma się prawo do rozpoznania raka pier-

wotnego. A potwierdzeniem tego są pewne objawy, które towarzyszą takim rakom pierwotnym, a mianowicie, ograniczony w wątrobie guz pierwotny, brak przerzutów do sąsiednich narządów, jeżeli nie liczyć przerzutów do węzłów chłonnych okołoskrzelowych i okółątrobowych, brak żółtaczkii ogólnej. Ze stanowiska kazuistyki ten nowotwór jest ciekawy z tego względu po pierwsze, że rozrósł się z lewego płata wątrobowego, wówczas gdy częściej rozrost jego obejmuje prawy płat, a po drugie, że rak wytworzył się w wątrobie, nie będącej w stanie marskości. A więc względnie rzadkie zjawisko raka pierwotnego wątroby może dawać obrazu anatomiczno - histologiczne, które wśród względnie rzadkich raków bywają bardziej lub mniej rzadkie. I tak jest w rzeczywistości: rak rakowi nie równy.

Do częstszych wśród pierwotnych raków wątroby należą nowotwory wychodzące z komórek dużych przewodów żółciowych we wrotach wątroby będących, ale jeszcze wewnątrz wątroby. Te jednak, zgodnie z poglądami autorów, między innymi **Bendy**^{*)} nie powinny być zaliczane do raków wątroby w ścisłym znaczeniu. Do raków wątroby, według **Bendy**, należałoby zaliczyć takie nowotwory, które rozwijają się z samego miąższu wątrobowego, lub te, które są gruczolakorakami albo gruczolakami złośliwymi, rozrastającymi się z przewodów żółciowych. Według **Bendy** te raki mają taką właściwość, że prawie zawsze przyłączają się do marskości wątroby i wskutek tego należą do specjalnego typu tych nowotworów, w których stwierdza się u chorych dość silną żółtaczkę i wybitnie silną marskość wątroby. Wątroba miewa zupełnie zielone zabarwienie i rozrost rakowy rozprzestrzenia się we wszystkich kierunkach, wskutek czego granice nowotwora są zatarte, a stopniowe przejścia w tkankę wątrobową wyglądają już zupełnie inaczej, niż nowotwory przerzutowe, które przeważnie są wyraźnie odgraniczone i leżą na powierzchni narządu. Jeżeli zbadać pod mikroskopem taki nowotwór, to widzi się, że on jest utworzony z komórek wątrobowych. Komórki nowotworowe wątrobowe ze względu na budowę jąder i ziarnistości protoplazmy mają tak charakterystyczny wygląd komórek wątrobowych, że można je uznać za takie. **Benda** mówi, że takie nowotwory przez niektórych, między innymi przez **Ribberia**, nie są zaliczane do raków. Uważa to jednak za niewłaściwe i niesłuszne, gdyż dają one przerzuty, jak raki. Bo choć właśnie w rakach wątroby przerzuty zdarzają się rzadko, to jednak najczęściej widzi się je w płucach i w kościach. **Orth** nazwał w swoim podręczniku tę postać raka **cirrhosis carcinomatosa**. Bez wątpienia w tym schorzeniu marskość jest sprawą pierwotną, do której dopiero później przyłącza się rozrost rakowy. Wiadomą jest rzeczą, że często w wątrobie marskiej pojawiają się zmiany przerostowe kompensacyjne. W tych przypadkach można niekiedy w mikroskopowym badaniu znaleźć

^{*)} Berl. F. Woch. Nr. 5 1917

przejdzie od przerostu do nowotworu — gruczolaka. Mogą się wtedy wytwarzać przerzuty do innych narządów, i to jest najlepszy dowód złośliwości nowotworu. A co jest zadziwiające, to zdolność w tych komórkach przerzutowych do produkowania żółci. Zjawisko to, zdaniem **Ortha**, jest najlepszym dowodem, że to są nowotworowo zmienione prawdziwe komórki wątrobowe, gdyż inne nie wątrobowe komórki nie umieją produkować żółci.

Opisany wyżej przeze mnie rak rozrósł się w wątrobie, nie będącej w stanie marskości, nie jest żółtaczkowo zabarwiony a więc etiologia jego jest inna, niż tych rodzajów raków, o których mówi **Benda**. Jest jednak pochodzenia z komórek wątrobowych.

Takie raki z komórek wątrobowych zbudowane nazywa się **hepatomami** — **wątrobiakami** w odróżnieniu od raków powstających z rozrostu nabłonków wyściełających przewodniki żółciowe znajdujące się wśród mięszu wątrobowego. **Goldzieher** zaproponował dla raków z komórek wątrobowych utworzonych nazwę **carcinoma hepatocellulare** a dla raków z przewodów żółciowych, które nazywają **cholangiomami** — **carcinoma cholangiocellulare**. Poza tymi dwiema zasadniczymi postaciami istnieje postać pośrednia, którą nazwać można **hepatocholangioma**. Ze względów histologicznych ten podział wmieści w sobie wszystkie postaci raków pierwotnych, które anatomicznie, makroskopowo, mają rozmaity wygląd, a więc nowotworu rakowego masywnego, guzowego i raka z marskości wątroby. Zresztą podział ten anatomiczny jest różny u różnych autorów, nie będziemy go tu omawiali, szczegóły dotyczące tego zagadnienia znajdują się bowiem w podręcznikach anatomii patologicznej.

W zagadnieniu pierwotnego raka wątroby sprawa jego histogenezy jest najciekawsza. Nie znalazłem w dostępnym mi piśmiennictwie takich opisów, które by kwestię tę dokładnie sprecyzowały. Trudności rozwiązania nasuwających się pytań przede wszystkim polegają na tym, że badania raka pierwotnego są dokonywane na sekcyjnym, trupim, materiale. W tym materiale nawet w razie szybszego niż w przepisany terminie dokonania sekcji, takie nadzwyczaj ważne dla histogenezy zjawiska, jak karyokineza, nie może być zbadana, bo zazwyczaj w materiale trupim jej już nie widzimy. Nie spotkałem w żadnym z opisów pierwotnego raka — hepatomatu — wyjaśnienia na histologicznym badaniu opartego, w jakim stanie tych komórek wątrobiaka, pozostających bądź co bądź komórkami wysokiego zróżnicowania, bo przecież, jak podają autorzy, wytwarzają one żółć nie tylko w samym guzie, lecz nawet w przerzutach, zauważa się figury podziału ich jąder? Teoretycznie rozważając tę sprawę, trzeba przypuszczać, że komórki te muszą się znacznie odróżnicować, utracić czynności właściwe dojrzałym komórkom, i dopiero wtedy dzielić się, rozmnażać i spowodować rozrost nowotworu. W badaniach moich cytologicznych nad zmianami w budowie komórek naskórka pod wpływem smołowania

w rakach eksperymentalnych, zauważyłem, że te komórki nabłonkowe naskórka, które znajdują się w stanie podziału mitotycznego z wyglądu swojego różnią się od innych komórek nowotworu, będących już w stanie spokoju, nie tylko morfologią jądra, lecz również odmienną postacią protoplazmy. Mianowicie, protoplazma tych komórek mnożących się, przeźroczysta nakołto jądra w stanie mitozy będącego, ku obwodowi wykazuje drobną ziarnistość w postaci punkcików, barwiących się specjalnymi metodami. Ziarenka te są z natury mitochondrialnej i z nich przy wyróżnicowaniu się wytworzą się włókienka protoplazmatyczne komórek nabłonkowych naskórka. Kiedy to się stanie, to komórki są na tyle dojrzałe, że przestają się dzielić. Jeżeli to dotyczy tak nisko zróżnicowanych elementów jak nabłonki pokrywkowe, to cóż dopiero mówić o komórce wątrobowej? Przecież normalna komórka wątrobową jest po komórce nerwowej jedną z najwyższej wyróżnicowanych komórek organizmu o protoplazmie utworzonej z częsteczek białkowych bardzo złożonych: wytwarza ona przecież szereg najrozmaitszych fermentów, wydziela substancje hormonalne, magazynuje cukier, wytwarza żółć. Tak zróżnicowana komórka nie może się łatwo dzielić, zgodnie z prawem natury, które głosi, że rozmnażalność komórek jest odwrotnie proporcjonalna do ich zróżnicowania. Widzi się to zresztą w procesach regeneracyjnych: po uszkodzeniu tkanki wątrobowej odnowa mięszu, jeżeli zachodzi, to w rozmiarach bardzo skąpych a polega na zamieszczeniu ubytku przez mniej wymagającą i z natury mniej zróżnicowaną tkankę łączną, wśród której zachodzi nieraz silnie wyrażone rozmnażanie się również mało zróżnicowanych komórek nabłonkowych, wyściełających przewodniki żółciowe. W marskości wątroby typu **Laënneca**, w którym to schorzeniu zdarza się najczęściej rozrost rakowy, jak wykazuje statystyka i wyżej wspomniane wywody **Bendy**, rak pierwotny wątroby może się pojawiać z dwóch źródeł:

1) z komórek wątrobowych, ulegających odróżnicowaniu, wskutek czego rozrasta się rak wątrobowokomórkowy (**carcinoma hepatocellulare**),

2) z komórek przewodów i przewodników żółciowych, które spowodują **carcinome cholangiocellulare**. W tej postaci raka komórki nabłonkowe przewodników żółciowych mogą pozostać na najniższym stopniu zróżnicowania, albo mniej lub więcej dojrzewać, stając się bardziej podobne do wątrobowych, i wtedy rak z nabłonków przewodów pochodzący nabiera wężenia wątrobiaka. Wszystko to układałoby się bardzo gładko i logicznie, gdyby nie pewne zastrzeżenia natury embriologicznej, które tu pokrótce omówię.

Istnieją dwa poglądy na rozwój embrionalny wątroby: jeden z nich przyjęty ogólnie, od dawna umieszczany w podręcznikach, polega na tym, że zarówno komórki wątrobowe jak i komórki przewodów żółciowych są pochodnymi entodermy. A mianowicie zawiązek wątroby powstaje jako płytka zbudowana z komórek na-

blonka entodermalnego w przedniej ścianie jelita. Płytką przekształca się w woreczek, który wrasta w mesogastrium ventrale. Z kranialnej części woreczka wypączkowują beleczki komórkowe, rozrastając się obficie w oczkach sieci naczyń, powstających z żył pęcherzyka żółtkowego. Z pasm komórek entodermalnych wytwarzają się zarówno nabłonki przewodów żółciowych, jak i komórki wątrobowe. Z mezenchymy powstają w narządzie tylko naczynia krwionośne i części łącznotkankowe. Z tego więc można wyprowadzić wniosek, że komórki nabłonkowe przewodów żółciowych są niedoszłymi, niedorozwiniętymi, nieodróżnicowanymi komórkami wątrobowymi.

Nic więc dziwnego, że w regeneracji, która jest niezupełna z powodu wysokiego wyróżnicowania komórek wątrobowych zamiast nich, rozmnażają się obficie te niedoszte komórki wątrobowe, komórki przewodów żółciowych, skłonniejsze do rozmnażania się.

Drugi pogląd, który wymaga jeszcze potwierdzenia, który nie otrzymał jeszcze praw obywatelskich w embriologii, ale na który jednak powołują się w sprawach histogenezy raka pierwotnego wątroby, polega na tym mniemaniu, że miąższ wątroby pochodzi z dwóch listków zarodkowych, a mianowicie, z mezenchymy, nabłonki zaś przewodników — entodermi. Jeżeli tak jest, to w takim razie pomiędzy tymi dwoma rodzajami komórek, produkującymi i pokrywającymi, nie istnieje pokrewieństwo i raki wątrobokomórkowe są czymś zupełnie innym, niż raki przewodokomórkowe, bo pochodzą z różnych listków zarodkowych. Nie mogę się wypowiedzieć za tą drugą teorią, dotyczącą tak odmiennego poglądu na histogenezę wątroby, nie mam bowiem w tej sprawie osobistego doświadczenia, a przy tym brak szczegółowego piśmiennictwa w tej sprawie stwarza lukę w rozważaniach teoretycznych. Z drugiej strony współpraca komórek wątrobowych z komórkami **Browicza** — **Kupffera**, stwierdzona przez **Browicza** w wytwarzaniu żółci, nie stałaby w sprzeczności z pewnymi nowymi poglądami o pochodzeniu komórek wątrobowych, a rozwój części wydzielniczej narządu z innego zaczątku, niż drogi wyprowadzające, nie byłby zbyt zadziwiający, gdyż takie zjawisko znane jest w innym przypadku, mianowicie w nerce, gdzie te dwie składowe części narządu, co prawda pochodzące z jednego listka — mezodermi — taki właśnie wykazują rozwój.

Kwestia histogenezy komórek hepatomatu i cholangiomatu była poruszana na 24-ym posiedzeniu Niemieckiego Towarzystwa Patologów w dyskusji, która wywiązała się po referacie **Orsósa*** na temat „o pierwotnym raku wątroby”. W referacie swoim **Orsós** opisując przypadki wątrobiaków oparł histogenezę tych nowotworów od nabłonków przewodów żółciowych. Rak wątrobokomórkowy, według jego poglądów, powstał z rozrastających się komórek nabłonkowych przewodów żółciowych, które się różnicowały i dojrzewały do takiego wyglądu cy-

tologicznego, że stały się podobne do komórek wątrobowych. Zachodziło więc tu różnicowanie komórek „wstępujące”. Można przecież traktować tę sprawę odwrotnie — komórki hepatomatu mogły się odróżnicować — czyli zachodziłoby tu różnicowanie „zstępujące”. Tak, jak wstęga kinowa, którą można wyświetlić na ekranie zarówno w jednym jak i w odwrotnym kierunku. Zrozumiałą jest rzeczą, że jeżeli raki wątrobokomórkowe wytwarzają się z innego listka zarodkowego, niż drogi żółciowe, to przekształcanie się tych komórek jedne w drugie nie ma miejsca. I słusznie powiada **Orsós**: „jeżeli nowoczesny pogląd o mezenchymatycznym pochodzeniu komórek wątrobowych, a więc rozwój wątroby z dwóch załączków miałby się sprawdzić, to okoliczność ta nie mniej utrudniałaby wyprowadzenie pochodzenia hepatomatu od dróg żółciowych, niż przeciwny pogląd, a mianowicie, pochodzenie walcowatokomórkowych przewodów żółciowych od nowotworowych komórek wątrobowych, pogląd, jak wiadomo przez wielu podtrzymywany”.

W dyskusji która się wywiązała po referacie, zabrali głos **Benda** i **Goldzieher**. **Benda** powiedział, że na podstawie swoich spostrzeżeń, dokonanych na licznych takich hepatomatach, nie może się zgodzić z poglądem referenta, że z komórek wątrobowych składające się guzki rozwijają się z rozrostu dróg żółciowych, poglądem, który jest sprzeczny spostrzeżeniom embriologiczno - rozwojowym, jak również zjawiskom reneracyjnym. Daleko prawidłowszy jest pogląd, że komórki wątrobowe same rozrastają się nowotworowo, tym bardziej, że można zauważyć wszystkie przejściowe postacie od hyperplazji, przez guzki gruczolakowe do wyraźnych guzów rakowych, kiedy się one w wątrobach marskich, ulubionym miejscu tych nowotworów, wytwarzają wieloogniskowo.

Goldzieher również zaprzecza zapatrywaniom **Orsósa** o stosunkach histogenetycznych pierwotnych raków wątroby do dróg żółciowych, gdyż nie zgadzają się one z jego spostrzeżeniami. **Goldzieher** z naciskiem twierdzi, że raki hepatomaty rozrastają się z komórek miąższowych wątroby, ale że z drugiej strony drogą odróżnicowywania się komórek wątrobowych powstają podobne do przewodów żółciowych twory, z których znowu, regeneracyjnie, może roznąć się tkanka wątrobowa. Z takich tworów mogą się rozrastać raki podobne do cholangiomatów. Nie wynika jednak z tego, że z nabłonków dróg żółciowych nie mogą wytwarzać się samorzutne raki pierwotne-cholangiomaty.

Na podane tu w prawie dosłownym tłumaczeniu poglądy wymienione uczonych, odpowiedział **Orsós**, że przede wszystkim nie odrzuca możliwości wytwarzania się pierwotnego raka wątroby z tkanki wątrobowej, jednak w przypadkach przez niego spostrzeganych wieloogniskowe rozmnażanie się przewodów żółciowych okazało się macierzą dla rozrostu hepatomatu. Na szeregu seryjnych skrawków przekonał się o zachodzącym wstępującym różnicowaniu się komórek albo o ich rozwoju. Przeciwnie

* Nesh. i Dent. Path. Ges. 1929, str. 271.

bowiem temu mniemanie byłoby podobne do tego „jak by ktoś chciał rozwój drzewa przypisać liściom”.

Jeżeli przedstawiłem tu dyskusję pomiędzy, być może, jednymi z najlepszych znawców poruszanego w tym przyczynku zagadnienia, to dlatego aby dać ilustrację do niego, a przy tym aby podkreślić, iż pozostaje ono niezgodnione i zasługuje na dalsze wysiłki do jego wyjaśnienia.

Powracając do analizy własnego przypadku podanego na początku tych rozważań, przechodzę do wniosku, że obserwowałem rak wątrobowokomórkowy (carcinoma hepatocellulare) różniący się zstępująco, czyli odróżnicowujący się. W dobrze znanym piękny, choć w dobie obecnej w niektórych swoich działach przestarzałym podręczniku anatomii patologicznej **Dmochowskiego**, na str. 798 drugiego tomu podany jest rysunek (fig. 377) wykonany z preparatu własnego autora podręcznika: na tym rysunku widoczne jest bezpośrednie przekształcanie się komórek wątrobowych w nowotworowe. A więc z tej strony mój przypadek jest niczym nowym. Na pewno rak ten wątroby nie pochodzi z komórek przewodów żółciowych, które za-

chowują się spokojnie, nie zwiększając się w liczbie i nie wykazując tendencji do rozrostu swoich nabłonków.

Ale raki te wątrobowokomórkowe bez udziału przewodów żółciowych jakże wspaniałymi są obiektami do wysnuwania szerszych wniosków teoretycznych o rozroście nowotworowym, który zachodzi wieloosrodkowo! Jakże tu potwierdzenie istnienia substancji rakotwórczych chemicznych wytwarzających się, właśnie w obrębie samego narządu, powodujących rozrost rakowy poprzedzony odróżnicowaniem komórek tegoż samego narządu pod wpływem tych substancji. Nie chcę zapuszczać się w szczegóły, które same się tu napraszają w związku ze współczesnymi pojęciami i teorią o istocie i przyczynie raka. Histogeneza nowotworu rakowego wątroby pierwotnie się rozrastającego potwierdza poglądy, które drogą eksperymentu we współczesnych badaniach rzuciły światło na tę sprawę. Jest to więc jakby eksperyment dokonany przez samą naturę ku potwierdzeniu tych wywodów, które zostały uzyskane na podstawie doświadczalnego wprowadzania do organizmu substancji rakotwórczych.

Wady rozwojowe przewodów żółciowych

Podał

Ordynator Dr. Józef Tomaszewski

Zabrze

Opisując przypadki wrodzonego zwężenia, niedrożności lub zupełnego braku przewodów żółciowych i woreczka żółciowego u niemowląt należałoby według Wetha i Benekego, którzy zebrali i opisali w piśmiennictwie około 90 przypadków, podzielić je na:

- 1) niedrożność wspólnego przewodu żółciowego tylko w dolnych częściach
- 2) niedrożność przewodu żółciowego wspólnego i wątrobowego w całości
- 3) niedrożność zupełna wszystkich przewodów żółciowych wraz z pęcherzykiem żółciowym
- 4) niedrożność przewodów poza — i wewnątrz wątrobowych przy zachowanym lub zarośniętym pęcherzyku żółciowym
- 5) niedrożność przewodu wątrobowego, przy czym pęcherzyk żółciowy pozostaje w całości z dwunastnicą.

Według Benekego najczęściej spotyka się brak wspólnego przewodu żółciowego, podczas gdy inne wady rozwojowe znacznie rzadziej. Każdy z tych przypadków jest ciekawy, gdyż patogeneza tej zmiany nie jest dotąd jeszcze wyjaśniona.

Dzieci dotknięte tą wadą umierały zwykle już w kilka dni po urodzeniu, niekiedy żyją nawet kilka miesięcy i mają najczęściej wybitną żółtaczkę.

Należy więc rozważyć, jakie jest pochodzenie omawianych zmian, czy jest to pierwotna

wada rozwojowa, czy też zmiana powstała na tle pewnych procesów patologicznych. Sprawa ta nie jest jeszcze rozstrzygnięta, a zapatrywania co do niej są różne i dlatego, zanim je rozpatrzymy, omówimy w krótkości rozwój embriologiczny przewodów żółciowych. Według najnowszych badań, szczególnie Brachet'a, zaczątki wątroby i dróg żółciowych powstają ze ściany uchyłka jelitowego. Z pierwszej części dogłowej jelita „pars hepatica” tworzą się drogi żółciowe, ze środkowej części bujają komórki wątrobowe miąższowe, w ogonowej zaś części uchyłka „pars cystica” ściana uchyłka jest gładka i wypuklając się wytwarza woreczek żółciowy, a w miarę rozwoju zwęża się część uchyłka, łącząca go z dwunastnicą i wytwarza wspólny przewód żółciowy.

O wrodzonym więc braku wspólnego przewodu pokarmowego nie można mówić, gdyż stanowi on pierwszą część uchyłka jelitowego, z którego wytwarza się wątroba, przewody żółciowe i pęcherzyk. Te właśnie poszczególne części mogą się później wcale nie rozwijać, albo tylko częściowo, albo też rozwinąwszy się — mogą znowu zaniknąć później. Co się tyczy zapatrywań, tłumaczących istotę i mechanizm powstawania zwężenia czy niedrożności dróg żółciowych, to z różnych punktów widzenia można by myśleć:

- a) o kile, jeszcze w okresie życia płodowego,
- b) jako następstwo bliżej nieznanego proce-

sów zapalnych, (Flebbe, Berend, Schueppel uważają, że zachodzi tu sprawa zapalna, wychodząca z przewodu pokarmowego — Frensdorf zaś mówi o zapaleniu na tle toksycznym w drogach okołozółciowych i w tkance okołowątrobowej, które przechodzi na drogi żółciowe),

- c) o pewnego rodzaju wstrzymaniu w rozwoju płodowym,
- d) według Elperin'a, Tandlera i Forsnera mamy tu do czynienia z bujaniem przybłonka przewodu żółciowego, aż do zarosnięcia tegoż.

Bodźcem bujania tkanki mają być wchłaniane jady, jako produkty rozpadu białka, przez uszkodzoną ścianę jelit — a tkanka wątrobową nie mogąc z powodu niedomogi czynnościowej sprostać zadaniu w niweczeniu tych jadów, broni się niejako zarosnięciem odpowiednich przewodów i rozrostem tkanki międzywątrobowej.

Jeśli chodzi o zwięźlenie lub niedrożność dróg żółciowych na tle kiły — to większość zapatrywań wypowiada się przeciw kile, a to z tego powodu, że u dzieci nie stwierdzono ani objawów przemawiających za kiłą, ani dodatniego odczynu Wassermana. Co się tyczy zapalenia, to Berend i Flebbe uważają, że zachodzi tu pierwotna sprawa zapalna, wychodząca z przewodu pokarmowego — inni jednak szczególnie Giese dopatrują się przyczyny zapalenia w nieprawidłowym składzie żółci — zaś Portal stwierdził kamienie żółciowe i im też przypisuje przyczynę zamknięcia przewodów żółciowych. W ostatnich czasach Frensdorf uważa, że powodem zaniku dróg żółciowych może być zapalenie około tych dróg — lub też około tkanki łącznej okołowątrobowej, które powstało po pierwotnym zapaleniu wątroby i dróg żółciowych i wskutek bliznowacenia i ucisku wywołało zwięźlenie dróg żółciowych.

Według Elperina, bujanie tkanki łącznej do około przewodów nie miało jednak w jego przypadku charakteru bujania zapalnego, tylko bujania zastępczego, na podstawie też czego Elperin odrzuca hipotezę Frensdorfa, podając nową myśl mianowicie, czy nie zachodzi tutaj mechaniczne odsznurowanie się wątroby od przymocowanej do kręgosłupa dwunastnicy z rościąganiem przewodów żółciowych tak dalece, że światło zostaje zamknięte.

Co się tyczy braku lub niedorozwoju woreczka żółciowego, to na podstawie rozwoju embrionalnego można przyjąć jego niewytworzenie się zupełne lub też częściowe.

W zespole objawów klinicznych mimo ich różnorodności, przejawia się kilka wspólnych, zasadniczych cech, które możnaby ująć w dwie grupy objawów: do pierwszej grupy zaliczyć należy bezpośrednie mechaniczne następstwa niedrożności głównych dróg żółciowych a to:

- a) marskość żółciowa wątroby wywołana wtórnie zastojem żółci,
- b) acholiczne stolce t. j. pozbawione barwików żółciowych.

Druga grupa łączy objawy, spowodowane wchłanianiem żółci do krwiobiegu. Wyrazem ich bywa:

- a) żółtaczka wrodzona, bądź to wkrótce po urodzeniu występująca, która utrzymuje się z małymi wahaniami aż do końca życia.
- b) wydzielanie barwików żółciowych w moczu,
- c) przewlekłe zatrucie żółcią, ujawniające się sennością, drgawkami i wymiotami — zaś na żółtej skórze liczne wybroczynki krwawe, jako dowód kruchości naczyń z powodu stanu septycznego, a przed zejściem krwawienie z błon śluzowych, jak z oka, nosa, jamy ustnej, odbytnicy i narządów płciowych.

Jeśli chodzi o stan ogólny dzieci dotkniętych taką wadą, to mogą się one rozwijać początkowo nieźle, zależnie od stopnia niedrożności, jednak zejście następuje zawsze najpóźniej do roku, zwykle wśród objawów choleмии, która jest dowodem czynnościowej niedomogi wątroby.

W zakresie przemiany materii występują szczególnie zboczenia w trawieniu tłuszczu, gdyż jak podaje Grosse, Parker i Ylppoe dziecko wyzyskuje spożyty tłuszcz tylko w 14%, w stosunku do normy 95—98%. Przypadki takie należą do rzadkości i w piśmiennictwie jest niewiele znanych i opisanych, gdyż schorzenie tego rodzaju albo kończy się śmiercią w pierwszych dniach po urodzeniu się dziecka, nie dostając się w ręce lekarza — z powodu braku opieki nad noworodkiem lub, o ile rodzi się w domu, to umiera bez ustalonego rozpoznania.

Przypadek, który podam kolegóm do wiadomości jest drugim przypadkiem w piśmiennictwie polskim, ze względu zaś na niiezwykłe objawy kliniczne **pierwszym przypadkiem**.

Opis przypadku:

Noworodek płci męskiej żyjący dopiero 6 godzin.

Wywiady: Dziecko drugie, poród prawidłowy, urodzone w odpowiednim czasie. Dziecko pierwsze płci męskiej dwu i pół letnie jest zupełnie zdrowe. Karmione było 11 miesięcy piersią. Rodzice zdrowi — nie nadużywają napojów alkoholowych, ojciec pali wiele papierosów — z zawodu nauczyciel szkoły średniej. W czasie drugiej ciąży w VI-tym miesiącu matka przeszła grypę, następnie silne zaburzenia żołądkowo-jelitowe. Leczona była przez trzy tygodnie. Po ustąpieniu zaburzeń stan podgorączkowy 37 — 37 1/2 trwał 8 tygodni, po czym matka aż do czasu porodu czuła się zupełnie dobrze. Badający lekarz stwierdził u matki chroniczne zapalenie dróg miedniczkowo - pęcherzowych.

Stan obecny: Noworodek o wadze 2800 gr, długości 49 cm, si 31 cm, obwód czaszki 31 cm, klatki piersiowej 30 cm, jamy brzusznej 28 cm — o złym stanie odżywienia — Pelidisi 98 — śpi bez przerwy, ślacho od czasu do czasu krzyczy. Zabarwienie skóry wybitnie szafranowo-żółte — żółtaczka białkówek, jak również wy-

dzielina gruczołów łzowych żółtawo zabarwiona. Kościec prawidłowy, obrzęków skóry brak. Gruczoły pachwinowe drobne, macalne. Język suchy szorstki malinowo-czerwony. Płuca i serce bez zmian. Powłoki brzuszne niewzduęte, skóra na brzuszku pomarszczona, przy czym prześwieca siatka rozszerzonych naczyń żylnych. Wątroba powiększona, twarda, gładka, brzeg jej dwa palce poniżej łuku żeberowego macalny. Śledziona również powiększona, twarda o brzegu ostrym, 3 palce poniżej łuku żeberowego. Wszelkie odruchy bez zmian.

Było to wstępne badanie i na podstawie tego badanie ustaliłem rozpoznanie niejasnej etiologii: *Cirrhosis hepatis biliaris, obliteratio ductus choledochi et hepatici, cirrhosis lienis*". Przy dalszej 10-cio dniowej obserwacji stwierdziłem, że w pierwszych 7-miu dniach stolce były lekko ciemnawe — smółkowate, 8-go dnia jednak białawo-żółtawe o wyglądzie acholicznym. Mocz badany dopiero 3-go dnia był ciemno-brązowy, mętny o oddziaływaniu słabo kwaśnym, obfita ilość barwników żółciowych, brak białka, acetonu i kwasu octo- i octowego. Badanie moczu na kwasy aminowe wykazuje 0,2724 gr azotu aminowego na 1000 cm³. Określenie wykonano sposobem Soerensena. Badanie to przeprowadzono w pracowni chemii lekarskiej prof. Parnasa.

W osadzie kryształki szczawianów i moczanów amonowych, złuszczone nabłonki z dolnych dróg moczowych, brak wałeczków i ciątek ropnych.

Badanie krwi wykazało: Ilość czerwonych ciałek 6780 000, białych 12 000, obliczenie procentowe dało 71% wielojądrzastych, 19% limfocytów, 6% jednojądrzastych 4% myelocytów. Zawartość cukru we krwi 0,65%, odczyn Wassermanna tak u dziecka, jak u rodziców ujemny. Odczyn Pirqueta i Mantoux ujemne.

Zejsście w naszym przypadku nastąpiło w pierwszych 10-ciu dniach życia, mimo odpowiedniego żywienia, dobrego apetytu dziecka, braku objawów dyspeptycznych jak: częstych śluzowych lub strzelających stolców, a jedynie tylko z powodu nieobfitych wymiotów dziecko ubywało na wadze z każdym dniem od 40—120 gr i umarło nie z powodu żółtaczki, tylko dlatego, że bezpośrednią przyczyną śmierci ustroju było zrazikowe zapalenie płuc, częściowa ropowica ogólny stan septyczny i liczne krwawienia.

Badanie pośmiertne dało następujący wynik. Noworodek 10-cio dniowy. Rozpoznanie kliniczne: „*Cirrhosis hepatis biliaris, obliteratio ductus choledochi et hepatici, cirrhosis lienis, bronchopneumonia et septicaemia*”.

Sekcja: Noworodek wielkości odpowiedniej, o budowie prawidłowej, a lichym odżywieniu. Skóra wybitnie żółtaczkowo zabarwiona, ma rozległe plamy pośmiertne. Brzuch nieco wzdęty. W zakresie głowy i czaszki zmian nie stwierdza się. Opony mózgu są przekrwione, mózg zaś sam błady. Klatka piersiowa, grasica słabo rozwinięta, na opłucnej i osierdziu liczne wybroczynki krwawe. Płuca i mięsień sercowy —

blade żółtaczkowo zabarwione. Jama brzuszna: ułożenie trzew jest prawidłowe. Śledziona powiększona, torebka jej jest zgrubiała. Na przekroju śledziony widać znaczny rozrost tkanki łącznej, wskutek czego miąższ jest oporny, barwa jego zielonkawa. Nerki są blade, żółtaczkowo zabarwione, żółdek rozszerzony, błona śluzowa błada z licznymi wybroczynkami. Dwunastnica ma również błonę śluzową bladą, w jelitach i kiszki aparatu chłonnego jest wyraźnie widoczny, kał odbarwiony. Trzustka jest mała, błada i dość oporna. Wątroba jest nieco pomniejszona i oliwkowo-zielona. Torebka jej wykazuje zgrubienia i zmętnienia, powierzchnia wątroby na ogół jest gładka i okazuje tylko w miejscach wnikanía rozgałęzień żylnych nieznaczne pozaciągania — poza tym widać na dolnym brzegu płata prawego dwie głębokie bruzdy. Na powierzchni tylnej, w okolicy wnęki wątroby i w miejscu przebiegu naczyń i przewodów żółciowych oraz woreczką żółciowego uderza silny rozrost tkanki łącznej. Woreczek żółciowy przedstawia się jako pasemko tkanki łącznej. Przewód pęcherzykowy jest zupełnie zanikły. Przewody wątrobowe wchodzi do wnęki wątroby i tutaj gubią się wśród silnie rozwiniętej tkanki łącznej śródmiąższowej. Przewód żółciowy wspólny wchodzi do ściany dwunastnicy, która w tym miejscu zrosnięta jest z trzustką i gubi się wśród niej. Do brodawki Vater'a wchodzi tylko przewód trzustkowy. Badania drobnowidowe były zmienne od normalnych badań i na podstawie badania sekcijnego i drobnowidowego rozpoznano:

„*Cirrhosis biliaris hepatis, pericholangitis chronica sub sequente obliteratione ductus choledochi et hepatici. Cirrhosis pancreatis et lienis. Duodenitis chronica. Icterus et anaemia majoris gradus. Diathesis haemorrhagica. Bronchopneumonia ambilata*”.

Przypadek ten jest o tyle ciekawy, że jest jedyny i pierwszy w piśmiennictwie polskim, w tak wczesnym okresie opisany, po wtóre z powodu wystąpienia niezwykle objawów klinicznych zaraz po urodzeniu i później — skutkiem czego może nam dać dokładny obraz wrodzonej żółtaczki spowodowanej zarośnięciem wspólnego przewodu żółciowego. Inne przypadki dotychczas opisywane czy to przez Meyenburga, Ylppoe, Murchinsona, Ashley, Reussa, Langego, a w piśmiennictwie polskim przez Schusterównę ze stanowiska anatopatologicznego, a z klinicznego przez Heschelsa dotyczyły dzieci, które żyły 2—3, a nawet 7 miesięcy, sekcyja zaś wykazywała zarośnięcie przewodu wątrobowego, bądź pęcherzykowego, u Heschelsa zaś niedrożność przewodu wątrobowego z drożnością pęcherzykowego do dwunastnicy.

W naszym rozpoznaniu nie było od samego początku najmniejszej wątpliwości, że jest tu jakaś wrodzona wada rozwojowa w drogach żółciowych a po wykluczeniu gruźlicy — kiły wątroby — przychylił się do zdania, że wada dotyczy tylko niedrożności wspólnego przewodu żółciowego, za czym przemawiały

objawy kliniczne i co w zupełności zostało potwierdzone przez sekcję.

Streszczając zaznaczam:

- 1) u noworodka stwierdza się natychmiast po urodzeniu silne żółtaczkowe zabarwienie skóry, śluzówek i wydzielin ustroju,
- 2) liczne wybroczyny krwawe na skórze w różnych miejscach ciała trzeciego dnia po urodzeniu i krwawienia z błon śluzowych piątego dnia,
- 3) acholiczne stolce dopiero siódmego dnia po urodzeniu,
- 4) powiększoną wątrobę szczególnie po stronie lewej o twardym dość brzegu,
- 5) powiększoną śledzionę o silnie ostrym brzegu.

Na podstawie powyższych danych ustaliło się rozpoznanie: niedrożność wspólnego przewodu żółciowego i zatrucie ustroju barwikami żółciowymi, zaś przed zejściem dodatkowo ogólny stan septyczny i następne zrazikowe zapalenie płuc. Rozpoznanie powyższe w zupełności prawie potwierdziła sekcja, wykonana w zakładzie anatomo-patologicznym.

Congenital occlusion of the biliary ducts.

By

Dr. Joseph Tamaszewski

- 1) Marked icteric pigmentation of the skin, mucosa and excreta of a new-born child has been observed.
- 2) On the third day after birth numerous extravasations of blood were observed on various parts of the body, whilst bleeding from the mucous surfaces occurred on the fifth day.

3) Bile — free stools were not observed till the seventh day.

4) The liver was enlarged, particularly on the left side, and had a fairly hard edge.

The following diagnosis was placed on the basis of the above observations.

The common bile — duct is not open, when followed intoxication of the system by bile pigments. Before death, general sepsis with consequent alveolar pneumonia supervened. This diagnosis was confirmed by post mortem dissection carried out in the department of anatomical pathology, where occlusion of the hepatic and biliary duct together with a developed gall — bladder was found.

Piśmiennictwo:

1. **Beneke:** Marburg Programm 1907
2. **Theodor:** Angeborene Aplasie der Gallenwege 1909
3. **Reuss:** Pathologie d. Neugeb. Bd. VIII/2
4. **Fleise:** Stickstoff und Fett Stoffwechsel u. s. w. 1920
5. **Lindemann:** Zur Lebercirrhose im Säuglingsalter 1921
6. **Schusterówna:** W sprawie pochodzenia wrodzonego braku i t. d. 1925
7. **Gerhard:** v. der Weth: Ueber Kongenitalen Verschluss der Gallenausfuhrungsgeänge 1925
8. **Nebecourth i Janet:** Ictère congenital par absence decanal hepaticue survie de sept mois et demi 1922.
11. **Büzig:** Zur Lehre der ang. Versch. der Gallenwege 1936
12. **Cornelia de Lange:** Monatschr. f. Kld 1938.

Ostra niedomoga układu krążenia krwi w przebiegu chorób infekcyjnych w wieku dziecięcym

Podał

Dr. med. Józef Godlewski

Wrocław.

Schorzenia układu krążenia krwi u dzieci nie znalazły takiego oddźwięku w pediatrii, jakiego należałoby się spodziewać, sądząc po ich ważności i częstości występowania. Powszecnie panuje przekonanie, że układ sercowo-naczyniowy dziecka dzięki dużej sprawności serca nie łatwo daje się wciągnąć w proces chorobowy, toczący się w organizmie. Bezspornie, serce dziecka wykazuje większą sprawność niż dorosłego i pracuje w dogodniejszych warunkach dzięki całemu szeregowi właściwości morfologicznych i funkcjonalnych układu krążenia krwi. Masa serca w odniesieniu do wagi ciała jest większa u dzieci, niż u dorosłych, bogata sieć włósniczek stwarza korzystne warunki odżywcze dla mięśnia sercowego, światło tętnic i naczyń włosowatych jest szerokie, ściany naczyń krwionośnych posiadają znakomitą elastyczność, ustrój dziecięcy

przejawia dużą zdolność odnowy — oto ważniejsze atuty układu sercowo-naczyniowego dziecka. Niemniej jednak narządy krążenia zdradzają i niekorzystne cechy, wśród których na wyróżnienie zasługują bardzo pojemne rezerwoary krwi w obszarze nerwu trzewnego, mogące wyłączyć z obiegu pokaźną masę krwi, dalej nieukończony rozwój nerwów serca oraz często stwierdzana chwiejność układu nerwowego wegetatywnego, pociągająca za sobą zaburzenia krążenia krwi. Spośród innych nie sprzyjających właściwości wieku dziecięcego nadzwyczaj ważne znaczenie posiadają stanki immunobiologiczne, które rzucają dziecko na łup najróżnorodniejszych infekcji, pozostających w bezpośrednim związku przyczynowym z uszkodzeniem aparatu sercowo-naczyniowego.

Wielka zapadalność dzieci na choroby za-

dzienie, kosztem zmniejszonej w ten sposób kaźne i łatwość uszkodzenia toksycznego narządów krążenia są odpowiedzialne za powstawanie większości schorzeń serca i naczyń w wieku dziecięcym.

Choroby infekcyjne wysuwają się tym samym na czoło w szeregu przyczyn ostrej niedomogi układu krążenia krwi. O częstości występowania objawów ostrej niewydolności układu krążenia krwi w przebiegu chorób infekcyjnych u dzieci w porównaniu z etiologicznym znaczeniem innych schorzeń — świadczy następujące zestawienie:

Rodzaj schorzenia, będącego przyczyną ostrej niedomogi układu krążenia krwi	Ilość przypadków ostrej niedomogi układu krążenia krwi
Choroby infekcyjne	41
Schorzenia układu nerwowego	26
Zaburzenia odżywiania (zatrucie pokarmowe, atrofia, otyłość)	6
Zaburzenia czynności gruczołów dokrewnych (niedomoga nadnerczy, tarczycy, trzustki i inn.)	4
Schorzenia dróg oddechowych	23
Choroby serca	9
Skazy i anomalie konstytucjonalne	9
Choroby krwi (niedokrewność, pseudoanemia)	11
Schorzenia, związane z życiem wewnątrzmacicznym i aktem porodowym (śródczaszkowe krwotoki, zamartwica inn.)	8
Schorzenia jamy brzusznej	1
Zatrucia	2
Podciśnienie samoistne	5
Choroby nerek	1
Zabiegi chirurgiczne	5
Wstrząs posurowiczy	1
Wstrząs hemolityczny	1
Inne schorzenia i nieznaną przyczyną	6

Dane, objęte powyższą tabelą, dotyczą przypadków mojego materiału, zebranego w ciągu ostatnich 10 lat. Największa ilość przypadków ostrej niedomogi układu krążenia krwi notowana była w przebiegu chorób infekcyjnych, mniejsza — w schorzeniach układu nerwowego i dróg oddechowych. Do grupy schorzeń układu nerwowego włączyłem również przypadki lekkiej zapaści — omdlenia, stwierdzanego nader często u dzieci neuropatycznych na drodze odruchowej. Stosunkowo nieduża liczba przypadków ostrej niedomogi układu krążenia krwi w grupie chorób serca pozostaje w związku z objęciem tą nazwą wyłącznie schorzeń serca, jak wrodzonych wad serca lub stanów zapalnych serca, w których czynnik toksyczny był chronologicznie odległy. Skazy i anomalie konstytucjonalne okazały się w 9-ciu przypadkach przyczyną ostrej niedomogi układu krążenia krwi: dwa przypadki skazy wysiękowej, jeden skazy spasmofilnej i jeden

stanu grasiczo-chłonnego zakończyły się nagłą śmiercią, 5-cioro dzieci z astenią konstytucjonalną wykazywało wybitną skłonność do omdlenia.

W przebiegu ostрых chorób infekcyjnych spostrzegamy dwie postacie ostrej niedomogi układu krążenia krwi: sercową i naczyniową.

Ostra niedomoga serca w chorobach infekcyjnych jest następstwem stanów zapalnych mięśnia sercowego, wsierdzia i osierdzia. Zmiany w każdej z tych trzech warstw są w stanie wywołać poważne zaburzenie w obiegu krwi, a główną odpowiedzialność za powstawanie niewydolności serca ponosi uszkodzenie mięśnia sercowego, dotyczące części pracującej mięśniówki jak również i dróg przewodzących podniety. Zaburzenie poszczególnych czynności serca, jak zdolności tworzenia podniety, zdolności odpowiadania na podniety, zdolności przewodzenia podniety, kurczliwości, ukrwienia serca oraz gry zastawek — jest w stanie naruszyć sprawność serca. Osłabienie serca odnosimy przede wszystkim do uszkodzenia mięśnia sercowego, które w przebiegu chorób infekcyjnych może powstać pierwotnie albo wtórnie w następstwie schorzeń zastawek wsierdzia czy zapalenia worka osierdziowego.

Uszkodzenie zastawek wsierdzia, które może być znacznego stopnia w stanach posocznicy (przedziurawienie, postrzępienie i t. p.) zmusza mięsień sercowy do wzmożonej pracy celem pokonanie przeszkody, przy czym niekiedy wymagania bywają nadmierne, przekraczające możliwości przystosowania się serca do nowych warunków, zależne od ciężkości zmian w mięśniówce serca względnie w układzie przewodzącym podniety i warunkują wystąpienie ostrej niewydolności centralnego motoru krążenia.

Zapalenie wysiękowe osierdzia natomiast bywa niejednokrotnie przyczyną zejścia śmiertelnego wśród objawów ostrej niedomogi serca, nawet przy braku równocześnie wybitniejszych zmian anatomicznych w mięśniu sercowym. Nagromadzony bowiem płyn w worku osierdziowym mechanicznie utrudnia czynność serca, ograniczając rozkurcz, a co za tym idzie i wypełnianie się jam serca krwią i powodując w końcu tamponadę serca.

Uszkodzenie systemu przewodzącego bodźce, szczególnie przerwanie przewodnictwa przedsionkowo-komorowego i opóźnione podjęcie autonomicznej czynności komór, daje obraz kliniczny zespołu Morgagni-Adams-Stokesa, który może spowodować śmierć, jeśli przerwy w akcji oddechowej trwają dłużej serca.

Ostra niedomoga naczyń powstaje w przebiegu chorób infekcyjnych wskutek działania porażającego toksyn bakteryjnych na ośrodki naczynioruchowe w rdzeniu przedłużonym i, być może, na zakończenia nerwowe naczyń włosowatych i żył w obszarze nerwu trzewnego. Z powodu rozszerzenia naczyń krwionośnych zbiera się nadmierna ilość krwi w rezerwuarach jamy brzusznej t. j. w wątrobie i śledziny krwi krążącej. Nagłe wyłączenie znacz-

nej ilości krwi z obiegu i zdeponowanie jej w owych rezerwuarach stanowi istotę ostrej niedomogi układu krążenia krwi pochodzenia naczyniowego — zapaści.

Przypuszczalnie zmniejszenie ilości krwi krążącej i objawy zapaści w chorobach infekcyjnych zdają się występować nie tylko w związku z porażeniem ośrodka naczynioruchowego w mózgu, lecz również na skutek uszkodzenia toksycznego naczyń włosowatych, których przepuszczalność na płyn osocza wybitnie się zwiększa. Partet i Pratt wykazali doświadczalnie w infoksykacji błonicznej, że nawet w bardzo ciężkiej zapaści, ośrodki naczynioruchowe reagują, jeśli puste naczynia ponownie wypełnia się płynem. Dieckhoff zaś stwierdził u chorych na toksyczną błonicę, płonicę i czerwone pierwotne uszkodzenie naczyń włosowatych i przedostawanie się osocza do tkanek.

U dzieci, chorych na toksyczną błonicę, płonicę i czerwone stwierdzałem zawsze dodatni objaw endotelialny. W tych przypadkach próbę „gotowości do krwawień” przeprowadzałem metodą Seyderhelma, polegającą na wystąpieniu w zgięciu łokciowym krwawych wybroczyń po wytworzeniu trzypięciominutowego zastój przy pomocy uciskowej ramieniowej opaski i przy użyciu ciśnienia o 20 mm Hg wyższego od rozkurczowego ciśnienia krwi. W grupie zaś dzieci, u których przebieg błonicy, płonicy, względnie czerwonej był łżejszy i nie o charakterze toksycznym, objaw endotelialny rzadko kiedy był również wyrazem hypowitaminozy C, towarzyszącej każdej infekcji, przeto w celu niedopuszczenia do wytworzenia się niedoboru witaminu C podawałem go w okazałej ilości aż do nasycenia ustroju, a mimo to próba zastoinowa Rumpel-Leede’go w modyfikacji ilościowej Seyderhelma okazywała się zawsze dodatnia.

Na oddziale błonicznym szpitala dziecięcego Anny-Marii w Łodzi (ordynator dr. Iwaszkiewicz) miałem sposobność obserwować znaczny odsetek chorych dzieci na ciężką toksyczną i hypertoksyczną błonicę, u których obrzęk tkanki podskórnej dochodził do niezwyklej rozmiarów. Ciastowaty obrzęk tkanki podskórnej dotyczył szyi i niekiedy całej przedniej powierzchni klatki piersiowej. Nieobecność patologicznych elementów w moczu (zwykle ślad białka i nliczne ciółka czerwone krwi) i lokalizacja obrzęków kazały wykluczyć ich nerkową genezę. Przeciwnie sercowemu pochodzeniu owych obrzęków przemawiał oprócz umiejscowienia również obraz kliniczny raczej ostrej niedomogi naczyń niż serca. Niestety nie przeprowadzono badań krwi, które miałyby wykazać poliglobulię jako wyraz zagęszczenia krwi na skutek przejścia pewnej ilości osocza do tkanek. Dominującą w obrazie klinicznym zapaść zdaje się być następstwem zmniejszenia ilości krwi krążącej na skutek przechodzenia osocza przez uszkodzone ściany naczyń do tkanek. Nie przekonujący efekt leczniczy analeptyków centralnych, tonizujących ośrodki

naczynioruchowe, zdaje się także przemawiać raczej za tego rodzaju patogenetą zapaści.

Patogenezy jednak zapaści w przebiegu chorób infekcyjnych nie można wytłumaczyć wyłącznie prawami hemodynamiki i toksycznym działaniem drobnoustrojów, lecz w grę wchodzi tu liczne czynniki, między innymi ważną rolę odgrywa niedomoga nadnerczy. Riml wykazał, że we krwi osobników z niewydolnością kory nadnerczy występują dializujące substancje uszkodzające nadnercza, a krwotoki obustronne w tych narządach nie należą do rzadkości na stole sekcyjnym, lecz mimo to nie ma zupełnie bezspornych dowodów o rozstrzygającym znaczeniu wypadnięcia funkcji tych dokrewnych gruczołów w niedomodze układu krążenia krwi.

Godne wzmianki są ortostatyczne zaburzenia krążenia krwi rekonwalescentów po dłuższym przebywaniu w łóżku. Występują one szczególnie u starszych dzieci o astenicznej konstytucji oraz u osobników o wydłużonej sylwetce, o tzw. typie gimnazjalisty. Przy zmianie położenia leżącego w stojące następowało przyspieszenie akcji serca, obniżenie skurczowego ciśnienia krwi i omdlenie. Tego rodzaju zaburzenie krążenia krwi spowodowane jest nadmierną wiotkością naczyń kończyn dolnych, które w położeniu pionowym dziecka wypełniają się znaczną ilością krwi kosztem masy krwi krążącej i ukrwienia narządów wewnętrznych między innymi i mózgu. W przeciwieństwie do drugiej postaci zaburzeń ortostatycznych, uwarunkowanych wadliwym działaniem aparatu odruchowego — w tych przypadkach mechanizm odruchowy, bywa nienaruszony.

Pośród wszystkich chorób infekcyjnych wieku dziecięcego **błonica** stanowi najczęstszą przyczynę ostrej niedomogi układu krążenia krwi. W przebiegu tej choroby dominuje ostra niedomoga serca w następstwie uszkodzenia mięśnia sercowego toksyną błoniczą, które występuje niekiedy już w początkowym okresie chorobowym, o czym świadczą prawie zawsze stwierdzone sekcyjnie zmiany anatomiczne w mięśniu sercowym w przypadkach, kończących się śmiercią. O wiele większe zmiany o charakterze zwyrodnieniowym i zapalnym spostrzegamy w późniejszym okresie błonicy, w 4-6-7-ym tygodniu. One ponoszą odpowiedzialność za częste objawy osłabienia serca, występujące późno, po cofnięciu się zmian błonniczych w gardle.

Pierwszymi zwiastunami błoniczego zapalenia mięśnia sercowego są często bóle brzucha, wymioty, powiększenie wątroby, powiększenie serca na prawo; tony serca bywają głuche, tętno labilne, rzadkoskurcz, potem częstoskurcz, a przed śmiercią rytm cwałowy. Niepomyślnym prognostykiem jest częstoskurcz znacznego stopnia, około 300 uderzeń i więcej w minucie. Jak długo widoczne są objawy zatrucia: bledność twarzy, białkomocz, mała ilość dobowego moczu, o wysokim ciężarze gatunkowym, tak długo istnieje niebezpieczeństwo ostrej niedo-

mogi serca, które jednak po upływie 7-miu tygodni przemija.

W toksycznych przypadkach błonicy wykazują badania elektrokardiograficzne i autopsja również zmiany w mięśniu sercowym, lecz na pierwszy plan wysuwają się tu objawy niedomogi naczyniowej. We wspomnianych przypadkach hipertoksycznej błonicy ze Szpitala dziecięcego Anny-Marii uważałem, że obraz kliniczny niewydolności układu krążenia krwi przemawiał raczej za postacią naczyniową niedomogi. O uszkodzeniu systemu naczynioruchowego świadczyły zimne kończyny, bledność skóry, niskie ciśnienie krwi i małe, przyspieszone tętno.

Opisany niżej przypadek jest przykładem wystąpienia u chorego dziecka na błonicę ostrej niedomogi naczyń i serca.

B. dziewczynka 6-cioletnia. Przebyte choroby: w 1-szym roku życia krzywica, w 3-cim roku zapalenie płuc, później nie chorowała. Obecna choroba zaczęła się 14.9.1938 wymiotami, silnym bólem w podżebrzu prawym, temperaturą 39° C. Wezwany do inteligentnych rodziców z powodu podejrzenia zapalenia wyrostka robaczkowego — stwierdziłem zupełnie ujemny wynik, badania, brak zmian uchwytnych z wyjątkiem bolesności w prawej części brzucha. Ponieważ nie mogłem z całą pewnością wykluczyć zapalenie wyrostka robaczkowego, poleciłem przeprowadzenie morfologicznego badania krwi, które jednak moich obaw nie potwierdziło. Ze względu na trudności diagnostyczne, odwiedziłem dziecko ponownie po upływie 8-miu godzin. Wymioty i ból brzucha nadal się utrzymywały, a stan ogólny był cięższy: bledność twarzy, chłodne kończyny, tętno przyspieszone, małe nieregularne, serce bez wyraźnych zmian. Stany prawostronny obrzęk szyi biało-serowaty, nałot na prawym migdałku, obrzęk migdałów i podniebienia. Wątroba nieco powiększona, na ucisk bolesna. Dziecko otrzymało 50.000 jednostek antytoksycznych surowicy przeciwbłonicznej, 0,002 strychnin, nitr., 0,075 coffein. natr. benz., 0,1 coramin., 100,0 glucoc 20%, 5,0 redoxon forte, 10,0 cortin. 15.9. Stan bez zmian. Leczenie jak dnia poprzedniego z wyjątkiem surowicy przeciwbłonicznej. 16.9. Serce: granica prawa pół palca na prawo od lewego brzegu mostka, tony głuche, 140 uderzeń w minutę. Elektrokardiogram: TIII ujemne, TII dwufazowe, ST w 3. oprowadzeniu obniżone. Tętno przyspieszone — 140, lepiej napięte. Wątroba macalna, palec poniżej łuku żebrowego, bolesna: 0,2 mg Strofant. 0,075 coffein. natr. benz., 0,03 sympatoli, 30,0 20% glucos, 0,001 strychn. nitr., 5,0 redoxon, forte, 10,0 cortin i 0,5 camphor w depot, śródmięśniowym. 19.9 tony serca głośniejsze, tętno 120, skurcze dodatkowe, wątroba macalna pod łukiem żebrowym. Dusznosć mniejsza, sinica ustąpiła. Nałoty na migdałkach mniejsze, obrzęk szyi wyraźnie mniejszy. Leczenie jak dotąd. 22.9. Nałoty w gardle zniknęły. Serce: granice norma, tony serca głośniejsze. Tętno miarowe 100. RR 80/60 mm Hg. Temperatura 37,1 C.

Powyższy przypadek jest o tyle interesujący, że błonica gardła zaczęła się od objawów bóli brzucha i wymiotów, przy czym w najbliższych godzinach od chwili zachorowania nałotów w gardle nie stwierdzono. W pierwszych dwóch dniach bledność skóry, chłodne kończyny, tętno przyspieszone, małe i nieregularne oraz brak objawów ze strony serca — świadczyły o ostrej niewydolności naczyń, do której dołączyła się niedomoga serca już w 4-tym dniu elektrokardiograficznie.

W przebiegu płonicy znane są powikłania ze strony układu krążenia krwi. W toksycznej

postaci płonicy rozwija się obraz zapaści już w pierwszej lub drugiej dobie trwania choroby i po upływie 24—48 godzin może nastąpić zejście śmiertelne. W tych beznadziejnych i burzliwych przypadkach należy się liczyć z istnieniem uszkodzenia kory nadnerczy.

Pod koniec pierwszego lub na początku drugiego tygodnia płonicy przychodzi do osłabienia serca co najmniej w 1/3 wszystkich przypadków. Dokładne badania Wickstoma wykazały również częstotliwość występowania tzw. „szkarlatynowego serca”, będącego prawdopodobnie wyrazem zmian na tle organicznym w mięśniu sercowym, które posiadają dużą tendencję do cofania się. Do objawów „szkarlatynowego serca” należą — jak wiadomo — zmiana pierwszego tonu, który znika niekiedy zupełnie, rozdwojenie drugiego tonu nad tętnicą płucną, miękkie szmer nad sercem, rozstrzeń serca, tętno chwiejne, tętno płodowe.

Powikłaniem złośliwej posocznicy płonicy — wedle Wiskotta bardzo rzadkim — jest zapalenie osierdzia i wsierdzia o przebiegu prawie zawsze kończącym się zgonem wśród objawów niedomogi układu krążenia krwi.

Punktem wyjścia dla powstania ostrej niedomogi narządów krążenia w przebiegu **czerni** stanowi porażenie systemu naczyniowego wskutek działania toksyn na ośrodki naczynioruchowe. Drugim ważnym momentem patogenetycznym jest wspomniane uszkodzenie naczyń krwionośnych i większa ich przepuszczalność na osocze. Siebeck podkreśla zmniejszenie ilości osocza i w związku z tym zaburzenie gospodarki mineralnej, które tym łatwiej powstaje, iż w ciężkiej czerni sole uchodzą przez jelita. Długotrwała i uporczywa **czerni** przebiega czasami z częstokurczem i szarosinym zabarwieniem skóry, które to objawy są oznaką niepomyślnego rokowania. W większości natomiast przypadków spostrzegałem raczej rzadkokurcz, szczególnie u starszych dzieci.

Dur brzuszny i osutkowy mogą być przyczyną ostrej niedomogi serca i naczyń. W zasadzie choroby te przebiegają w wieku dziecięcym łagodniej niż u dorosłych, niemniej jednak w durze brzuszny, przebiegającym z krwotokami jelitowymi obraz zapaści nie należy do rzadkości, a w durze osutkowym zauważa się częstokurcz u starszych osobników w drugim tygodniu choroby małe i nieregularne tętno, które równocześnie z objawami ze strony układu nerwowego ośrodkowego stwarza ciężki obraz chorobowy. U tych dzieci zdarza się nagłe wystąpienie ostrej niedomogi narządów krążenia ku zdziwieniu ordynującego lekarza, znajdującego poprzedniego dnia układ krążenia w zadowalającym stanie.

W epidemicznym zapaleniu opon mózgowo-rdzeniowych zapaść występuje najczęściej w przypadkach, w których proces chorobowy wyraża się ogólnymi objawami posocznicy, względnie toksykozy meningokokowej. Ciężkim klinicznym obrazem meningokokowej posocznicy jest zespół Marchand-Waterhouse-Friedrichsena, charakteryzujący się nagłym po-

czątkiem, wysoką temperaturą, krwawieniami w skórze i w nadnerczach, majaczeniem, drgawkami, wymiotami i biegunką. Śmierć następuje wśród ciężkiej zapaści w pierwszych 24—48 godzinach.

W posoczniczych meningokokowych przebiegających bardzo gwałtownie zgon wyprzedza rozwinięcie się przerzutów w innych narządach; natomiast u dzieci, u których stan posocznicy się utrzymuje nieco dłużej, mogą przerzuty meningokokowe, wywołać zapalenie osierdzia i ogniska naciekowe w mięśniu sercowym, które ponoszą odpowiedzialność za niedomogę serca.

W ogóle, we wszystkich stanach **posocznicy o różnej etiologii** może powstać ostra niedomoga układu krążenia krwi bądź to pochodzenia naczyniowego, bądź to sercowego. Obraz zapaści bywa następstwem uszkadzającego działania toksyn drobnoustrojów na ośrodek naczynioruchowy, przy czym często na stole sekcijnym stwierdzone wylewy krwawe w nadnerczach zdają się również odgrywać poważną rolę patogenetyczną. Ostra niewydolność serca pozostaje niekiedy w związku z zatorowymi ropniami w mięśniu sercowym; wreszcie posocznica może uszkodzić bardzo ciężko zastawki wsierdzia (przedziurawienie, posirzepienie, rozzerwanie włókien ścięgniętych itp.) i stać się przyczyną ostrej niedomogi serca.

W przebiegu **odry** bez płucnych powikłań, system sercowo-naczyniowy ulega rzadko wciągnięciu w proces chorobowy. Znane są jednak z piśmiennictwa postaci bardzo ciężkiej odry, w których ostra niedomoga układu krążenia krwi należy jako kardynalny objaw do obrazu klinicznego.

Adynamiczną postać odry cechuje apatia, utrata przytomności, drgawki, temperatura 41°, błądź, chłodne kończyny, przyspieszone i słabo wyczuwalne tętno — a więc objawy zapaści.

Krwotoczna postać odry tzw. czarna odra Willan'a przebiega również bardzo ciężko z krwotoczną wysypką, wylewami krwawymi do nadnerczy i objawami ostrej niedomogi układu krążenia krwi.

Trzecią postacią odry (rougeole a forme dyspeigne d'Espine et Picot) charakteryzuje znacznego stopnia duszność bez równoczesnych zmian w płucach i sercu. Odpowiedzialne za wystąpienie duszności są zmiany w oskrzelach, których światło ulega zżewzeniu.

Przyczyną ostrej niedomogi układu krążenia krwi bywa również **grypa**, szczególnie z powikłaniami płucnymi. Postać płucna grypy, z objawami rozsianego lub rzekomo pławowego zapalenia płuc, przebiega z dusznością, sinicą, powiększeniem wątroby oraz często z obrzękiem płuc. Ciężkie toksyczne przypadki grypy mogą dawać obraz poważnego uszkodzenia układu nerwowego z zupełną prostracją, dusznością — sine „materia”, gwałtownymi i długotrwałymi drgawkami, zapadniętymi, nieruchomymi oczyma, nikłym i przyspieszonym tętnem i innymi symptomami zapaści. Nawet przypadki grypy z nieznacznym nieżytem jamy nosowo-gardzielowej i temperaturą nieprzekraczającą 38° C,

w 3 miesiące po wypadku zgłosił się z powrotem bez objawów ze strony płuc, mogą również przebiegać z niewydolnością narządów krążenia, podobnie jak ostra i piorunująca postać, kończąca się śmiercią w ciągu 1—2 dni, wśród szybko narastającej niedomogi układu krążenia krwi.

Gościec jest typowym schorzeniem narządów krążenia krwi, w przebiegu którego stan mięśnia sercowego stanowi główne podłoże dla powstawania ostrej niedomogi serca. Zapalenie mięśnia sercowego w goścu stwierdza się bowiem bardzo często n. p. wedle Swifta aż w 93%, wedle innych autorów znacznie rzadziej — zaledwie w 25% wszystkich przypadków gościa u dzieci. Powód tej statystycznej rozbieżności tkwi w tym, że nie wszyscy klinicyści są zgodni odnośnie klinicznej symptomatologii goścowego zapalenia mięśnia sercowego. Liczne badania elektrokardiograficzne, oraz wyniki autopsji, zdają się potwierdzać zapatrywania tych klinicystów, którzy w przebiegu gościa spostrzegają ogromny odsetek uszkodzeń mięśnia sercowego, nawet w przypadkach przebiegających pozornie bezobjawowo. Od stopnia uszkodzenia mięśnia sercowego, postaci toczącego się procesu i lokalizacji guzków Aschoffa zależy wydolność serca w goścu. Jeśli zmiany w pracującej części mięśnia sercowego są znacznego stopnia, dają pełny obraz zapalenia: błądź twarzy i sinica warg, duszność, tętno przyspieszone, a niekiedy zwolnione, nieregularne, tony serca ciche, szmer skurczowy, rozstrzeń serca i powiększenie wątroby. Uszkodzenie zaś układu przewodzącego podniety może obejmować cały system od węzła Keith-Flacka do włókien Purkiniego i w związku z tym obserwuje się szereg klinicznych objawów. Na tle przerwania przewodnictwa przedsionkowo-komorowego powstaje zespół Morgagni-Adams-Stockesa, który może kończyć się zgonem, jeśli ustanie akcji serca przedłuży się ponad 3—4 minuty.

Zapalenie mięśnia sercowego w goścu poprzedza zazwyczaj występowanie zmian wsierdzia i przypada na początek schorzenia, podczas gdy zapalenie wsierdzia rozwija się nieco później, po 2—3 tygodniach i u około 60% dzieci chorych na gościec. Znacznie częściej spotyka się niedomogę serca u tych reumatyków, u których obok zapalenia mięśnia sercowego istnieje przewlekłe zapalenie wsierdzia w postaci wady zastawkowej.

Niewydolność serca w zapaleniu goścowym osierdzia pozostaje w związku nie tylko z mechanicznym utrudnieniem czynności serca z powodu nagromadzenia się wysięku w worku osierdziowym, lecz również zależy od zapalenia mięśnia sercowego, towarzyszącego zwykle temu schorzeniu. W ogóle wiadomo, że zapalenie osierdzia u reumatyków spotyka się przeważnie w ciężkich postaciach równocześnie z wadą zastawkową, uszkodzeniem mięśnia sercowego, zajęciem stawów i po nawrotach napadów.

Pragnę podkreślić własne spostrzeżenia, że

niedomoga serca znacznie częściej występuje w postaci wysiękowej gościca, to jest w takiej, w której aktywna faza charakteryzuje się wysiękowymi procesami czy to w stawach, czy też w jamach surowiczych.

Ostra niewydolność serca u dzieci chorych na gościec pojawia się w różnych stadiach choroby. Szczególnie niebezpieczne są okresy zaostrenia procesu chorobowego, natomiast znacznie rzadziej rozwija się niedomoga układu krążenia krwi w pierwszych dniach gościca. Jednak opisywane są katastrofalne przebiegi, w których już na samym początku schorzenia występują bardzo ciężkie objawy ze strony serca i wśród ogólnego osłabienia, duszności, potów, utraty przytomności, chory umiera. Kisiel przytacza następujący przykład:

Dziewczynka w wieku 10-ciu lat, nie chorowała z wyjątkiem odry i krztu, lecz zawsze była słabym i wątłym dzieckiem. Zachorowała około połowy marca: wśród objawów podwyższenia temperatury, bólu i bicia serca, przy niezłym jeszcze stanie ogólnym. W najbliższych jednak dniach stan szybko się pogorszył: w okolicy serca wystąpił silny szmer skurczowy, wymiary serca powiększyły się, następnie tony i szmer stały się bardzo głuche, pojawił się rytm cwałowy i obrzęk wątroby. Dziecko przyjęte do kliniki 2-go Instytutu Medycyny w bardzo ciężkim stanie kilka dni przed śmiercią w skrajnym osłabieniu i nieprzytomne. Wkrótce nastąpiło zejście śmiertelne. Autor podkreśla brak zajęcia stawów w okresie przedchorobowym, a podczas choroby dziewczynka skarżyła się na bóle w stawach, lecz obrzęku ich nie stwierdzono. Na sekcji widoczne były bardzo charakterystyczne dla gościca liczne swoiste granulacje w różnych narządach.

Wiek 9—15 lat jest predysponowany dla gościca i w tym okresie życia najczęściej występuje niedomoga serca u dzieci-reumatyków. Gościec u niemowląt i małych dzieci stanowi mało znaną dziedzinę pediatrii. Opisywane są przypadki rzekomo schorzenia gościcowego u osesków i małych dzieci (Ugreldee), które jednak budzą pewne zastrzeżenia odnośnie etiologii. Z dostępnej mi literatury Osipow i Toporow opisują przypadek dotyczący małego dziecka, u którego przyjęli podłoże reumatyczne schorzenia na podstawie stwierdzenia w sercu charakterystycznych guzków Aschoffa.

Poniżej przytoczony przypadek, przeze mnie obserwowany świadczy niedwuznacznie o gościcowym schorzeniu 13-tu miesięcznego dziecka, zmarłego wśród objawów ostrej niedomogi serca.

N. B. 13-to miesięczna dziewczynka, karmiona pierśmią, z objawami lekkiej krzywicy. Od dwu miesięcy miała zwykłą temperaturę, pokaszliwała, zbladła i straciła apetyt. 7. 8. 1940 nagle przy próbach chodzenia wystąpiła bardzo silna duszność, a lekarz pogotowia ratunkowego, podejrzewając obce ciało w drogach oddechowych, skierował dziecko do szpitala. Chore dziecko przyjęte w stanie ciężkim: duszność w bardzo silnym stopniu, oddech wybitnie przyspieszony, sinica twarzy, wymiary serca powiększone we wszystkich kierunkach bardzo znacznie, szmer skurczowy nad wierzchołkiem, tony serca głuche, akcja serca przyspieszona, tętno nieregularne 200. Płuca: pojedyncze świsty i fureczenia. Wątroba powiększona Rentgen: płuca bez zmian wyraźniejszych, serce olbrzymich rozmiarów. Rozpoznanie

sekcyjne (Dr. Gurwicz, Dr. Majblum): cor bovinum, hypertrophia ventriculi sinistri et dextri cordis, endocarditis verrucosa, myocarditis rheumatica (bardzo liczne guzki Aschoffa w mięśniu sercowym i we wsierdzu), pericarditis sicca.

Hypertermiczne postacie ostrego gościca — dziś należące do rzadkości — przebiegające z ciepłotą ciała 41° C, a nawet 43 C, oraz silnymi objawami ze strony układu nerwowego centralnego również grożą wystąpieniem ostrej niedomogi układu krwionośnego.

Działanie szkodliwe koklusz na serce dochodzi do skutku drogą pośrednią: dzięki głębokiemu wdechowi krew żylna dostaje się do serca, następnie jednak podczas gwałtownego napadu krztuścowego kaszlu przychodzi do zastojów krwi przed płucami i do rozszerzenia prawego serca. Zmiany te zazwyczaj szybko ustępują po napadzie kaszlu, lecz niekiedy serce może odmówić posłuszeństwa i wówczas przychodzi do jego niedomogi.

Niezależnie od tego zmiany zachodzące w mózgu mogą wywołać zaburzenie krążenia krwi. W ciężkiej postaci drgawek kokluszowych występują w tkance mózgowej ogniska nekrobiozy Husler-Spatza, które są zmianami nieodwracalnymi. W zwykłych napadach kokluszowych i w cięższych przypadkach eklamsji krztuścowej zaburzenia krążenia nie pozostawiają zmian anatomicznych. Napady drgawek i skurcze głośni występują przede wszystkim w przebiegu krztuśca u dzieci do lat dwu, a ponadto zależą od „genius epidemicus”, objawiającego się szczególnym powinowactwem zarazka kokluszowego do układu nerwowego. Klinicznym odpowiednikiem zmian, zachodzących w mózgu są stany odrętwienia bez utraty przytomności lub zupełne zamroczenie z drgawkami tonicznie-klonicznymi i skurczem głośni. Skurcz głośni warunkuje powstanie bezdechu, a przy dłuższym trwającym stanie bezdechu może ustać akcja serca i nastąpić śmierć dziecka. Tego rodzaju napady są bardzo niebezpieczne u dzieci z wrodzoną wadą serca lub tezyczką.

Zimnica pomimo skuteczności chemoterapii daje znaczny odsetek śmiertelności, szczególnie wśród chorych na postać tropikalną. Seyfarth uważa, że odpowiedzialność za przebieg śmiertelny ponoszą przeważnie trzy najcięższe postacie zimnicy: mózgowa, posocznica i sercowa.

Ostra niedomoga serca występuje najczęściej w sercowej postaci zimnicy i to przede wszystkim w tropikalnej, a rzadziej w czwartaczce. Anatomicznym podłożem niewydolności serca są zwyrodnieniowe zmiany w mięśniu sercowym. Szczególnie tłuszczowe zwyrodnienie ma być przyczyną nagłych zgonów wśród objawów osłabienia serca (Manson-Bahr).

Ponadto zimnica, jako choroba infekcyjna, może toksycznie uszkodzić ośrodki naczynioruchowe. Podciśnienie tętnicze krwi jest prawie stałym objawem, u dzieci chorych na zimnicę, i zdaje się właśnie dowodzić zaburzenia w napięciu ośrodków nerwów naczyniowych.

Gruźlica wywiera wpływ na układ krążenia krwi bądź to pośrednio, bądź to bezpośrednio. W pierwszym wypadku proces gruźliczy narzą-

śródek wewnętrznych, szczególnie płuc wywołuje zaburzenia krążenia z powodu zwiększonego obciążenia prawego serca, w następstwie wzmożonego oporu w małym obiegu, albo na drodze czysto mechanicznej przez przemieszczenie serca i naczyń w klatce piersiowej albo wreszcie przez zaburzenia czynności płuc i wadliwego nasycenia tlenem krwi tętniczej. Te czynniki powodują raczej przewlekłą niedomogę układu krążenia krwi i dlatego przy nich się nie zatrzymam.

Natomiast gruźlica, jak każda choroba infekcyjna, może wyrzucić toksyczne działanie na układ naczyniowy czy to przez uszkodzenie ośrodków naczynioruchowych w mózgu, czy też zakończeń nerwowych w naczyniach. Z tego rodzaju działaniem spotykamy się u dzieci z uogólnioną krwiopochodną gruźlicą, z gruźlicą jelit, oraz w wysiekowych postaciach gruźlicy płuc. Obraz kliniczny wskazuje wyraźnie zaburzenie krążenia pochodzenia naczyniowego: bledność skóry, zimne kończyny, tętno przyspieszone, małe i labilne, ciśnienie tętnicze krwi obniżone. U tych dzieci notowałem kilkakrotnie znaczne różnice ciśnienia krwi i tętna w zależności od położenia ciała; przejście z położenia poziomego w pionowe pociągało za sobą przyspieszenie tętna przeciętnie o 35 uderzeń na minutę i spadek ciśnienia krwi średnio o 15–20 mm Hg.

Wpływ gruźlicy na układ krążenia bywa i bezpośredni przez objęcie procesem gruźliczym samych narządów krążenia krwi. Zwykle gruźlica serca nie daje wyraźnych objawów klinicznych, pozostając na dalszym planie wobec innych objawów gruźlicy ustroju, lecz w pojedynczych przypadkach dochodzi nawet do ostrej niedomogi serca.

Spśród gruźliczych schorzeń serca istotne znaczenie kliniczne posiada zapalenie osierdzia, najczęstsze u dzieci w wieku pokwitania. Gruźlicze zapalenie osierdzia prowadzić może do niedomogi serca, szczególnie przy obfitych wysiękach i przy zrostach osierdzia.

Zmiany w mięśniu sercowym o charakterze swoistym, gruźliczym występują dość często w przebiegu ogólnej krwiopochodnej gruźlicy jako prosówkowe guzki lub bardzo rzadko jako duże konklomery. Kliniczne objawy gruźlicy mięśnia sercowego pozostają w dużej dysproporcji z rozległymi zmianami anatomicznymi i bardzo rzadko dają się rozpoznać za życia na tle całokształtu chorobowego. Niekiedy tylko występują u dzieci napady sinicy i duszności, kończące się zejściem śmiertelnym.

Leczenie ostrej niedomogi układu krążenia krwi powinno uwzględnić postać niewydolności, jaka jest w danym wypadku. Inne bowiem jest leczenie ostrej niedomogi naczyniowej, a inne sercowej.

W zwalczaniu zapaści stosujemy środki farmakologiczne, pobudzające bądź to ośrodki naczynioruchowe w rdzeniu przedłużonym, bądź to działające na ścianę naczyń obwodowych. Wśród pierwszej grupy analeptyków wymienić należy strychninę, dobrze pobudzającą

ośrodek oddechowy, lecz celem uzyskania działania na ośrodek naczynioruchowy radzę podawać ją w dawkach większych, niż się zwykle stosuje w praktyce pediatrycznej. Energicznym analeptykiem centralnym jest dwutlenek węgla w stężeniu 2–3% z tlenem. Cardiasol i coramina działają również tonizująco na ośrodki naczynioruchowe i oddechowy, lecz czas trwania ich działania jest krótki.

Pierwszeństwo w terapii zapaści oddają jednak analeptykom peryferycznym grupy adrenalinowej, której istniejący związek między chemiczną budową, a farmakologicznym działaniem zaznacza się dobitnie. Adrenalina posiada dzięki fenolowej grupie OH silne działanie na układ krążenia krwi, zwiększając siłę skurczu serca, przyspieszając akcję serca, zwężając naczynia jamy brzusznej, podnosząc ciśnienie krwi, lecz równocześnie zwiększa się zapotrzebowanie serca na tlen i szybko ustaje działanie leku. Sympatol wywiera działanie na serce podobne do adrenaliny, lecz korzystniejsze dla mięśnia sercowego ze względu na mniejsze zapotrzebowanie tlenu. Do tej samej grupy, a raczej do oksyfedryn należy veritol, z którym zapoznałem się na krótko przed wojną jako ze środkiem bardzo silnie podnoszącym ciśnienie krwi na szereg godzin i dlatego mającym wskazywać do stosowania w zapaści przy nienaruszonym sercu. Stosowano go również z powodzeniem w toksycznych i hypertoksycznych postaciach niektórych chorób infekcyjnych (Dieckhoff). Natomiast efedrynie brak jest obu grup OH w rdzeniu benzolowym i wskutek tego działanie jej jest słabsze, lecz dłużej trwające. Ponadto posiada ona w swoim bocznym łańcuchu grupę metylową, która jest odpowiedzialna za tachyfilaksję t. j. właściwość utraty szybko na siłę działania przy powtarzaniu podawania leku.

Wobec nierzadkich krwotoków do nadnerczy w przebiegu ciężkich chorób infekcyjnych wydaje się celowe podawanie kortyny, dla zwalczania niedomogi kory nadnerczy. Bamberger i Wendt zauważyli spadek śmiertelności w przypadkach ciężkiej błonicy leczonych kortyną, witaminą C i solą kuchenną; inni zaś nie widzieli w tych przypadkach pomyślnych wyników po stosowaniu hormonu kory nadnerczy. Z własnego doświadczenia — jakkolwiek niedużego — wyciągam raczej wnioski sceptyczne odnośnie skuteczności preparatów kory nadnerczy w leczeniu ciężkich, toksycznych postaci ostrych chorób infekcyjnych. Zastosowanie znalazły również ciała redukujące, jak kwas askorbinowy, cysteina, glutation, wychodząc z założenia, że obfitująca w ciała odtłaniające kora nadnerczy traci je na skutek toksycznego uszkodzenia.

Ostra niedomoga serca wymaga zupełnie odmiennego arsenału środków leczniczych. Wskazane są tu leki zwiększające siłę absolutną serca i działające równocześnie szybko. Tym wymaganiom odpowiada w pierwszym rzędzie strofantyna, która zwiększa siłę wyrzutową serca przez wzmocnienie skurczu i przedłużenie

rozkurczu. Stanowi więc najważniejszy i najpotężniejszy środek nasercowy. Stosujemy ją w zastrzyku śródżylnym, wprowadzając powoli w przeciągu 2—3 minut w 10 cm³ 20% glukozy, dodatek zaś eufiliny zmniejsza, niebezpieczeństwo jej wprowadzenia.

Środkiem naczyniotonicznym i równocześnie nasercowym jest kofeina, bardzo chętnie używana w pediatrii. Ważnym bowiem działaniem jej jest zwiększenie objętości minutowej serca, jako następstwo nie tyle przyspieszenia akcji serca, ile na skutek wyraźnego zwiększenia objętości wyrzutowej pojedynczych skurczów. Kofeina przyspiesza z jednej strony akcję serca, mając punkt zaczepienia w węźle zatokowym, z drugiej strony zwalnia czynność serca przez pobudzenie ośrodka nerwu błędnego.

W zakończeniu chcę podkreślić wagę przeprowadzenia podziału ostrej niedomogi układu krążenia krwi na dwie zasadnicze postacie: niewydolność serca i naczyń czyli: zapasć. Godny zastanowienia jest fakt, jak mały nacisk kładą na ogół podręczniki patologii dziecka i osobników dojrzałych na potrzebę rozróżnienia owych dwu form ostrej niedomogi narządów krążenia krwi. Jakkolwiek w niektórych wypadkach należy się liczyć z trudnością rozpoznawczą albo możliwością istnienia równocześnie ostrej niedomogi i naczyń i serca, to jednak w wielu innych przypadkach tych zastrzeżeń nie mamy, a korzyść terapeutyczna z trafnie postawionej diagnozy i z należytej oceny stanu układu sercowo-naczyniowego jest duża.

Operacyjne leczenie tyłozgięcia macicy sposobem Becka

Podał

Dr. Jerzy Monsiorski

ordynator oddziału ginekologicznego
Szpitala Ubezpieczalni Społecznej w Zawierciu
(Dyrektor: Dr. I. Lipnicki)

Liczba operacji dla poprawienia położenia macicy jest bardzo duża i według Van de Velde, do 1910 roku, podano 217 sposobów operacyjnych. Ta ilość od tej pory znacznie wzrosła i to już wskazuje, że jak dotąd brak idealnej metody, poprawiającej położenie macicy i nadal jesteśmy w jej poszukiwaniu.

Metody te możemy podzielić na 3 grupy: w pierwszej grupie przez skrócenie więzadeł obłych uzyskujemy poprawę położenia macicy, druga polegająca na przysyciu dna macicy do powłok brzusznych lub otrzewnej ściennej i trzecia grupa operacji na drodze pochwowej.

Warunki, jakich żądamy od idealnego wyniku operacji tyłozgięcia są następujące:

1. położenie macicy zbliżone do fizjologicznego.

2. usunięcie objawów podmiotowych i przedmiotowych,

3. zachowanie i nienaruszenie normalnych funkcji narządu rodowego,

4. brak nawrotów.

Ta duża jednak ilość metod operacyjnych, zwiększających się z każdym rokiem, w większości nie spełnia żądanych warunków i tylko niewielka ilość tych operacji zyskała sobie uznanie.

Postaram się w krótkości podać niektóre typy tych operacji oraz ich wyniki.

Do najpopularniejszych typów operacji tyłozgięcia macicy należy pozaotrzewnowe skrócenie więzadeł obłych w kanale pachwinowym sposobem **Alquié - Alexandra - Adamsa**. Można ją jednak stosować tylko w wolnym tyłozgięciu i jest jedną z operacji, dająca prawie fizjologiczne położenie macicy.

Palmer, Dudley i Menge siodłostrzewnowo naszywają więzadła obłe na przednią ścianę macicy.

Webster — Baldy przeciąga więzadła obłe pod jajowodami przez więzy szerokie i przyszywa na tylną ścianę macicy.

Ulubiona operacja sposobem **Dolerisa** polegająca na przeciąganiu więzadeł przez otrzewną, mięśnie proste i zeszytanie ich z sobą ponad mięśniami prostymi, traci już dzisiaj swoich zwolenników, po opisanu przypadków pooperacyjnych niedrożności jelit. Wadą tego typu operacji jest nietrwałość wyniku, w dość znacznym odsetku po operacjach powraca tyłopochylenie lub tyłozgięcie.

Zubrzycki według materiału kliniki krakowskiej podał 22% nawrotów pooperacyjnych **A. A.**, **Füth** 12,5%, **Kienecker** 8,9%, a **Anders** nawet 44%, **Schäfer** podaje 13,75% po **A. A.**, a po operacjach sposobem **Dolerisa** 12,4% nawrotów. Mam jednak wrażenie, że niektóre z tych liczb są dość optymistyczne i bardziej ścisła statystyka wykazałaby zwiększoną ilość nawrotów, a w powyższych statystykach nie ma danych, jaki jest wynik po następnej przebiegłych ciążach, gdyż to jedynie może być miarodajne co do efektu operacyjnego, a trudno przypuścić, żeby skrócone i częściowo zbliżnowane więzadła wyciągnięte w czasie ciąży ad maximum, wróciły po porożu znów do swego stanu przedciążowego i potrafiły utrzymać macicę w jej przedciążowym położeniu.

W klinice ginekologicznej Uniwersytetu Warszawskiego mogłem zaobserwować sporo ilość przypadków tego typu, gdzie po ciążach w większym lub mniejszym stopniu następował nawrót cierpienia.

Do drugiej grupy należą operacje typu **Kośmińskiego, Kochera, Czernego i Leopolda, Olshausena** i innych. Jednak położenie, jakie stwarzają, nie jest zupełnie fizjologiczne, macica jest ograniczona w swej ruchomości, a ciąż-

za i poród mogą mieć na skutek tych operacji przebieg nieprawidłowy i dlatego nadają się właściwie tylko u kobiet, u których zajście w ciążę jest wyłączone.

Operacje na drodze pochwowej nie wchodzi w zakres tego referatu i dlatego je celowo pomijam.

W roku 1932 docent Uniwersytetu Warszawskiego Dr. Henryk Beck podał swój oryginalny sposób operacji tyłozgięcia macicy *ventrofixatio uteri modo Beck anterior vel posterior*.

Od tego roku klinika ginekologiczna Uniwersytetu Warszawskiego zastosowała tę operację w większości przypadków tyłozgięcia macicy, a poza jej uczniami niewielu z operatorów jej używa, być może na skutek braku zaznajomienia się z jej techniką i wynikami.

Dlatego też chciałbym przypomnieć ją i popularyzować, tym bardziej, że nie tylko wyniki są bardzo zachęcające, ale, że autorem jest uczony polski, zmarły przed kilkoma tygodniami na stanowisku profesora Uniwersytetu Wrocławskiego.

W dostępnej mi literaturze niemieckiej, w jednym tylko periodyku ginekologicznym, znalazłem drobnym druczkiem parę wierszy na temat tej operacji, a w najnowocześniejszych podręcznikach niemieckich Stoeckla, Weibla, Martiusa i innych, wydanych w ostatnich czasach, nie ma najmniejszej wzmianki o operacjach Becka.

Operacja Becka polega na wytworzeniu płataka powięzowego wraz z mięśniami, oraz na przyszyciu tego płataka na przednią ścianę macicy w przypadkach możliwości zajścia w ciążę, lub na tylną ścianę w przypadkach przewidywanej niepłodności.

Techniczny przebieg operacji przedstawia się według Becka w sposób następujący:

Po przecięciu skóry i tkanki podskórnej w linii środkowej brzucha, aż do krawędzi spojenia łonowego, prowadzi się cięcie powięzi mięśni prostych w linii środkowej, z rozdwojeniem cięcia w dolnej jego części tak, aby ramiona cięcia długości 4 — 5 cm., tworzyły trójkąt, którego podstawa skierowana jest ku krawędzi spojenia łonowego. Odpreparowuje się teraz płatek od podłoża wraz z mięśniami stożkowatymi, a w razie ich braku z włóknami mięśni prostych. W ten sposób wytworzony został trójkąt, którego wierzchołek jest miejscem rozdwojenia cięcia powięzi, a podstawa miejsce przyczepu powięzi i mięśni do krawędzi spojenia łonowego. Górną powierzchnię płataka tworzy powieź mięśni prostych, dolną mięśnie stożkowate.

Po otwarciu otrzewnej i załatwieniu odpowiednich czynności w jamie brzusznej, następuje przyszycie płataka do macicy powierzchnią powięziową na przednią ścianę macicy, lub powierzchnią mięśniową na tylną ścianę.

Jako pierwszy szew zakładamy pojedynczy węzełkowy przez wierzchołek płataka i okolice fałdu pęcherzowo-macicznego przedniej ściany macicy, następnie brzegi płataka przymocowy-

wuje się dwoma szwami po obu jego krawędziach do ściany macicy z pozostawieniem wolnego jej dna, górne szwy przyszywa się poniżej przyczepów wiązań obłych lub na ich wysokości, zależnie od długości płataka. Przyszycie płataka do przedniej ściany macicy z pozostawieniem wolnego jej dna, daje swobodny wzrost macicy i podnoszenie się jej trzonu podczas ciąży.

O ile przytwierdzamy płatek na tylną ścianę macicy, pierwszy szew nakładamy na okolice ujścia wewnętrznego tylnej ściany macicy. W ten sposób płatek złożony z powięzi i mięśni, przylega dużą powierzchnią do ściany macicy, dając mocny i trwały wzrost macicy z powłokami. Zeszycie otrzewnej w sposób typowy z tym, że zakończenie szwu ciągłego przeprowadza się przez blaszkę otrzewnej, powierzchnię płataka i drugi brzeg blaszki otrzewnej. Następuje zeszycie powięzi, przy czym brzegi po wyciętym płatku dają się bez trudności zbliżyć.

Przytwierdzenie w ten sposób macicy, daje położenie zbliżone bardzo do fizjologicznego, zgięta do przodu macica dnem swoim nie stwarza przeszkód tak w ciążowym rozwoju macicy, jak i przy porodzie. Fakt, że płatek przszyty jest powyżej ujścia wewnętrznego, nie stwarza przeszkody dla rozwoju dolnego odcinka w ciąży, a zwiększenie elastyczności i rozciągliwości płataka z powodu przekrwienia ciążowego, pozwala dostosować się do rozrastającej się macicy w ciąży i powrotu do normy w położu. Czyżewicz podkreśla ten fakt, uważając go za podstawowy moment trwałości wyniku operacyjnego.

Beck na 108 przypadków tej operacji, wykonanej bądź jako zabieg samoistny, bądź jako towarzyszący innym operacjom, miał możliwość skontrolowania 66 przypadków. U części chorych zbadanych osobiście, stwierdził macicę w prawidłowym położeniu, w 28 odpowiedziach listownych, było tylko 5 chorych, skarżących się na objawy chorobowe, nie mające jednak związku tak ze statyką narządu rodowego, jak i w większości z cierpieniami kobiecymi. Obserwowany przez niego dwukrotny przebieg ciąży i porodu, nie wykazał żadnych odchyśleń od normy, kontrola położenia macicy po położu, wypadła korzystnie.

W jednym wypadku powtórnej operacji, z powodu ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego, Beck miał możliwość skontrolowania wyniku, w kilkanaście miesięcy po I-szej operacji. Wzajemne stosunki macicy do sąsiednich organów, jak i siła wzrostu przyszytego na przednią ścianę macicy płataka, nie dawały żadnych zastrzeżeń. W przypadku porodu za pomocą cięcia cesarskiego, wykonanego na skutek przenoszenia płodu i nawykowego obumierania podczas porodu, stwierdził, że powierzchnia wzrostu przyszytego płataka na przedniej ścianie macicy, znajdowała się powyżej pierścienia skurczowego, co potwierdza zdanie Czyżewicza, że dolna część trzonu macicy nie bierze udziału w tworzeniu się dolnego odcinka.

Gromadzki wykonał operację Becka w kil-

konastu przypadkach, we wszystkich osiągnął dobry efekt statystyczny organów rodnych. Wśród nich 3 chore zaszyły w ciążę, przebyły ją bez najmniejszych powikłań, urodziły i zachowały po porodzie zupełnie prawidłowe położenie narządów rodnych.

W Szpitalu Ubezpieczalni Społecznej w Zawierciu wykonałem w przeciągu ostatniego roku 15 operacji Becka. Wszystkie przypadki, kontrolowane przeze mnie, wykazały prawidłowe położenie, ruchomość macicy oraz brak dolegliwości podmiotowych. Za krótki jest jednak jeszcze okres na dalszą obserwację, zwłaszcza co do przebiegu ciąży i porodu.

Większej ilości przypadków, tak operowanych przeze mnie, jak i obserwowanych w klinice ginekologiczno-położniczej Uniwersytetu Warszawskiego, podać nie mogę ze względu na brak odpowiednich danych, zniszczonych w czasie powstania.

Te jednak dane, które podałem wskazują, że opisany zabieg spełnia całkowicie warunki, stawiane operacjom tyłozgięcia macicy.

Możnaby zarzucić jedynie tej metodzie to, że płatek tworzy jakby mostek, przebiegający od spojenia łonowego do macicy i mostek ten może spowodować uwięźnięcie jelita z objawami niedrożności. Jednak tak w materiale Becka, klinicznym jak i swoim własnym nie spotkałem ani jednego przypadku pooperacyjnego niedrożności jelit.

Wyniki tej operacji są tak zachęcające, a zabieg prosty, że wielu z operatorów, po wypróbowaniu tej metody, przypuszczalnie wciągnie ją w arsenał swych sposobów operacyjnych.

Literatura:

- Ginekologia Polska t. XIV z. VII — IX.
Ginekologia Polska t. XV z. I — II.
K. Reifferscheid Halban — Seitz III B
Ginekologia t. II. Rosner.
K. Patkay Zt. f. Gyn. Nr. 47 r. 1941.
P. Schäfer Zt. f. Geb. LXXXV str. 634.
F. Kienecker Inaug. Diss.

Gruczołowy rozrost śluzówki macicy

(Hyperplasia glandularis cystica mucosae uteri c. folliculo resistente)¹⁾.

Podał:

Dr. Mieczysław Głowiński,
ordynator oddz. położn.-gin.
Szpitala Miejskiego w Bytomiu.

Wśród różnorodnych krwawień, napotykanych w zbiorowej grupie krwawień w okresie przekwitania i dojrzewania płciowego, zajmuje przodujące miejsce krwawienie z martwiczej śluzówki macicy po jej gruczołowym rozroście w obecności przetrwiałego pęcherzyka. Znajomość tego schorzenia jest wśród lekarzy na ogół mniej częsta, chociaż występuje np. u kobiet pomiędzy 40-tym a 45-tym rokiem życia w 30,6—33,6% (Lorentowicz), a leczenie polega wówczas częstokroć na błędnym i nieskutecznym zastosowaniu wszelkiego rodzaju preparatów sporyszowych. Ponieważ obraz kliniczny tego schorzenia jest zasadniczo ustalony i charakterystyczny, jako typowy obraz, który świadczy nam o zależności zmian w macicy od nadrzednego organu, jaki tworzy niewątpliwie jajnik, przypomnieć sobie musimy dla zrozumienia tematu krótko fizjologię narządów rozrodczych. Znajomość bowiem przebiegu krwawienia normalnego ułatwia zrozumienie krwawień patologicznych.

Stanowisko starych ginekologów, którzy tylko w śluzówce czy w mięśniu macicznym szukali przyczyn krwawienia, zostało zachwiane i obalone badaniami, które wyjaśniły rolę jajników i ich dominującego wpływu na zmiany, jakie przejawiają się w macicy. Nauka zaś o hormonach jajnikowych i korelacji jajnika z innymi gruczołami dokrewnymi doprowadziła nas do

poznania przyczyn różnorodnych schorzeń oraz dopomogła nam walczyć w zastosowaniu leczenia właściwego i zapobiegawczego. Przeszliśmy tym samym również w ginekologii do właściwego leczenia przyczynowego, jedynie skutecznego, porzucając nareszcie leczenie tak zwane po omacku — narażające chore częstokroć na różne kosztowne środki lecznicze, względnie niepotrzebne, nieraz poważne operacje.

Jako pewnik przyjmuje się dzisiaj, że cykl przemian napotykanych w macicy jest zależny bezwzględnie i jedynie od cyklu przemian, które odbywają się w jajniku. Badania Hitschmana, Adlera, R. Meyera, R. Schroedera oraz Rungego, potwierdzone również i uzupełnione przez badaczy naszych jak Lorentowicza i innych stwierdzają, że okres rozrostu śluzówki macicy (stadium proliferationis) trwa tak długo, jak długo dojrzewa pęcherzyk w jajniku i wydziela się folikulina. W preparacie histologicznym widzimy wąskie wyprostowane gruczoły z wysokimi ciemnymi komórkami gruczołowymi przy silnym podziale mitotycznym. Śluzówka dochodzi w końcu 10-dniowego okresu rozrostowego do 4 mm grubości. Dojrzały pęcherzyk Graafa pęka, następuje wydalenie jaja wraz z płynem pęcherzykowym (ovulatio) i z pęcherzyka wytwarza się ciątko żółte. Hormon ciątko żółtego wywołuje zmiany w śluzówce i mięśniu macicznym, a obraz histologiczny wykazuje już poskręcane szerokie gruczoły bez podziału jąder w komórkach gruczołowych, pojawienie się gli-

¹⁾Referat wygłoszony dnia 14 kwietnia 1946 w Lek Tow. w Bytomiu.

kogenu i wydzieliny w komórkach nabłonkowych warstwy czynnościowej (stadium secretio-nis); tym samym macica przygotowuje się do przyjęcia jaja zapłodnionego. Jeżeli zapłodnienie nie nastąpiło, ciałko żółte ulega przemianom wstęcznym, zamieniając się w ciałko białawe. Pojawienie się większej ilości białych ciałek krwi w tkance łącznej i rozpad jąder w komórkach gruczołowych charakteryzuje obraz początku miesiączki. Śluzówka rozpada się i wśród krwawienia z otwartych naczyń warstwy podstawowej ulega wydaleni. Proces ten zwany **miesiączką** trwa około 4 dni; cały natomiast cykl liczony od pierwszego dnia periodu, wynosi około 28 dni. Według Schroedera jajczkowanie następuje w 14—16 dnia cyklu, wedle Knausa natomiast dokładnie w 14-tym dniu przed pierwszym dniem następnej miesiączki. Tak więc według Knausa miesiączka występuje dokładnie w 14-tym dniu po owulacji, gdy jajo nie zostało zapłodnione. Natomiast zgodni są wszyscy badacze w tym, że prawidłowe miesiączkowanie nie występuje bez jajczkowania (nulla menstruat sine ovulatione).

Badania przeprowadzone na małpach (Carnier, Hartman z Baltimore) pozwoliły jednakże stwierdzić, że krwawienia mogą występować bez jajczkowania i bez wytwarzania się ciałka żółtego. Amerykanie mówią o „non ovulating bleeding” — krwawienie bez jajczkowania, — inni mówią o rzekomym miesiączkowaniu. Schroeder i jego szkoła natomiast są skłonni zaliczać je raczej do krwawień, spowodowanych martwicą śluzówki po niepełnym **jednofazowym** cyklu, przebiegającym w ten sposób, że pęcherzyk Graafa dojrzewa, śluzówka macicy się rozrasta, lecz jajczkowanie nie występuje, pęcherzyk wówczas nie pęka i nie wytwarza się właściwe ciałko żółte. Z tą chwilą, gdy pęcherzyk ulegnie zanikowi, folikulina nie wydziela się już więcej; na skutek tego powstaje martwica przerosłej śluzówki macicy; śluzówka zostaje wówczas mechanicznie wydalona wśród krwawienia. Cykl tych krwawień, występujących niezbyt regularnie, spotyka się u małp w okresie lata; dlatego też zapłodnienie u nich następuje tylko w okresie zimowym, gdy periody mają znów swój cykl prawidłowy — **dwufazowy**. Widzimy tu wielkie przystosowanie się natury do warunków klimatycznych, gdyż wychowanie potomstwa w porze zimowej napotykałoby na znaczne trudności. Analogiczne zjawisko do wymienionego „non ovulating bleeding” spotykamy również w życiu kobiet. W okresie dojrzewania płciowego, laktacji, a często powyżej 40-tego roku życia, a więc w okresie przed menopauzą, zauważyć można obniżoną zdolność do zapłodnienia, a liczne niewyjaśnione przypadki bezpłodności nasuwają podejrzenie, czy periodyczne krwawienia u tych kobiet nie wypływają z jednofazowego cyklu periodowego (Picinelli i Fana). Dokładne notowanie periodów za pomocą kalendarzyka ułatwia rozpoznanie i przyczynowe leczenie.

Cykl przemian w macicy jest uzależniony od czynności jajników, a właściwie mówiąc od hor-

monów, wydzielanych w pierwszym rzędzie przez jajniki. Pierwszy z nich — **folikulina** — wytwarza się w jajach i w pęcherzyku Graafa we wszystkich fazach, a więc w okresie wzrostu, dojrzewania pęcherzyka i w ciałku żółtym, dalej w trophoblaście i w łożysku. Rozwój pochwy, macicy i jajowodów zależy od ilości wydzielonego hormonu i stałego działania tego hormonu. Od niego zależy też rozwój drugorzędnych cech płciowych, a przede wszystkim gruczołów mlecznych oraz pewnych cech charakterystycznych tylko dla danej płci (functio vegetativa). Folikulina jako specyficzny hormon powodujący rozrost i utrzymujący napięcie mięśnia macicy nie wpływa na zmiany w samej śluzówce macicy, jakie się dokonują przed czy w czasie ciąży.

Natomiast **hormon ciałka żółtego**, odkryty przez Allena i Cornera, zwany progesteronem napotykamy poza samym ciałkiem żółtym w łożysku, w zaślinadzie groniastym, a w znacznej ilości hormon ten także bywa wydalany moczem ciężarnych. Przygotowuje on w śluzówce macicy łoża dla zapłodnionego jaja, przemienia śluzówkę w doczesną, oraz obniża w przeciwstawieniu do folikuliny napięcie mięśnia macicy, co wpływa na powiększanie się wnętrza jamy macicznej w czasie ciąży.

Praca każdego gruczołu, niemniej działalność poszczególnego hormonu zależna jest od czynności przysadki mózgowej. Wśród licznych hormonów, za pomocą których płata przedni przysadki mózgowej reguluje najróżniejsze czynności dokrewne, istnieją t. zw. **hormony gonadotropowe**, które wpływają na gruczoły płciowe. Rozwój, dojrzewanie oraz cykl przemian odbywających się w jajnikach uzależniony jest od zawartości wymienionych hormonów gonadotropowych. Hormon ten wytwarzający się w czasie ciąży w wielkiej ilości w kosmówce zostaje wydany moczem (prolan). Znane próby Ascheim-Zondeka polegają na obecności prolanu w moczu, a badania zwierząt, którym wstrzyknięto mocz ciężarnych, wykazują, że prolan może przetworzyć pęcherzyk w ciałko przypominające ciałko żółte, nie wywołując przy tym owulacji. Prolan działa więc na luteinizację pęcherzyka Graafa, co znajduje zastosowanie w lecznictwie.

Pod wpływem folikuliny śluzówka macicy rozwija się, gruczoły zmieniają z czasem swój kształt i układają się nieregularnie; komórki zaś nabłonkowe rozmnażając się znacznie przesuwają się w gruczołach koło siebie i układają się wprost w warstwach. Działanie folikuliny wpływa równocześnie na rozwój samego mięśnia macicznego. Jednak pomimo znacznego rozrostu mięśnia macicy sama jej jama nie powiększa się. Widoczny jest zatem wyraźny brak hormonu ciałka żółtego, czyli bodźca, który obniża napięcie mięśniowe, jak to widzimy w ciąży, kiedy jama macicy stale się powiększa. Stałe wydzielanie folikuliny podtrzymuje napięcie mięśnia macicy i przeciwdziała tym samym rozprzestrzenianiu się rozrastającej się śluzówki macicy. Jama macicy wypełnia się niebawem

szczelnie na skutek rozrostu przerosłej śluzówki, przez co poszczególne warstwy tej śluzówki ulegają uciśnięciu. Następstwem tego będą zaburzenia w krążeniu krwi i ogniskowa martwica tkanek. Zapoczątkowana nekroza śluzówki z pojawiającymi się małymi nasamprzód krwawieniami staje się bodźcem do wywoływania takich skurczów macicy, jakie spotykamy przy rodzeniu się n. p. polipów lub mięśniaków. Ciśnienie wewnątrzmaciczne zwiększa się — rzecz jasna, — a następstwem tego będą dalsze zaburzenia w krążeniu krwi i martwica coraz to większych płatów śluzówki.

Mamy przed sobą obraz, który właściwie samoistnie nie może się odwrócić, podczas gdy powierzchowne warstwy śluzówki odpadają, nowe odtwarzają się w głębi; jesteśmy jakoby w błędnym kole, dopóki działa folikulina. O ile pęcherzyk Graafa ulegnie zmianom zanikowym, czyli nastąpi nagle zaprzestanie działania folikuliny, odpada i wydziela się cała wybijająca i martwicza śluzówka, po czym ustaje krwawienie. Jednakże często zdarza się, że po krótkiej przerwie cały obraz chorobowy znowu się ponawia, krwawienie potęguje się nawet i trwać może kilka miesięcy, powodując groźną niedokrwistość wtórną. Przyjmujemy wtedy, że powstać musiał w międzyczasie drugi i trzeci pęcherzyk, który nie pękł, natomiast wywarł swój wpływ na śluzówkę macicy, na układ mięśniowy, podtrzymując nadal znaczne napięcie włókien mięsnych macicy.

Charakterystycznym poniekąd objawem całego tego schorzenia jest to, że, mimo ciągłości nieomal krwawień, brak jest większych dolegliwości. Kobiety, które cierpiały na dolegliwości znaczne przed- czy poperiodowe, nie mają żadnych wprost bólów w okresie tych jednofazowych krwawień. Brak hormonu ciała żółtego jest tu widoczny — nie występują właściwe skurcze mięśni macicznych.

Z powyższym obrazem krwawień z nartwicznej śluzówki po jej gruczolowym rozroście w obecności przetrwałego pęcherzyka spotykamy się dosyć często w okresie dojrzewania, rzadziej w okresie pełnej dojrzałości płciowej, najczęściej natomiast w okresie praemenopauzy. Badaniem ginekologicznym stwierdzamy, powiększona macica, dochodząca nieraz do wielkości 3-miesięcznej ciąży, lecz o konsystencji twardej. Część pochwowa macicy może mieć zabarwienie macicy ciężarnej, a mniejsza lub większa drożność szyjki macicy, napotykana również przy macicach dziewiczych, a świadcząc, że macica pragnie podobnie jak przy poronieniu niepełnym, polipie czy mięśniaku podśluzówkowym wydalić wybijającą śluzówkę na zewnątrz, utrudnia nieraz rozpoznanie. Jajnik jest częstokroć powiększony, a nawet ze względu na wielkość może budzić podejrzenie nowotworu. O ile z jednej strony omawiamy gruczolowy rozrost śluzówki macicy nie nabiera nigdy cech złośliwości i nie przechodzi w bujanie rakowe, jak to badania kliniczne dotąd wykazały, to jednak z drugiej strony znana jest postać znacznego przerostu śluzówki macicy,

powodująca również krwawienia, na wskutek nowotworów złośliwych jajnika t. zw. guzów otaczki ziarnistej pęcherzyka Graafa (*Granulosa-cell-tumor*). Z tym schorzeniem spotykamy się zazwyczaj w kilka lat po przekwitaniu.

Dla rozpoznania gruczolowego przerostu śluzówki macicy niezbędne jest **badanie drobnowidowe wyskrobiny**. Jednakże obraz histologiczny zawsze zależny będzie od okresu, w jakim wyłuszczamy jamę macicy. Chore zgłaszają się najczęściej wtedy, gdy krwawienia trwają już tygodniami, a nawet miesiącami i wszelkie leki, zazwyczaj sporyszowe zawiodły. W okresie znacznego rozrostu śluzówki nawet już mikroskopowa widoczne są w masach wyskrobin liczne małe torbielki, dochodzące do wielkości łebka szpilki, badanie zaś mikroskopowe daje nam typowy obraz z okresu proliferacji śluzówki. Z tą chwilą jednak, gdy wystąpiło już krwawienie, widoczne są miejsca, gdzie śluzówka obumiera z powodu zaciopowania naczyń krwionośnych zakrzepami krwi. Jeżeli krwawienie trwało już przez czas dłuższy (tygodnie czy nawet miesiące), cała jama macicy może być zupełnie pusta, a wyskrobina tak niska, że badania mikroskopowego nie można wprost wykonać dla braku materiału. Będzie to ten okres, gdy martwicza śluzówka już odpadła, a folikulina przestała działać. Rozpoznanie będzie musiało się wtedy oprzeć na wywiadach i stanie przedmiotowym.

Obraz chorobowy przebiegać może — jak widzimy — pod różnymi postaciami, a ciężkość schorzenia zależeć będzie od tego, jak silnie i jak długo działać będzie hormon przetrwałego pęcherzyka. **W łagodnej postaci** — krwawienia przypominają lub nie wiele różnią się od normalnego periodu z tym, że po pewnym jego opóźnieniu krwawienie się przedłuża do 7, 14 a nawet 20 dni, lecz może się znów samoistnie zatrzymać. Przypuszczamy, że albo pęcherzyk uległ szybkiemu zanikowi, albo wytworzył się nowy pęcherzyk, który pękł i zamienił się po wydaleniu jaja w ciało żółte. Powstał więc znowu prawidłowy cykl periodowy dwufazowy. **W postaciach cięższych** — krwawienia zjawiają się w okresie niby periodowym, przedłużają się, jednakże znacznie, a nieraz po kilkudniowej przerwie znowu występują z większym nawet nasileniem. Samoistne wyleczenie nie następuje zazwyczaj; wkroczenie lekarskie bywa konieczne. Są to postaci chorobowe, w których napotykaną często zwyrodnienie torbielawate jajników, świadczące o przetrwaniu i zaniku licznych niepekniętych pęcherzyków. Krwawienia takie zjawiać się mogą nieraz po krótszym lub dłuższym braku miesiączkowania (od kilku tygodni do kilku miesięcy), czasem bardzo niespodziewanie i z wielkim nasileniem. Wtedy samoistne zatrzymanie się krwawienia nie następuje w ogóle, a nawet wyskrobanie jamy macicy będzie mało znaczącym środkiem zaradczym. Obraz chorobowy może być bardzo ciężki. Ciężka postać anemii wtórnej stawia nas przed trudnym zagadnieniem.

Biorąc pod uwagę dotychczasowe rozważa-

nia — krwawienia wywołane obecnością przetrwałego pęcherzyka ustają wtedy, gdy:

1) przetrwały pęcherzyk pęka i następuje prawidłowa luteinizacja,

2) obok przetrwałego pęcherzyka wytworzy się nowy pęcherzyk, który pęka, wypłynie jajko i wytworzy się ciałko żółte,

3) przetrwały pęcherzyk wyczerpie się i stanie się „atretycznym”, a wtedy złuszczy się wybijającą śluzówką stopniowo i odpadnie.

Wybór sposobu leczenia zależy będzie od wieku chorej, jej stanu ogólnego i nastawienia psychicznego. U młodocianych leczenie polegać będzie na wytworzeniu prawidłowego cyklu miesięczkowego, doprowadzeniu hormonów, które mogą zmienić pęcherzyk w ciałko żółte. Wyłyżeczkowanie jamy macicy będzie raczej środkiem rozpoznawczym, a środki hormonalne, szczególnie preparaty gonotropowe będą właściwym środkiem leczniczym. Częstość natrafiać można przy badaniu ginekologicznym na jajnik powiększony; zgniecenie tej torbielki jajnikowej stanowić może o samowyleczeniu. Podobne postępowanie będzie w okresie dojrzałości płciowej. W okresie przekwitania można już stosować różne metody lecznicze, a wyłyżeczkowanie jamy macicy z badaniem drobnowidowym będzie nieodzownym uzupełnieniem rozpoznawczym i leczniczym.

Wyłyżeczkowanie jamy macicy usuwa schorzącą wybijającą śluzówkę, stwarza powierzchnię gładką, na której odradza się normalny nabłonek — chociaż tylko na pewien czas. Z wyskrobiny rozpoznać możemy rodzaj schorzenia i nie przeoczmy resztek łożyskowych, mięśniaka macicy, czy też tworzącego się raka macicy. O ile w jednych przypadkach przerasta śluzówka wypełnia ściśle całe wnętrze macicy i przypomina twory polipowate, zwisające ku ujściu macicy, to w innych napotyka się na zupełnie próżną macicę, gdy nastąpiło już poprzednie wydzielenie się tejże śluzówki. Po wyłyżeczkowaniu należy zastosować albo leczenie hormonalne, albo leczenie polegające na zadziałaniu na narząd wywołujący krwawienie t. zn. jajniki w pierwszym rzędzie względnie na narząd krwawiący: macicę.

Im starsza będzie chora, t. zn. im więcej przybliży się do okresu przekwitania, tym decyzja, do leczenia radykalnego będzie łatwiejsza. Już w kilka dni po wyłyżeczkowaniu jamy macicy i po wykluczeniu złośliwych zmian w macicy poddaje się chorą leczeniu **promieniami Roentgena**. Zazwyczaj następuje brak miesiączki, chociaż w pojedynczych przypadkach zjawia się jeszcze krwawienie okresowe w następnych 2 miesiącach. W ostatnich latach skłaniano się raczej do zakładania **radu** wśródmacicznie zaraz, względnie w najbliższych dniach, po wyłyżeczkowaniu jamy macicy. Miękkie promienie radu powodują zniszczenie endometrium i prowadzą do atrofii, a większa dawka t. zw. kastracyjna prowadzi równocześnie do zaniku czynności jajników. Stwierdza się przy tym, że ogólne objawy wypadowe po radzie są mniej, niż po leczeniu promieniami Roentgena,

oraz że krwawienia ustają zupełnie. Ujemną wszelako stroną tak leczenia Roentgenem i radem są objawy następowe w postaci znacznych uderzeń do głowy i bólów głowy, wymiotów i niedomagań ze strony układu nerwowego. Chore z chwiejnym układem wegetatywnym znoszą te cierpienia szczególnie dotkliwie. Poza tym występują szczególnie po zastosowaniu radu bardzo nieprzyjemne upławy, które utrzymują się przez całe miesiące, przez co chora znajduje się stale pod wrażeniem niewyleczenia. Porównawczo jednakże leczenie radem przewyższa terapię roentgenowską, gdyż reakcja całego ustroju jest mniejsza i nawroty są rzadkie, a jako zabieg, który nie daje wyników śmiertelnych zastępuje zupełnie operatywne usunięcie macicy. Pamiętać jednakże zawsze musimy, że przy zastosowaniu radu, czy promieni Roentgena wiek chorej musi być uwzględniony, a ze względu na dawkowanie, rozpoznanie winno być potwierdzone uprzednio badaniem drobnowidowym.

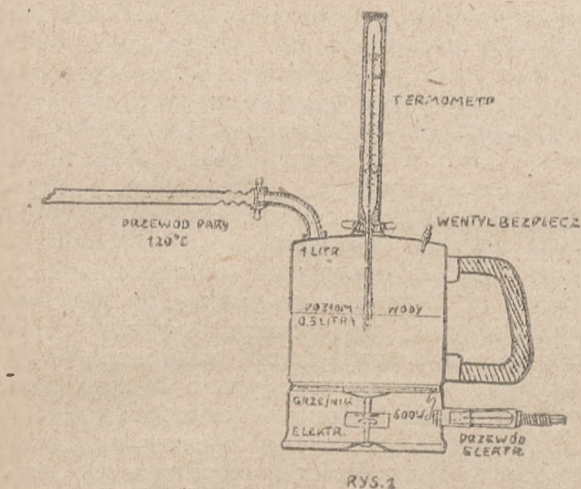
Z zabiegów operacyjnych stosowanych przy tego rodzaju krwawieniach wchodzi w grę: częściowe czy całkowite usunięcie jajników wzgl. macicy. Znajdują one zastosowanie w wyjątkowych przypadkach.

W pewnych klinikach znalazła w ostatnich latach pełne uznanie t. zw. „**chemiczna ekscypacja macicy**” za pomocą chlorku cynku. W krytycznym swym ujęciu Podleschika dochodzi jednakże do następującego wniosku: ponieważ działania wkładki z chlorkiem cynku zakładanej do wnętrza macicy nie można dawkować, przychodzi przy zbyt małym działaniu do nawrotów, przy zbyt wielkim natomiast do obliteracji częściowej lub zwiężenia ujścia z zatrzymaniem się krwi w jamie macicznej i jajowodach.

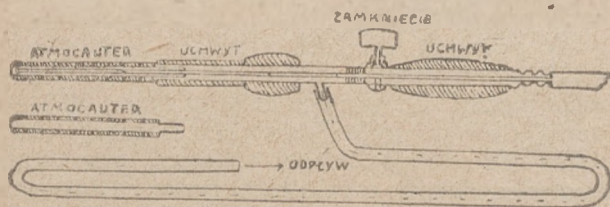
Pewnego rodzaju konkurencyjną metodą w przypadkach silnych krwawień wymagających interwencji lekarskiej w tym znaczeniu, że krwawienie musi być opanowane, jest t. zw. **atmocausis** czyli leczenie za pomocą bieżącej pary wodnej (waporyzacja). Metodę tę stosuję z zupełnie zadowalającym wynikiem. O ile zniszczenie śluzówki macicy, względnie wnętrza macicy, za pomocą wkładów chemicznych wymaga leczenia szpitalnego około 10-dniowego, to atmocausis przeprowadzać można bez większych obaw i następstw również ambulatoryjnie. Do twierdzenia Fritscha, że leczenie za pomocą bieżącej pary wodnej jest bezbolesne, bezpieczne i skuteczne, dodać jeszcze można, że jest zabiegiem tanim, łatwym i nie dającym tych powikłań wypadowych, o których wspominałem powyżej. Wstrząs operacyjny jest stosunkowo mały. 0,5 — 1 ccm Evip. Natrium podane dożylnie zazwyczaj wystarcza, by przeprowadzić zabieg zupełnie bezbolesnie.

Leczenie za pomocą bieżącej pary wodnej nie jest metodą nową. W końcu ubiegłego stulecia podaje wyniki działania pary wodnej na krwawienia Rosjanin Snegirew, a w roku 1902 Ludwik Pincus podaje w obszernej monografii sposób i wyniki leczenia za pomocą waporyzacji. W r. 1933 Stoeckel z berlińskiej kliniki występuje za zastosowaniem tej metody, szczegól-

nie że mimo nowszych sposobów leczenia atmo-
causis jamy macicy wypełnia do pewnego stop-
nia lukę w leczeniu krwawień. Aparatura zo-
stała ostatnio udoskonalona i jest w użyciu jako
zupełnie bezpieczna.



RYS. 1



RYS. 2

Kocioł o zawartości 1-litra ma u góry 3 otwory: do
środkowego, przez który wlewa się wodę destylowaną,
wkręca się termometr, jeden otwór stanowi wentyl bez-
pieczeństwa drugi służy dla połączenia z przewodem
odprowadzającym parę. Kocioł napełnia się do połowy
wodą destylowaną. W dnie kotła znajduje się grzejnik
elektryczny: temperatura winna się podnieść do 120
stopni. Po odpuszczeniu wody kondensowanej wprowa-
dza się rurę przewodu odprowadzającego za pomocą at-
mokautera do jamy macicznej. Podobnie jak w przy-
rządzie Fritsch-Bozemana para, która przeszła poprzez
macicę spływa rurą odprowadzającą do wiadra. (Rys.
1 i 2)

Działanie pary wodnej na oczyszczoną przez
wyłóżczkowanie ścianę macicy trwać winno
40—180 sekund zależnie od wieku chorej i od
tego, jak głębokich zmian chcemy dokonać
w samej macicy. Atmokauter odpowiedniej gru-
bości wprowadzamy po rozszerzeniu szyjki aż
do dna macicy, a następnie kilkakrotnie powoli
go wyciągamy, przy czym za każdym razem
wpuszczamy na przeciąg około 20—60 sekund
parę wodną. Tym samym poddajemy działaniu
pary wodnej całe wnętrze macicy. Zabieg taki
wykonałem w kilku przypadkach bez znieczu-
lenia po poprzednio już przeprowadzonym wy-
łóżczkowaniu. Według oświadczeń chorych
sam zabieg jest mniej bolesny, niżli uprzednie
wyłóżczkowanie. Na ogół jednakowoż stosuję
znieczulenie ewipanem, gdyż szum wydobywają-
cej się pary wodnej robi dosyć niemiłe wraże-
nie, a po drugie wykonuję przed kaustyką wy-
łóżczkowanie względnie ponowne wyczyszcze-

nie i osuszenie wnętrza macicy dla lepszego za-
działania pary wodnej. Wynik polega na tym,
że krwawienie ustaje nieomal natychmiast; wy-
dzieliny krwawe trwać mogą jeszcze przez kilka
dni, lecz kończą się z chwilą wydalenia zgorze-
linowych strzępów. Jama macicy ulega w mniej-
szym lub większym stopniu obliteracji.

Brak krwawień, chociaż tylko na kilka mie-
sięcy, jest już znacznym wynikiem leczniczym.
Częstokroć zdarza się, że krwawienie w ogóle
już nie występuje; w innych natomiast przypad-
kach pojawia się ono po miesiącu, czy też po
kilku miesiącach, trwa jednakże już krócej i na-
biera cech prawidłowej miesiączki. W tych przy-
padkach nastąpiła prawidłowa odnowa śluzów-
ki macicy. Kobes podaje 91% dobrych wyników
przy zastosowaniu bieżącej pary wodnej w przy-
padkach krwawień macicznych, podobnie Fuchs
i Nordmeyer. Zbyt szczupła stosunkowo ilość
przypadków własnych oraz krótki czasokres ob-
szerwacji nie pozwala mi na wysnucie ostatecz-
nych wniosków, jednakże stwierdzić mogę, że
zabieg daje wynik dobry przy stosunkowo ma-
łym wstrząsie dla chorej, oraz że jest doskona-
łym wprost środkiem pomocniczym w leczeniu
doraźnym bardzo silnie nieraz wykrwawionych,
gdzie każdy inny zabieg jest zbyt ciężki albo le-
czenie wymaga pewnego czasokresu do osią-
gnięcia wyniku ostatecznego.

Poniżej przytaczam kilka przypadków dla
zobrazowania wyników powyższej metody:

1) Choroba K. A. lat 45, rodziła 4 razy, nie ronitą;
od sierpnia 1942 r. chudnie i słabnie, krwawi co 2 ty-
godnie i silnie odczuwa znaczne bóle i uderzenia do
głowy. Początek schorzenia łączy z otrzymaną wiado-
mością, że jedyny jej syn zaginął. W X. 1942 r. udaje
się do szpitala, gdzie otrzymała zastrzyki i jakieś „na-
świetlanie głowy”. Wyłóżczkowania ani na-
świetlań brzucha nie wykonywano. Krwawienia ponoć
się zmniejszyły, w lutym i marcu 1943 period nawet
nie wystąpił. Następnie jednakże pojawiają się krwa-
wienia bardzo silne, nie dające się powstrzymać za-
strzykami secacorniny, gynergenu itp. Dnia 27 maja
1943 r. zgłasza się do mnie do badania Chora 165 cm.
wysoka, o wadze 56,8 kg. jest silnie nowowa i niespo-
kojna. Skóra i błony śluzowe są zabarwione żółtawo-
błede. Hb.: 45%, ciśnienie krwi 115/65. Bad. gin.: ma-
lica wielka, twarda, nierówna, lekko pochylona ku ty-
łowi, w przydatkach i przymacieczach zmian żadnych
nie stwierdza się; wydzielina z cewki i szyjki wykazuje
czystość III. stopnia; białka i cukru w moczu nie stwier-
dza się. Wyłóżczkowanie z badaniem drobnowidowym
potwierdza rozpoznanie: Hyperplasia glandularis cysti-
ca. Stan poprawił się następnie po zastosowaniu róż-
nych środków farmakologicznych, lecz po 2 miesiącach
krwawienia stały się znów silniejsze. Chora zgłasza się
ponownie 26. sierpnia 1943. W znieczuleniu ewipanowym
przepuściłem po ponownym wyłóżczkowaniu i wyłu-
szeniu macicy bieżącą parę wodną czterokrotnie po 45
sec. Pacj. przestała zupełnie krwawić. Odłód stan cho-
rej stale się poprawiał: do listopada 1944 r. chora krwa-
wień żadnych więcej nie miała.

2) Cz. J. lat 44 P 1 — Ab 3. Od kilku miesięcy
znaczne nieregularne niebolesne krwawienia; leczona
kroplami i zastrzykami bezskutecznie. Zgłasza się 28.
II 1943 wykrwawiona i osłabiona. 17. III 1943 wyłu-
żczkowanie: drobnowidowe badanie potwierdza roz-
rost gruczołowy śluzówki. Zastosowałem nasamprzód
duże dawki cytynu; krwawienie wystąpiło nawet silniej-

szo. 13. maja 1943 wykonałem atmocausis. Do końca marca 1945 r. pacj. nie krwawiła więcej.

3) B. J. (hist. chor. 232/45) lat 44. P. II - Ab, Z powodu nieregularnych periodów z krwotokami wykonano wyłyżeczkowanie w r. 1944. Ponieważ po dwukrotnej przerwie krwawienia znów wystąpiły, zgłasza się 6. X. 45 na oddział. Obok normalnej macicy stwierdza się po prawej stronie mały torbielowaty jajnik. Chora cierpi poza tym na *arthritis deformans* i *vitium cordis*. Wyłyżeczkowanie z dnia 10. X. 1945 wykazuje rozrost gruczolowy śluzówki, potwierdzony histologicznym badaniem 15. X. 1945. Wprowadziłem bieżącą parę wodną 3 razy po 40 sec. Dnia 27. II. 1946, t. j. po przeszło 4 miesiącach pacj. dostaje period, który trwa 3 dni, dnia 21. III. znów prawidłową miesięczkę dwudniową; czuje się dobrze.

4) Bardzo charakterystyczny jest następujący przypadek Chora H. J. (h. chor. 121/46.) lat 41, P. II - Ab, O. Od 14. — 39 r. życia miała periody mniej więcej co 3 tygodnie, trwające 7 — 9 dni, mierne, niebolesne. Następnie zaczęła silniej krwawić, wobec czego wykonano w VII. 1945 r. wyłyżeczkowanie. Krwawienie ustało, lecz po zwolnieniu ze szpitala pojawiło się ponownie. Powraca do szpitala, lecz krwawienie zatrzymuje się samorzutnie. W styczniu br. krwawiła znów przez 3 tygodnie, po dwu tygodniowej przerwie krwawi od 15. lutego aż do 21. marca, kiedy to po raz pierwszy zgłasza się u mnie na oddziale. Stan przy przyjęciu: Hb — 35%, ilość ciałek czerwonych 2040000; badanie ginek.: obok twardej, wielkiej macicy znajduje się po stronie lewej torbielowaty guz wielkości jaja gęsiego. Ze względu na stan ciężki chorej natychmiastowy zabieg: wydobywa się wielkie ilości gruczolawej tkanki z wnętrza macicy, którą rozpoznaje się już makroskopowo, jako rozrost gruczolowy śluzówki macicy. Wobec tego wykonuje się natychmiast po wysuszeniu macicy atmocausis, przepuszczając trzykrotnie po 60 sekund bieżącą parę wodną. Z jajnika wydobywa się drogą nakłucia około 50 ccm żółtawego, przeźroczystego płynu. Zabieg wykonano w znieczuleniu ewipanowym (0,5 ccm). Drobnowidowe badanie potwierdziło rozpoznanie. Pacj. odchodzi z oddziału na własne życzenie w 4. dniu po zabiegu. Nie krwawi.

5) W tym przypadku musiałem zastosować zabieg dwukrotnie: Chora B. A. lat 45 zgłasza się we wrześniu ub. r. z powodu znacznych krwawień od 6 miesięcy. Na zabieg decyduje się dopiero w styczniu br. gdyż czuje się bardzo wyczerpana. Sonda wprowadzona osiąga dno macicy na 12-tym cmtr. Po wyłyżeczkowaniu wprowadza się bieżącą parę wodną 4 razy po 30 sec. Pacj. w domu gorączkuje, krwawienie utrzymuje się lekko, wkrótce nasila się powtórzenie zabiegu dnia 23. lutego 3 razy po 60 sec. Badanie z dnia 5. IV.: sonda wchodzi zaledwie 6 cmtr., a 14. IV. (demonstracja chorej) na 4 — 5 cmtr. Widocznie nastąpiła obliteracja częściowa macicy.

Z powyższych danych wynika, że atmocausis jest zabiegiem drobnym, a mimo to daje w przypadkach dobrze wybranych wyniki pomysłne; w doraźnych ratuje życie chorych. Wprowadzenie bieżącej pary wodnej ma również zastosowanie w leczeniu zaradczym u młodocianych przy przerście śluzówki po wykonanym poprzednio wyłyżeczkowaniu, gdy inne, przed tym zastosowane leczenie z różnych względów nie zdołało powstrzymać krwawienia.

W okresie pokwitania jak również w czasie dojrzałości płciowej winniśmy starać się przeciwdziałać krwawieniom leczeniem przyczynowym. Jest to leczenie niestety w dzisiejszych cza-

sach u nas bardzo kosztowne, a częstokroć nawet niewykonalne dla braku odpowiednich lekarstw. Stoją do naszej dyspozycji metody leczenia albo polegające na zastosowaniu środków, które podniecają pewne narządy do wydawniejszej pracy, t. zw. **metoda stymulacyjna**, względnie **substytucyjna**, dostarczająca wprost organizmowi takich środków, których mu brak dla zwalczania choroby. Ponieważ przy jednofazowych krwawieniach nie ma właściwego ciała żółtego, leczenie polegać będzie na dostarczeniu organizmowi ciała, które zdołałoby niejak skłonić jajnik do owulacji i do wytworzenia ciała żółtego. Służą do tego hormony przedniego płata przysadki mózgowej. Przedni płat przysadki mózgowej dostarcza jednakże oprócz ciała działających luteinizującego, również hormony oestrogenne. Ponieważ tym samym, jak dotąd, trudno jest jeszcze otrzymać w handlu preparaty, które wywołują tylko luteinizację komórek warstwy ziarnistej, posługujemy się w praktyce preparatami, zawierającymi gonatropowy hormon, wydobyty z moczu ciężarnych jak: prolan, pregnyl, praehormon. Duże dawki po 2000 szczurzych jednostek podaje się chorej przez 3—4 dni codziennie. Ponieważ kosmówka dostarcza wielkich ilości hormonu luteinizującego, wobec tego stosuje się **przetoczenie krwi ciężarnych** w ilościach 400—500 ccm. Również zastrzyki **surowicy krwi kobyłej** (anteron) dają dobre wyniki. Wątpliwe jest jednak, czy środki uzyskane bądź z moczu, bądź z surowicy ciężarnych mogą wywołać pęknięcie pęcherzyka i wytworzenie właściwego ciała żółtego. Jedynie połączenie środków powyższych z wyciągiem z przysadki mózgowej ewtl. z wszczepieniem przysadki mózgowej, podwyższa szanse leczenia przyczynowego. Pewnego rodzaju podejściem jest zastosowanie **wielkich dawek folikuliny** (100000 jedn.), która zadziała jakoby hamująco na dalsze wytwarzanie się hormonu oestrogennego przysadki mózgowej, w następstwie czego przyść może do owulacji (Hohlweg, Dohrn, Clauberg). Leczenie natomiast substytucyjne polegać będzie na dostarczeniu **hormonu ciała żółtego**, którego zadaniem będzie zamienić śluzówkę przerostową w wydzielniczą. Podaje się **300—600 mg doustnie czy domięśniowo** w przeciągu 8—10 dni, po czym zazwyczaj krwawienie ustaje. Leczenie takie trzeba powtarzać nie raz przez kilka miesięcy, aż samoistnie wytworzy się znów ciało żółte w jajniku. Na skutek uzyskania w ostatnich latach **wodnego roztworu ciała żółtego** udało się zastrzykami dożylnymi progesteronu wstrzymać krwawienie natychmiast przez podanie 10—40-mg tego preparatu w ciągu 2 dni. Działanie tłumaczyć można sobie albo nagłym przetworzeniem fazy przerostowej w wydzielniczą, — o ile krwawienie ustało natychmiast, albo pewnego rodzaju sparaliżowaniem działania folikuliny nagłym uderzeniem progesteronu. Próbowano również wszczepiać t. zw. **kryształki z progesteronem** podobnie jak i folikuliny przy objawach następnych po wytrzebieniu, lecz metoda ta nie znalazła większego zastosowania.

Gdy w r. 1935 Laquerowi udało się z jader byków wyizolować testosteron, a następnie innym (Ruzicka, Butenandt) otrzymać go syntetycznie z cholesterolu, rozpoczęto również w ginekologii stosować hormon męski szczególnie w przypadkach mięśniakowatej macicy, metropatii krwotocznej, oirzymując wyniki dobre. Przy rozroście torbielowato-gruczolowym śluzówki macicy dawkowanie winno być wysokie — co najmniej 250 mg, by uzyskać zanik śluzówki i powstrzymanie krwawienia. Badania Schoellera, Hohlwega i innych wykazały, że testosteron powoduje zanik gruczołów śluzówki drogą działania hamującego na folikulotropową funkcję przedniego płata przysadki mózgowej. Przez wykluczenie tej czynności przysadki mózgowej następuje zmniejszenie, w końcu zanik wydzielania folikuliny, w następstwie czego krwawienie ustaje. Natomiast Gyoery i Pali na podstawie swych badań są raczej skłonni przypisać testosteronowi właściwość podobną do ciała żółtego, polegającą na wytworzeniu fazy wydzielniczej. Ponieważ jednak dotychczasowe badania nie wykluczają dostatecznie szkodliwego działania hormonu męskiego na działalność jajnika, unikać należy podawania testosteronu przy rozroście w okresach pokwitania i dojrzałości.

Jako uzupełnienie powyższych metod leczniczych we wszystkich okresach życia służyć będzie **witamin C** podawany w dawkach wysokich po 500 mg domięśniowo, wzgl. lepiej doustnie. Na czym polega jego działanie? Witaminy są — jak wiadomo — częścią składową pożywienia. Mimo stosunkowo małych ich ilości, spotykanych w poszczególnych potrawach, stanowią witaminy nieodzowny składnik, potrzebny dla rozwoju i utrzymania organizmu zwierzęcego. Stwierdzono dalej, że istnieje pewien czynnościowy stosunek między hormonami, a witaminami, polegający na synergizmie i antagonizmie wzajemnym. Takie współ- i przeciwdziałanie można widzieć w zaburzeniach hormonalnych. Antagonistycznie działa n. p. witamin A w stosunku do hormonu tarczycy, podczas gdy brak witaminu E prowadzi do zaniku czynności tegoż gruczołu. Witamin C pozostaje w różnorodnym stosunku do gruczołów dokrewnych. Wydobytą w r. 1928 przez Szent-Györgyi'ego z nadnercza substancję r. zw. kwas heksuronowy okazała się identyczną z witaminem C; wskutek specyficznego działania przeciw skorbutowi nadano jej nazwę kwasu askorbinowego. Wielką zawartość tego kwasu stwierdza się poza roślinnymi substancjami m. i. w nadnerczu, przysadce, mózgu oraz w gruczołach płciowych, a także i w ciele żółtym. Brak witaminu C wywołuje schorzenie znane jako skorbut z objawami krwawień na tle wzmożonej przepuszczalności naczyń. Badania Tonutti'ego, Matznera, Winklera i i. wykazały, że między czynnością jajników, a zawartością kwasu askorbinowego istnieje pewna równowaga. Wytwórczość folikuliny oraz hormonu ciała żółtego jest uzależniona od dostatecznej ilości witaminu C. Korzystne wyniki po stosowaniu

witaminu C tłumaczymy sobie wobec powyższego tym, że usuwając hypowitaminozę wpływamy z jednej strony na sam proces chorobowy drogą działania pośredniego, a z drugiej strony większy dopływ witaminu C wywołuje farmakologiczne działanie na gruczoły dokrewne i wegetatywny układ nerwowy.

Jeżeli już zawadzają wszystkie środki farmakologiczne w leczeniu krwawień, szczególnie u młodocianych, należy spróbować **naświetlić śledzionę promieniami Roentgena**, zanim przystąpi się do radykalniejszego sposobu leczenia, do naświetlań jajników Roentgenem lub radem wśródmacicznie, wzgl. do zastosowania leczenia operacyjnego.

Reasumując dotychczasowe rozważania dochodzimy do stwierdzenia, że w krwawieniach, spowodowanych rozrostem śluzówki macicy, z bliżej dotąd nieznanym nam przyczyn hormonalnych nie przychodzi do pęknięcia pęcherzyka Graafa, co w następstwie wywołuje schorzenie, o charakterystycznym obrazie histologicznym i klinicznym. Na ogół zadowalamy się też takim poglądem, że istnieje pewne zaburzenie hormonalne, a leczenie, przeprowadzone według powyżej naszkicowanych sposobów, daje dobre wyniki. Jaka jest jednakowoż właściwa przyczyna tych hormonalnych zaburzeń, nie jest dotychczas wyświetlone w zupełności. Ze względu na zapobieganie powstaniu tego schorzenia, jak również celem uniknięcia nawrotów, zagadnienie to zasługuje na omówienie. I tak Sellheim już w r. 1923 próbował tłumaczyć powstanie metropatii krwotocznej nadmierną pracą zawodową, oraz nieprawidłowym nastawieniem życia płciowego. Kraus łączył to schorzenie z chroniczną sprawą zapalną powierzchni jajnika, natomiast Kirchhoff (1936 i 1939 r.) i Stolz (1940 r.) przypisywali wielkie znaczenie w powstawaniu jednofazowych krwawień wpływom meteorologicznym. Baniecki (1938) szukał znowu przyczyny w pierwotnej, czyli endogennej, zmniejszonej wartościowości całego dokrewnego systemu, jak niedorozwój narządów rozrodczych, rozrost śluzówki bezpośrednio po porodzie, a co najważniejsze, po poronieniach, kiedy to nagłe przerwanie rozwijającej się ciąży wywołuje znaczne rozkojarzenie w całym układzie dokrewnym. Duchowy konflikt i niepokój w przypadku poronienia potęguje jeszcze rozdzwięk w skomplikowanym systemie korelacji. Tacherne (1940 r.) zaś uważa, że schorzenie centralnego układu nerwowego, a w szczególności międzymózgowia i przysadki mózgowej, może wywołać tego rodzaju zaburzenia, a pogląd swój opiera na obserwacji przypadku gdzie po postrzale w okolicę siodełka tureckiego 26-letnia kobieta, mająca dotąd periody prawidłowe, straciła na przeciąg 6 miesięcy periody, a następnie krwawiła silnie na skutek powstania gruczolowego rozrostu śluzówki macicy. O ile więc, według wyżej przytoczonych poglądów różnych badaczy, zestawionych w rozważaniach H. O. Kleine'go, najróżniejsze przyczyny mogą wywołać ten sam obraz chorobowy, wynika z tego, że szukać na-

leży takiego narządu, w którym skupiałyby się te wszelkie wpływy zewnętrzne czy wewnętrzne, cielesne czy duchowe. Niewątpliwie będzie to system nerwowy. Świadczyć o tym też badania Müllera, które wskazują na wpływ wegetatywnego systemu nerwowego na czynność kobiecych narządów rodnych. Ośrodki wegetatywnego systemu nerwowego znajdują się głównie w międzymózgowiu. Wszelkie podniety duchowe czy też przejawy lęku, strachu, złości, wstrętu itp. powstają najprawdopodobniej we wzgórku (thalamus). Natomiast w ciążkach sutkowych (corpora mamillaria), znajdujących się w tak bliskim sąsiedztwie, odbywać się ma, według wszelkich przypuszczeń, właściwa regulacja czynności narządów rozrodczych — regulacja poprzez przysadkę mózgową. Cały więc ten system międzymózgowia wraz z przysadką mózgową tworzyć ma według obecnych poglądów jednolitą całość czynnościową, regulującą życie płciowe z wszelkimi jego przejawami. Powstanie więc gruczołowego rozrostu śluzówki macicy w obecności przetrwałego pęcherzyka Graafa może być wywołane — jak z tego wynika — przez różnego rodzaju bodźce ekso- czy endogenne, które wpływają bądź to na przysadkę mózgową, bądź to na wzgórek wzrokowy czy na wegetatywny układ nerwowy. Dlaczego w jednych przypadkach następuje utrata periodu, nieraz na kilka miesięcy, w innych zaś utrzymują się długie, z opóźnieniem występujące miesiączki, często nawet bardzo bolesne, lub krwawienia wyżej opisane, o typie jednofazowym, to zależy prawdopodobnie od tego, w jakim momencie cyklu periodowego ten ekso- czy endogenne bodziec zadziałał, jak również i od tego, jaka jest siła jego działania.

W końcu nadmienić można, że porównawcze zestawienie przypadków z rozrostem gru-

czołowym śluzówki macicy wykazuje stosunkowo większą ilość przypadków stwierdzonych w okresie zimy i wczesnej wiosny (listopad do maja), co wskazywać mogłoby na zmniejszenie w ustroju witaminów, w szczególności witaminy C.

O ile więc czynnikiem przygotowawczym do pojawienia się tego schorzenia w postaci jednofazowych krwawień będzie czy to niedorozwój macicy, czy znów zachwianie równowagi we wzajemnej działalności gruczołów dokrewnych (liczne porody, poronienia, okres pokwitania i przekwitania) — zawsze będzie mieć wielkie znaczenie czynnik wywołujący. Czynnikiem tym może być przemęczenie fizyczne, czy też psychiczne, bądź też silne podniecie czuciowe i zmysłowe, a także i brak odpowiedniego odżywiania.

Wynika z tego, że ujęcie całego obrazu pozwoli nam dopiero ustalić odpowiednie leczenie i zrozumieć, dlaczego leczenie to musi być indywidualizowane, a nie schematyczne.

Piśmiennictwo:

- 1) Elert (streszczenie z posiedzenia gin 19. III w Berlinie) Geb. u. Frauen. 1943 str. 220; 2) Frankl cyt. w Gin. P. 1938 str. 85; 3) Guggisberg Biol. u. Path. 1942/II; 4) Gyoery i Pali, Geb. u. Fr. 1943 str. 345; 5) Husslein, Ztbl. f. Gyn. 1941 str. 702; 6) Kleine H. O., Geb. u. Fr. 1942 260; 7) Kobes, Ztbl. f. Gyn. 1943 str. 127; 8) Kraatz, Ztbl. f. Gyn. 1936 str. 1327; 9) Lorentowicz, Gin. P. 1939 str. 377; 10) Noelle, Ztbl. f. Gyn. 1939 str. 2360; 11) Picinelli i Fana, Geb. u. Fr. 1942 str. 73; 12) Podleschka, Ztbl. f. Gyn. 1942 str. 1006; 13) Reifferscheid, Ztbl. f. Gyn. 1941 str. 420; 14) Rheindt, Ztbl. f. Gyn. 1943 str. 733; 15) Runge, Blutung u. Fluor 1942; 16) Schroeder, Geb. u. Fr. 1939 str. 728; 17) Seitz, Geb. u. Fr. 1941 str. 278; 18) Stievé, (posiedzenie gin. w Berlinie) Geb. u. Fr. 1942 str. 74; 19) Wolf, Ztbl. f. Gyn. 1943 str. 1575.

Przegląd polskich czasopism lekarskich

Dziennik Zdrowia, organ urzędowy Min. Zdrowia, Warszawa, ul. Chocimska 24, redaktor Dr. Stanisław Konopka. Prenumerata 90 zł kwartalnie. Konto P. K. O. Nr. I-654. Warszawa, Inst. Nauk. Wydawn.

Nr. 5/46 z 15. III. 1946:

Pisma okólne Min. Zdr.: Nr. L. II. 1148/46 w sprawie kredytu Funduszu Aprowizacyjnego. Nr. 1946 w sprawie opieki nad stanem zdrowotnym ubezpieczenia społeczne, Nr. M. I. 702/46 z 4. III. 0. III. 31/46 z 4. III. 1946 w sprawie składek na młodzież harcerskiej, zarządzenie Min. Zdr. z 12. III. 1946 Nr. Bpr. 209/46 w sprawie ustanowienia Działu Higieny Żywności w Państwowym Zakładzie Higieny, pismo okólne Nr. O. I. 350/46 z 12. III. 1946 w sprawie korespondencji o zachorowaniach epidemicznych. Komunikaty (przyjęcia, zwolnienia, przeniesienia, nominacje). Uchwały sekcji przeciwnogryzliczej Państwowej Rady Zdrowia (Określenie pojęcia „poradnia przeciwnogryzlicza”. Standartowa jednostka poradniana. Zadania społeczne poradni przeciwnogryzliczej.) Katalog Gł. Bibliotek Lek.

Nr. 6/46 z 1. IV. 1946:

Rozp. Min. Zdr. z 2. III. 1946 o obowiązku zgłaszania zachorowań na gripę, okólnik Min. Zdr.

Nr. 19/46 z 25. III. 1946 w sprawie likwidacji zaległych i bieżących naliczeń za leczenie chorych, Nr. 20/46 z 25. III. 1946 w sprawie przeprowadzenia kontroli tłuszczów i olejów jadalnych. Nr. 21/46 z 1. IV. 1946 w sprawie subskrypcji Premiowej Pożyczki Odbudowy Kraju, pismo okólne Nr. M. I. 410/46 z 20. III. 1946 w sprawie opieki lekarskiej w dziecińcach wiejskich (Ogniskach matki i dziecka), Nr. O. III. 194/46 z dnia 25. III. 1946 w sprawie Prem. Poż. Odb. Kraju Nr. O. III. 405/46 z 13. III. 1946 w sprawie wysokości diet przy podróżach służbowych, delegacjach i przeniesieniach poza granicami kraju. Komunikaty. Katalog. Gł. Bibl. Lek. Konkursy

„Polski Tygodnik Lekarski”. Warszawa — ul. Chocimska 24. Konto PKO Nr. I — 654. Lekarski Instytut Naukowo-Wydawniczy. Numer pojedynczy 25 zł. Pren. kwart. 240 zł. Redaktor: Prof. Dr. Ludwik Paszkiewicz. Miejscowe komitety redakcyjne: Gdańsk, Kraków, Lublin, Łódź, Poznań, Warszawa, Wrocław.

Nr. 16/46 z 23. IV. 1946:

Dr Piotr Radło — Własności i działanie desynsekcyjne dwuchlorodwufenylotrójchloroetanu (D. D. T.), doc. dr St. Nowicki — Badanie ukrwienia

kończyny dolnej przez wyłączenie nerwu kulszowego, prof. dr M. Grzybowski — Onyxis angiospastica, dr Eugeniusz Kodejszko — Promienica narządu oddechowego, Rafał Maszałak — Nieswoiste zapalenie końcowego odcinka krętnicy (dokończ.), Streszczenia, Oceny, (Eugeniusz Mętkowski — Wskazówki do ćwiczeń z fizjologii) Przegląd czasopism (Zdrowie Publiczne, Rok 31, Nr. 1/46, str. 175) Prof. dr Ludwik Żemłewski — O pożytku studiów historii i filozofii medycyny, Sprawozdania (III pos. nauk. Wrocławskiego Tow. Lek.), Kronika, Wspomnienie pośmiertne (ś. p. dr Leopold Dengel)

Nr. 17/46 z 29. IV 1946.

Prof. dr Ludwik Hirsztfeld — O postaciach przejściowych grup krwi, prof. dr Eugeniusz Wilczkowski — Badania nad toksycznością krwi chorych psychicznie, dr Michał Jarema — Napady poronne w leczeniu wstrząsami elektrycznymi, prof. dr St. Mahrburg — Anatomiczne rozpoznanie zmian zwyrodniających mięśnia sercowego w przypadkach nagłej naturalnej śmierci dr E. Kodejszko — Promienica narządu oddechowego (c. d.) dr Józef Topik — Znaczenie czynnika wychowawczego w zwalczaniu chorób wenerycznych Streszczenia, Przegląd czasopism, Oceny (Dr Janusz Peter — Dawne szpitale w Tomaszowie Lubelskim i w jego powiecie, Prof. Henryk Lubieniecki — W sprawie metodyki opukiwania serca, Kronika, (Polski Komitet do Zwalczania Raka, Warszawa, dr Br. Wejner, ul. Marszałkowska 73, m. 10).

Nr. 18/46 z 6. V. 1946:

Prof. dr Tadeusz Pawlas — Leczenie rzeżączki penicyliną, Konstanty Jaroszkiewicz — Przypadek usunięcia rzepki, dr Zygmunt Traczyk — O tak zwanym „czyraku mnogim nerki” i jego leczeniu, dr E. Kodejszko — Promienica narządu oddechowego (dokończ.), dr M. Telatycki — Gruźlica i inne choroby społeczne w Polsce, Streszczenia, Przegląd czasopism, Oceny (Bladergroen, Physikalische Chemie in Medizin und Biologie, Basel 1945), Prof. Henryk Lubieniecki — W sprawie instrumentarium do osłuchiwania, Sprawozdania (Pos. nauk Tow. Chir. Warsz.), Kronika (Polskie Tow. Psychiatryczne, przewodn. doc. dr Handelsman — Bydgoskie Tow. Lek. Bydgoszcz, ul. 20 Stycznia 3, prezes dr Stefan Świątecki — Polskie Tow. Badań Naukowych nad Gruźlicą, prezes dr Janina Misiewicz).

Nr. 19/46 z 13 maja 1946:

Prof. dr Ignacy Abramowicz — Choroby oczne pochodzenia zębowego, J. Parnas i A. Zehracki — Ze studiów nad brucelozą: wpływ wstrząsu insulinowego na odczyn Wrighta i Burneta, dr Lucjan Wenda — Zespół niebieskich twardówek, dr K. Węglewicz — Leczenie ostrych krwiopochodnych zapaleń szpiku penicyliną, dr. Anatol Dowżenko — Kilka uwag w sprawie przygotowania koloidu złota, zdolnego do badania płynu mózgowo-rdzeniowego za pomocą cytrynianu sodu, dr. M. Telatycki — Gruźlica a inne choroby społeczne w Polsce (dokończ.), dr Jeremiasz Sowiakowski — Wymagania w budownictwie nowoczesnych szpitali, Streszczenia, Prof. dr Tadeusz Bilikiewicz — O poziom naukowy prowincjonalnych zakładów naukowych, dr. Aleksander Ossendowski — Zbrodnie niemieckie w szpitalu psychiatrycznym w Chwałmie Lubelskim, dr. J. Freytag — Lubelska Ubezpieczalnia Społeczna po okupacji, Sprawozdania (4 pos. nauk. Tow. Lek. we Wrocławiu), Kronika (Rejestracja lekarzy w Izbie Lek. Warsz. Białost., zjazd zrzeszenia dyrektorów sanatoriów przeciwgruźliczych, Polski Związek Zielarski — dyrekcja Kraków, Pl. Szczepański 8, IV p. pok. 29), Ruch wydawniczy.

Nr. 20/46 z 20 maja 1946:

Dr Józef Wacław Grott — Badania nad kwasem szczawiowym u ludzi z zaburzeniami przemiany materii, dr Anatol Dowżenko — Postacie kliniczne samoistnego jałowego zapalenia opon, dr Janusz Peter — Przykłady wczesnego powtórnego zapadnięcia na dur płamisty, dr Marcelli Landsberg — Badania i rozważania nad dermatoterapią Filatowa.

Streszczenia, Oceny (Władysław Szumowski — O eunuchach i kastracji w różnych krajach i czasach oraz kilka drobnych artykułów), Przegląd czasopism, Kazimierz Górski — Reforma studiów lekarskich jest konieczna, Kronika (Wiadomości osobiste, Międzyministerialna komisja bezpieczeństwa i higieny pracy, Wznowienie czasopisma „Gruźlica” — redaktor prof. dr Z. Skibiński, Wrocław, ul. Michałowski 19)

Nr. 21/46 z 27. maja 1946:

Zbigniew Woźniowski — Dr med. Józef Piasecki jako ordynator i dyrektor Szpitala Wolskiego, dr Julian Aleksandrowicz i dr Maria Spiś — Narząd krwiotwórczy w chorobach psychicznych, Włodzimierz Kuryłowicz — Odczyny skórne w twardzieli, dr Ludwik Fleck — Swoiste substancje antygenowe w moczu chorych na dur płamisty, dr Witold Dżużyński — Znaczenie pierwszej pomocy w leczeniu następstw wypadków... Oceny (dr Edward Szczeklik — Zawał mięśnia sercowego, prof. Gusłnin, Kazań — Organizacja pomocy urazowej na wsi), Przegląd czasopism, Dr Karol Ryder — Powstanie i cele fundacji Rockefellera, Sprawozdanie z V. pos. nauk. Tow. Lek. we Wrocławiu, Kronika (Z wydziału lek. Uniw. M. C. S. w Lublinie, Izba Polsko-Palestyńska, Wojew. poradnia przeciwgruźlicza w Lublinie, nagroda Nobla z medycyny i fizjologii)

W Służbie Zdrowia (nagłówek z Nru 6/46)

Nr. 3/46 kwiecień — maj 1946:

„W Służbie Zdrowia”, miesięcznik, organ Nacz. Izby Lek., Izby Okr. i Zw. Zaw. Sl. Zdr. Warszawa, ul. Koszykowa 37, Konto P. K. O. I-1031, redaktor Dr Tadeusz Jan Stepiński, Bezpłatnie dla lekarzy i Izby Lek. Prenumerata kwartalna dla instytucji 60 zł.

dr Jan Rutkiewicz: Naczelne zagadnienie służby zdrowia, dr Tadeusz Jan Stepiński — Droga do współpracy z wsią, dr Alina Przerwa-Tetmajerowa — Zagadnienie szpitala na wsi, Sprawa studiów lekarskich — dyskusja, prof. dr Tadeusz Kiełanowski — Formalna i merytoryczna strona zagadnienia rewizji systemu nauczania medycyny, dr Jan Szumski — Studia lekarskie, dr Jan Rutkiewicz — Osiągnięcia I roku odbudowy Warszawskiej Służby Zdrowia, dr Antoni B. Henke — Projekt walki z przerywaniem ciąży, dr Henryk Szczodrowski — Wstydlivość pacjentów a choroby weneryczne, dr J. Pagowska-Wawrzynska — Prace samorządu lekarskiego w Warszawie w pierwszym roku po wojnie, prof. dr Władysław Szejałch — Zofia Szlenkierówna — „Polska Nightingale”, Ś. p. Maria i Marian Zachertowie, Pogrzeb majora „Anki” w Hży, Ś. p. Ewa Matuszewska „Mewa”, Dr Tadeusz Jan Stepiński — Bezpieczeństwo i higiena pracy w przemysle

Lata klęski i walki: Ludwik Rostkowski iun. — Ghetto a epidemia, Oceny (Włodzimierz Kuryłowicz — Penicylina), Z prasy krajowej i zagranicznej, Kronika, Dział urzędowy Izby Lekarskiej (Warszawsko-Białostockiej, Gdańsko-Pomorskiej, Poznańskiej, Łódzkiej).

„Przegląd Lekarski” dwutygodnik, Kraków, ul. Krupnicza 11a, m. 11, Konto PKO. Nr. IV-310. Prenumerata kwartalna 240 zł. Redaktor Dr Jan Hozer.

Nr. 4—6/46 z 16. II. — 31. III. 1946:

Włodzimierz Kuryłowicz — Penicylina — jej otrzymywanie, własności i zastosowanie, **prof. dr Aleksander Oszacki** — Wskazania i sposób stosowania penicyliny w chorobach wewnętrznych, **A. Oszacki, E. Szczeklik, M. Kędra i W. Miklaszewski** — Działania lecznicze penicyliny w zakażeniach ogólnych i narządów wewnętrznych, **doc. dr St. Nowicki** — Zastosowanie penicyliny w obrażeniach i zakażeniach ropnych stawu kolanowego, **dr Henryk Kania** — Przypadki ogólnych zakażeń ropnych leczone penicyliną, **dr Wł. Laszczak** — Postrzały klatki piersiowej leczone penicyliną, **dr Jan Grabczyński** — Pierwotny i wtórny szew ran po zastosowaniu zasypki sulfamidowo-penicylinowej, **Kazimierz Smolarski** — Leczenie penicyliną czyraków twarzy i czyraków mnogich, **dr B. Michałowski i doc. dr M. Mienicki** — Spostrzeżenia kliniczne nad działaniem penicyliny w rzeżączce, **dr Zdzisław Przybylkiewicz** — Cienie leczenia penicyliną, **dr Benedykt Fromer** — Przypadek „dermatitis exfoliativa neonatorum Ritter” wyleczony penicyliną, **Zdzisław Przybylkiewicz i Paweł Sikora** — Wpływ penicyliny na drobnoustroje z rzędu Rickettsiales, **dr Józef Jarzab** — Stan dentystyki w Polsce przed wojną i w chwili obecnej, **doc. dr Bronisław Stępowski** — „W sprawie pewnego artykułu”. Oceny (Prof. dr Marian Grzybowski — Leczenie penicyliną w szczególności chorób skórnych i wenerycznych, E. Mielkowski — Wskazówki do ćwiczeń w fizjologii), **Dr Stanisław Chrzasczewski** — Krytyczne uwagi odnośnie stanowiska, pracy i uposażenia lekarzy powiatowych. Ze Zw. Lek. Ubezp. Społ. — okólnik Nr. 3. Krak. Tow. Lek. — protokoły z posiedzeń nauk. 21. XI. 45, 1. XII. 45, 5. XII. 45 i 12. XII. 45. Tow. Lek. Zagłębia Dąbrow-

skiego — protokoły zebrań nauk. 9. 12. 45. 29. XII. 45 i 227. I. 46. Nekrolog (ś. p. prof. dr Aleksander Oszacki, ś. p. dr Władysław Dziewoński z Kęt, ś. p. dr Stanisław Szwedowski z Częstochowy). **Dr Jan Ilczar** — W sprawie płatnych stażów lekarskich. Wiadomości bieżące (Zjazd Zrzeszenia Dyrektorów Sanatoriów Przeciwgruźliczych w Zelandowie, koło Krzyżanki, pow. Jelenia Góra 9 i 10. IV. 1946. Adres dla korespondencji: Zakłady Leczenia Gruźlicy Krzyżatka pow. Jelenia Góra — przewodn. Zrzesz. dr T. Białynicki Birula, sekretarz dr L. Węgrzynowski). Przegląd piśmiennictwa. Konkursy.

„Medycyna Społeczna i Kliniczna” — redaktor dr Jan Skibiński, Lublin, ul. Cicha 6, wydawca: Izba Lekarska w Lublinie, cena numeru 90 zł. Nr 1 46, kwiecień 1946:

Dr Witold Klepacki — Kilka uwag w sprawie ropnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych u dzieci, **dr Janusz Peter** — Postępująca zgorzel skóry i tkanki podskórnej, rozwijająca się z rany operacyjnej, **dr Janusz Peter** — Przypadek wrodzonego braku kończyn, **dr T. Krwawicz** — Zmiany na dnie oka w przebiegu duru osutkowego. Z Lubelskiego Tow. Lekarskiego. W sprawach Lubelskiej Wszechnicy im. M. C. Skłodowskiej. Wystawa higieny w Lublinie. **Aleksandra Zaleska** — Praca pielęgniarki w ośrodku zdrowia. Z Lubelskiej Izby Lekarskiej. **Stefan Grymiński** — Odpowiedzialność lekarzy w związku z wykonywaniem zawodu, w świetle obowiązujących przepisów prawnych. W sprawie publicznej gospodarki lokalami. Różne wiadomości. Przyczynek do statystyki śmiertelności na gruźlicę wśród mieszkańców m. Lublina. Martyrologia: I. Lista członków Izby Lubelskiej zmarłych w okresie 1939 — 1945.

Książki nadesłane do redakcji:

Ministerstwo Zdrowia
Naczelny Nadzwyczajny Komisariat do Walki z Epidemiami.

Prof. Dr. J. Morzycki
Dr. A. M. Klingberg

Naczelny Nadzwyczajny Komisariat do Walki z Epidemiami w latach 1944—1945
Warszawa 1946. Lekarski Instytut Naukowo-Wydawniczy.

Prof. Morzycki, I-szy Wice-Minister Zdrowia i b. Naczelny Nadzwyczajny Komisarz do Walki z Epidemiami oraz Dr. Klingberg zastępca Naczelnego Komisarza do Walki z Epidemiami zdali w cytowanym wydawnictwie sprawozdanie ze swej działalności. Komisariat powstał w listopadzie r. 1944 na żądanie władz wojskowych i mocą uchwały Rady Ministrów P. R. W. N. i działał początkowo na wąskim pasie przyfrontowym między Wisłą a Bugiem, gdzie milionowa armia rosyjska przygotowywała się do wiosennej ofensywy. W miarę przepędzania niemieckiego okupanta rozszerzał swe pole działania organizując epidemiczną służbę meldunkową, komisariaty prowincjonalne, szkoląc personel, organizując kursa i kolumny desynfektorów, uruchamiając w Lublinie instytut Weigla oraz wytwórnię szczepionek przeciwdurkowych i przeciw wściekliznie, a w Tarchominie fabrykację maści przeciwswierzbowej. Rozrósł się w połączną organizację, pokrywającą cały kraj, dysponującą wieloma kolumnami samochodowymi i warsztatami. W maju roku 1945 został wcielony do nowo utworzonego Ministerstwa Zdrowia zachowując pewną autonomię.

W czasie w którym Naczelny Komisariat się zorganizował nie było na terenie Polski poważniej-

szej epidemii, a wybuchły one dopiero w okresie późniejszym. Najważniejsza była epidemia tyfusu plamistego i brzusznego. Według danych statystycznych zanotowano w latach 1919/1920, 387.186 wypadków duru plamistego, a śmiertelność wynosiła wówczas 7,5 proc. (1919) wzgl. 13,4 proc. (1920) w przeciwstawieniu do tego stanu po pierwszej wojnie, mieliśmy w roku 1945 zachorowalność na tą chorobę 10-krotnie mniejszą, bo zarejestrowano ogółem 18.108 wypadków. Swoją punkt kulminacyjny osiągnął dur plamisty w II kwartale (6.649 wypadków). Nawiedził on w tym okresie szczególnie dotkliwie Woj. Śląsko-Dąbrowskie.

Zgola inaczej przedstawiała się sprawa duru brzusznego. Gdy po pierwszej wojnie zanotowano 11.421 wypadków, mieliśmy w roku 1935, 7-krotnie większą zachorowalność i to szczególnie na terenach nowo przyłączonych (woj. mazurskie, gdańskie, śląsko-dąbrowskie, poznańskie i pomorskie). Na te tereny przypadało 63 proc. wszystkich wypadków. Szczytowy swój punkt osiągnęła ta epidemia w październiku (17.625 wypadków), po czym spadła raptownie. W woj. śląsko-dąbrowskim zanotowano 12.050, a w woj. dolno-śląskim 9.861 zachorzeń. Przebieg był naogół lekki a przeciętna śmiertelność wynosiła 6,6 proc.

Największą epidemią, która nawiedziła Polskę w r. 1945 była bez wątpienia czerwotka, grasująca od maja do listopada, a mająca swój punkt kulminacyjny w sierpniu. Brak sprawozdań uniemożliwił dokładnego cyfrowego ujęcia tej epidemii.

Szczególnie złośliwą, aczkolwiek niezbyt liczną była epidemia błonicy (21.705 zachorzeń), wykazująca największe nasilenie w województwie poznańskim (6.906 wypadków), w woj. pomorskim (2.690), w łódzkim (1.983) i śląsko-dąbrowskim

(1.363). Śmiertelność była bardzo wysoka (6,7%), szczególnie w Łodzi.

Bardzo niską śmiertelność wykazywała płonica (1,5 proc.), z której zarejestrowano ogółem 12.785 wypadków.

Malarię skonstatowano w woj. kieleckim (811 wypadków), lubelskim (323), warszawskim (133), śląsko-dąbrowskim (108). Należy przypuszczać, że zawlekło ją wojsko przebywające czasowo w Afryce i na Bałkanach.

E. II.

Prof. dr. Stanisław Skowron — Jak powstaje człowiek. (Księgarnia Powszechna, Kraków 1946) Stron 31. W tej małej książeczce spełnia autor z właściwą sobie werwą naukową wielkie zadanie popularnego przedstawienia genezy człowieka z punktu widzenia czysto przyrodniczego. Książka nadaje się doskonale jako pomoc szkolna, do czego kwalifikuje ją jasność wykładu, zwięzłość i dobre rysunki. Książeczka ta potrafi zainteresować każdego, nawet i tego, który do-

brze zna temat, umie też znakomicie wzbudzić zamiłowanie do przyrody. Dobrze się stało, że tak ważna rzecz, jak przyrodnicze ujęcie genezy ustroju ludzkiego, złożona została w ręce biologa wysokiej klasy. Mamy dzięki temu w naszym piśmiennictwie popularyzatorskim pozycję o codziennej wartości.

W. B.

Prof. dr. Janusz Supniewski — Penicylina. (Spółdzielnia Wyd. Prac. Techn. Szkół Akademickich, Kraków, 1946. Stron 31). Jeszcze jedna broszura o penicillinie, powtarzająca w przystępnej formie główne wiadomości o tym środku, przeznaczona raczej dla zaznajomienia fachowców z tym tematem. Kilka tablic i ilustracji (których źródło nie jest wymienione) wzbogaca materiał informacyjny. Niestety niestaranna korekta — choroba naszych obecnych wydawnictw, której nie leczy penicylina — obok licznych gramatycznie wątpliwych zwrotów, zakłóca przyjemność czytania.

W. B.

Streszczenie piśmiennictwa zagranicznego

I. Medycyna pracy:

Medycyna urazowa

Ph. P. Mitschiner — Kontuzje i dystorsje (The Practitioner, kwiecień 1946, Vol. 156, nr. 934, str. 232). Kontuzja przedstawia się klinicznie jako ból, obrzęk, bolesność uciskowa i upośledzenie funkcji; zaciśnienie może nie być początkowo widoczne, jeżeli powstały wskutek kontuzji krwiak znajduje się popod głęboką powięzią, np. na udzie; wtedy siniec ukozuje się czasem dopiero po kilku tygodniach poniżej miejsca urazu. Obrzęk jest ciastowaty. Leczenie polega na zastosowaniu opatrunku uciskowego, założonego poniżej chorego miejsca począwszy, ku górze, aż powyżej zmienionej tkanki. Jeżeli krwiak jest duży i napina silnie tkanki, należy go aspirować aseptycznie, co rzadko tylko trzeba powtórzyć. Pożądanym jest kilkudniowy spoczynek, nigdy jednak nie należy zakładać szyny. Po kilku dniach należy wstrząść ruchy czynne i lekki masaż chorego miejsca. Zupelne wyleczenie powinno nastąpić, zależnie od rozmiarów kontuzji od 7 do 21 dni. Z rzadka tylko mogą zająć powikłania, jeżeli kontuzja połączona jest z naruszeniem skóry, a wtedy może nastąpić zakażenie gronkowcem, lub innym drobnoustrojem. Powikłanie znamionuje się tętniącymi bólami, zaczerwienieniem, obrzękiem i gorączką, w razie infekcji streptokokowej szybko się rozszerza jako róża. W takim wypadku, unieruchomienie, nawet szyna, jest bardziej wskazane, a nadto zastosować trzeba penicylinę, 10 — 15.000 jedn. co 3 lub 4 godziny domięśniowo. Zamiast penicyliny zastosować można per os przetwory sulfamidowe, zwłaszcza sulfafiazol, co 4 godziny 2 gramy przez 48 godzin, po czym 1 gram, póki gorączka nie opadnie. Pożądane jest stwierdzenie z pomocą bakteriologa, czy drobnoustrój wywołujący powikłanie jest wrażliwy

na działanie sulfamidów wzgl. penicyliny. Jeśli tworzy się ropień, należy go naciąć.

Dystorsja może nastąpić tylko w połączeniu z kontuzją i polega na uszkodzeniu tkanek miękkich dookoła stawu zwykle przez uraz nie wprost, to też może jej towarzyszyć oderwanie części kostnych albo i złamanie kości w okolicy dotkniętego stawu. U dzieci mogą nastąpić oderwania się nasad. Z tego powodu należy wykonać w każdym wypadku zdjęcie roentgenowskie czcłowe i strzałkowe, nie tyle ze względu na leczenie, które będzie zwykle takie, jak bez złamania, ile ze względów sądowo-lekarskich. Poza tym pęknięcie kości, czasem towarzyszące dystorsji, nie da się inaczej wykryć. Miejscem, którego dystorsja najczęściej dotyczy, jest kostka, zwłaszcza u kobiet, posługujących się bucikami na wysokich obcasach. Uszkodzenie polega wtedy najczęściej na zerwaniu jednego lub więcej z trzech więzek więzadła bocznego, choć i część przednia więzadła medialnego bywa nieraz zerwana. Na miejsce zerwania wskazuje największy ból i dodatkowy obrzęk. Przy dystorsjach ramienia i łokcia niejednokrotnie następuje też zwichnięcie w stawie, wymagające nastawienia. Leczenie wszelkich dystorsji polega na zastosowaniu plastra dla odciążenia uszkodzonej strony i stosowaniu miernych ruchów; jeżeli jednak dotycząca dolnej kończyny dystorsja jest większego stopnia, nie należy kończyny obciążać przez stanie czy chodzenie przez siedem do dziesięciu dni. Stosowana często 1% nowokaina (5 — 10 cc) miejscowo nie zawsze jest bezpieczna, gdyż umożliwiając bezbolesne chodzenie może spowodować niewłaściwe zrośnięcie się zerwanych więzadeł. Wysięk, który zwykle wytwarza się w stawie, musi mieć wa-

runki zresorbowania się, aby nie nastąpiły stałe zmiany stawowe (w postaci osteoarthritis.) Prognoza, przy zachowaniu podanych ostrożności jest dobra, pełna zdolność przywrócona jest po 10 — 21 dniach, zależnie od ciężkości dystorsji. Przedłużanie dolegliwości poza ten okres powinno wzbudzać podejrzenie wytworzenia się zrostów, które należy w znieczuleniu przerywać, jednak nie naraz, lecz na kilka temp.

W. B.

W. Anderson — Rany powierzchowne (The Practitioner, kwiecień 1946, Vol. 156, nr. 934, str. 236). Wielkie doświadczenie w drugiej wojnie światowej potwierdza, że 1) niebezpieczeństwa dalszego zakażenia rany przez wszelkie manipulacje są istotne; 2) żadna substancja nie może wyjątkowo raz już zakażonej rany; 3) usunięcie wszelkiej tkanki martwej jest nieodzowne dla właściwego gojenia się; 4) spokój fizyczny w pierwszym okresie ma zasadnicze znaczenie dla gojenia się.

W. B.

H. E. Griffiths — Drobniejsze skaleczenia rąk (The Practitioner, kwiecień 1946, Vol. 156, nr. 934, str. 254). G. zaczyna od uwagi, że drobne skaleczenia dłoni powodują więcej cierpienia i większe straty, niż wszystkie inne wypadki ludzkie w przemyśle razem wzięte. Cierpienia te i straty spowodowane są w znacznej części niedostatecznym leczeniem, są zatem do uniknięcia. W jednej z fabryk wojskowych, zatrudniających około 10.000 robotników, na 13.300 wypadków w jednym roku, bardzo znaczna większość polegała na tych drobnych skaleczeniach. Dzięki właściwie wyszkolonej służbie zdrowia w tej fabryce spowodowała to stratę zaledwie 98 dni pracy i nie zanotowano ani jednego wypadku zakażenia ogólnego. Praca tego zespołu wykazała, że leczenie każdego skaleczenia ręki należy traktować jako poważne przedsięwzięcie chirurgiczne. Następnie G. podaje szereg ogólnych zasad postępowania przy tych skaleczeniach. Upośledzenie czynności uszkodzonej ręki wywołane jest nie tylko bólem i zeszytlenieniem, ale także utratą koordynacji mięśniowej; stąd, przy zaciskaniu ręki w pięść występuje postać zaciskania niemowlęcia z kciukiem odprowadzonym. Przywrócenie tej koordynacji jest niezwykle ważnym celem leczenia, który da się łatwo zresztą osiągnąć przez perswazję i ćwiczenia, co musi być wspomagane przez takie założenie opatrunku, by nie przeszkadzało w ruchach i nie powodowało bólu. Celem dobrego opatrunku skaleczonej ręki jest 1) ochrona przed urazem, zakażeniem i zanieczyszczeniem 2) ułatwienie wchłaniania wydzielin rany 3) umożliwienie parowania potu i 4) ułatwienie ruchów ręki i ramienia. Nadto opatrunek powinien wyglądać czysto, być łatwy do zastosowania, wygodny, bezpieczny i trwały. Ponieważ nie ma takiego materiału, któryby odpowiadał wszystkim tym wymaganiom, należy niejednokrotnie zmieniać opatrunki zależnie od okoliczności, np. u robotnicy we fabryce trzeba jej dać przed pracą opatrunek chroniący perspirację. G. omawia traktowanie poszczególnych rodzajów obrażeń palców i podkreśla

w każdym wypadku znaczenie czynnika psychicznego w leczeniu tych uszkodzeń, a zwłaszcza bólów w amputowanych palcach.

W. B.

D. Ioan — Jones — Urazy ścięgien The Practitioner, kwiecień 1946, Vol. 156, nr. 934, str. 262). Uszkodzenia ścięgien mogą być podskórne lub otwarte. Najpoważniejszym uszkodzeniem podskórnym jest oderwanie się przyczepu ścięgna. Najczęściej urazy dotyczą ścięgna Achillesa, ścięgna m. plantaris, m. bicipitis, i in. Leczenie w wypadku mniejszych ścięgien jest raczej zachowawcze, przy oderwaniach w większych jest raczej operacyjne. W uszkodzeniach ścięgien połączonych z otwartymi ranami, leczenie operacyjne musi być przeprowadzone w szpitalu, a lekarz praktyk powinien tam skierować pacjenta jak najszybciej, pokrywając ranę jałowym gazikiem, wzgl. zakładając w razie potrzeby kilka luźnych szwów i podając surowicę przeciwtężcową.

W. B.

A. B. Wallace — Oparzenia lekkiego stopnia (The Practitioner Vol. 156, nr. 934, str. 283). Na wstępie autor poświęca uwagę propagandzie zapobiegania wypadkom i uważa, że domy i fabryki, w których zdarzyły się wypadki oparzeń powinny być odwiedzone przez odpowiednie organy służby zdrowia dla udzielenia wskazówek, jak zapobiegać następным wypadkom. Pierwsza pomoc w razie zajęcia ogniem ubrania polega na owinięciu w koc i toczeniu po ziemi, po czym po ugaszeniu ognia, na położeniu do łóżka, obłożeniu oparzonego miejsca czystym gałgankiem, a całego pacjenta kocami, pomiędzy które umieszcza się butelki z gorącą wodą. Trzeba podać dopicia gorące i słodkie napoje. Miejsca oparzone pod ubraniem nie powinny być odkrywane przed przewiezieniem do szpitala, chyba, że odległość jest duża; wtedy trzeba nałożyć na oparzone miejsce rzadką pastę, sporządzoną z sody oczyszczonej (używanej do pieczenia) i przegotowanej i ostudzonej wody. Opatrunek taki, sporządzony na gazie na kawałku płótna lub na czystej chusteczce, dobrze chroni, nie jest szkodliwy i łatwo da się usunąć. Dalsze leczenie przeprowadza się pod kierunkiem lekarza, a ma ono na celu sprowadzenie ulgi w bólu (tylko przez małą dawkę morfiny, miejscowo stosowane środki przeciwbólowe nie mają znaczenia), zapobieżenie zakażeniu przez uniesienie skóry dookoła rany choćby mydłem i wodą, w razie potrzeby w znieczuleniu, zmycie całego oparzenia gazą, zwilżoną fizjologicznym roztworem soli, usunięcie strzępów naskórka i wycięcie pęcherzy z wyjątkiem dłoni, gdzie pęcherze należy tylko nakłuć, oraz zapewnienie spokoju (leżenie w łóżku przy oparzeniu dolnej, temblak przy oparzeniu górnej kończyny). Następuje założenie opatrunku, którego wybór zależy jest od wielu okoliczności.

Bardzo popularny jest zwykły opatrunek uciskowy. Ze stosowanych maści autor podaje przepis na krem sufamidowy i krem penicilinowy: Sulfanilamidi, Sulfathiazoli 3,0 Glycerini

nej poprzednio do 65 stopni, łagodnie mieszając. Tę całość ogrzać do stu stopni na pół godziny. Ricini 25,0 Lanolini 10,0 Aq. 49,0 (podgrzać ol. rycynowy do 70 stopni, dodać lanolini; po stopieniu się której dodać wody, ogrzać dziny dla wyjąłowania i wstrząsać przy ochładzaniu się mieszaniny. Rozetrzeć oba sulfamidy z gliceryną w jałowym moździerzu, ogrzać do 65 st. na dwie godziny i powoli zmieszać z resztą. Przechowywać zawsze przykryte w jałowym słoiku. — Dla kremu penicillinowego sporządza się podstawę taką samą, jak poprzednia i na 30 g dodaje się 5cc roztworu penicilliny w jałowej wodzie destylowanej, zawierającej około 4000 jedn., co daje zawartość około 115 jedn. na 1 ccm kremu. W temperaturze pokojowej krem ten zachowuje skuteczność przez dwa tygodnie, a w temp. + 2 st. przez cztery. Krem ten zapobiega doskonale zakażeniom ziarenkowcami. Inny krem, bardzo skuteczny przy oparzeniach, stosowany jest przez General Hospital w Montreal i składa się z dobrze sproszkowanego sulfathiazolu w 5%, trietanolaminy 2%, wody destylowanej 24 %, białego wosku pszczelnego 5% i płynnej parafiny 64%. Na zakończenie W. omawia oparzenia błon śluzowych, powiek i oczu w którym to ostatnim wypadku należy unikać środków ściągających, a tylko zastosować przepłukanie worka spojówkowego ciepłą wodą lub fizj. roztworem soli i wkropić nieco kokainy, po czym dwa razy dziennie krople atropiny 1% i co 4 godz. paraff. liq. W razie tworzenia się zrostów należy wprowadzić w fornix parafinę miękką na paleczce szklanej. Przy oparzeniach chemicznych trzeba usunąć skażone części ubrania; oparzenie wapnem wymaga usunięcia wszelkich cząsteczek wapna przed zastosowaniem płukania wodą, w oparzeniu kwasem azotowym doskonale działa wcieranie roztworu eusolu. Przy oparzeniu sodą żrącą należy dotkniętą część spłukać natychmiast 5% roztworem chlorku amonu, co uczynione w pierwszej minucie zapobiega powstaniu oparzenia, a później zastosowane przynosi znaczną ulgę. Jeśli oparzenie dotyczy oka, tak samo stosuje się 5% roztwór chlorku amon. a potem jednogodzinne płukanie ciepłym roztworem borno-solnym.

D. Brown — Rozpoznawanie urazów łękotki (Lancet nr. 6383 z 29. XII. 1945, str. 849). Patognomicznego objawu, jakim jest chrząstka łękotki, poszukuje się metodą **Lambrinudi** lub metodą **Mc Murraya**. Pierwszy sposób; chory leżąc na grzbiecie, zgina chore kolano o 20 stopni poza kąt prosty, a stopa spoczywa na łóżku. Lekarz ujmując dłońmi chore kolano w ten sposób, że oba kciuki spoczywają na przedzie okolicy kłykcia zewnętrznego kości goleniowej. Chory zluźnia całkowicie mięśnie i w tej chwili badający wywiera ucisk równocześnie z przodu i z tyłu, tak, by nasada kości goleniowej przesunęła się na zewnątrz i do przodu — wtedy słychać chrząst. Próba ta dotyczy jednak tylko chrząstki wewnętrznej, odpowiednio zmienione ułożenie palców nie wy-

wołuje tego samego objawu przy uszkodzeniu chrząstki zewnętrznej. Sposób **McMurrya** polega na całkowitym zgięciu kolana z rotacją goleni ku zewnątrz, a potem wyprostowaniu kończyny z utrzymaniem rotacji — w ten sposób otrzymuje się chrząst przy uszkodzeniu chrząstki wewnętrznej, dla zbadania zaś chrząstki zewnętrznej stosuje się ten zabieg, ale z rotacją ku wewnątrz.

W. B.

Uszkodzenia od pioruna — (Lancet nr. 6393 z 9. III. 1946, str. 351 art. red.). Obliczono, że na ziemi jest 44.000 burz dziennie, a 100 błyskawic na sekundę, jednakowoż 90% nie uderza w ziemię. Prąd elektryczny błyskawicy ma napięcie miliarda wolt a natężenie około 20.000 amp. Przeciętna długość wynosi 2000 metrów a czas trwania spięcia około 1/1000 sek. W Stanach Zjednoczonych w okresie 1924 — 1933 było 3849 wypadków śmiertelnych wskutek uderzenia piorunu.

Oparzenia, wywołane przez piorun, nie są właściwymi oparzeniami, lecz raczej, polegają na zmianach naczyniowych z zakrzepami. Przybierają one jak wiadomo, najfantastyczniejsze kształty. Połowicze wyłysienia zarastają po kilku tygodniach. Jednostronna głuchota z krwawieniami z ucha nie należy do rzadkości. Z uszkodzeń oka najczęstsza jest katarakta, poza tym zapalenie spojówek i porażenie przystosowania. Częste są następstwa w zakresie ośrodkowego systemu nerwowego. Porażenia połowicze ustępują zwykle szybko. Bywają jednak późno rozwijające następstwa w rodzaju „paralysis spinalis atrophicus”. Podane są sposoby wystrzegania się piorunu. Mniej niebezpieczne jest, gdy odzież jest mokra, gdyż odprowadza ona prąd. Ludzi, porażonych piorunem, zawsze nieprzytomnych, należy cucić sztucznym oddychaniem, nawet do 8 godzin. Gdy powraca odruch połykania, jest to oznaka, że sztucznego oddychania (najlepiej metodą Sylvestra) można i należy zaprzestać.

W. B.

E. H. C. Harper i G. B. Tait — Obrzęk płuc towarzyszący ranom klatki piersiowej. (Lancet Nr. 6398 z 13. IV. 1946).

Najcięższe powikłanie dużych ran darych-płuca i najczęściej przyczynę zgonu w tych przypadkach stanowi obrzęk płuc. Podczas gdy w przypadkach, połączonych jedynie z nadmiernym wydzielaniem śluzu przez oskrzela, określanych również — niesłusznie — jako obrzęk płuc, podawanie tlenu i atropiny dożylnie poprawia stan chorego, to w przypadkach prawdziwego obrzęku płuc nie dają żadnego rezultatu ani te zabiegi, ani dożylnie wstrzykiwanie około 1/2 litra krwi — oraz trzykrotnie stężonego płynu Ringera. W jednym przypadku autorzy uzyskali wybitną poprawę po upuście 1/2 litra krwi — ponieważ jednak są to pacjenci przeważnie wykrwawieni i zszokowani, nie może być uważany upust krwi za stałą metodą leczenia pourazowego obrzęku płuc, w odróżnieniu od obrzęku płuc, pocho-

życzenia sercowego. Autorzy przekonali się, że dożylnie wstrzykiwania roztworów soli zwiększają obrzęk płuc, nawet gdyby z innych względów zabieg ten był u nich wskazany.

Dr Jerzy Zieliński

Eva V. Cooper — Zgorzel gazowa po wstrzyknięciu adrenaliny. (Lancet Nr. 6396 z 30. III. 1946).

U 25 letniego mężczyzny wstrzyknięto z powodu pokrzywki adrenalinę podskórną w ramię. W ciągu kilkunastu godzin rozwinął się w miejscu zastrzyku pełny obraz zgorzeli gazowej, którą opianowano w ciągu tygodnia przez dwukrotne nacięcia skóry, surowicę wielowazną antytoksykzną (przeciw *clostridium Welchii*, *oedematiens* i *septicum*), sulfothiazol, oraz 100.000 jednostek peniciliny na dobę w kroplówce domięśniowej w ciągu 8 dni. Posiew tkanki nekrotycznej, usuniętej podczas incyzji, wykazał obecność laseczników Welcha. Adrenalina, użyta w tym przypadku, była jałowa. Ponieważ igła i strzykawka były przechowywane w spirytusie, a spirytus 96% nie zabija laseczników Welcha, zachodzi możliwość zakażenia igłą lub strzykawką.

Autorka wykazała w trzech szeregach doświadczeń na świnkach morskich, że:

1) adrenalina, dodana do zawiesiny laseczników Welcha zmniejsza dawkę śmiertelną dla świnki morskiej 10.000 razy — mechanizm działania adrenaliny polega w tym wypadku zapewne na zmniejszeniu ciśnienia cząsteczkowego tlenu w tkankach w następstwie zwężenia naczyń w miejscu zastrzyku, co ułatwia rozwój beztlenowcom.

2) adrenalina ułatwia rozwój beztlenowców nawet w rozcieńczeniu 1:128.000 t. j. w znacznie mniejszej koncentracji, aniżeli stosowane przez nas w lecznictwie,

3) jeżeli wstrzykuje się adrenalinę domięśniowo n. p. w lewe udo, a laseczniki zgorzeli gazowej dożylnie — zgorzel gazowa występuje w miejscu wstrzyknięcia adrenaliny. Mogłoby to potwierdzać przypuszczenie, że zgorzel gazowa, spotykana po wstrzyknięciu adrenaliny u ludzi, powstaje czasem na tle zakażenia wew-

nątrz — pochodnego z bezobjawową bakterią laseczników zgorzeli, które wtargnęły do krwi z przewodu pokarmowego, — a w miejscu niedokrwienia, wywołanego wstrzyknięciem adrenaliny, wywołują zgorzel gazową.

J. Z.

K. J. Marcrosson — Złamanie brzeżne kości łódkowatej nadgarstka u dzieci. (Lancet Nr. 6393 z 9. III. 1946).

U 11 — 12 letnich chłopców wystąpiły w 3 przypadkach złamanie szczególnego rodzaju. W związku z nadmiernym wygięciem ręki ku stronie łokciowej, z równoczesną fleksją lub ekstensją — nastąpiło odłamanie drobnej blaszki kości łódkowatej w miejscu przyczepu więzadła promieniowego pobocznego (lig. carpi collaterale radiale) t. j. pomiędzy powierzchnią stawową kości łódkowatej, zwróconą do kości promieniowej, a guzowatością kości łódkowatej. Drugi przyczep tego więzadła na wyrostku rylcowym kości promieniowej jest znacznie oporniejszy, gdyż do 16 r. życia kość łódkowata jest jeszcze w dużej części chrząstką. Podczas opisanego wyżej wygięcia, proksymalny rząd kości nadgarstka przesuwają się ku stronie promieniowej i napinają silnie wymienione więzadło, uszkadzając samo więzadło lub odrywając blaszkę kości w miejscu przyczepu więzadła. Największą tkliwość stwierdza się ponad guzowatością kości łódkowatej, t. j. w punkcie skrzyżowania ścięgna promieniowego zginacza nadgarstka z dystalnym fałdem skórny nadgarstka. Utrzymywanie się tej tkliwości oraz bólu zwłaszcza przy ruchu chwytania w przypadkach „kontuzji nadgarstka” winno nasuwać podejrzenie opisanego złamania kości łódkowatej, które potwierdzi ewen. Rentgen. Jeżeli dolegliwości utrzymują się dłużej niż przez tydzień, wskazane jest ustalenie nadgarstka i przedramienia na 4 tygodnie w gipsie.

Nadmierne wygięcia ręki ku stronie promieniowej może wywołać analogiczne złamanie kości trójkątnej (os triquetrum) w miejscu przyczepu łokciowego więzadła pobocznego nadgarstka.

J. Z.

Choroby zawodowe

Pylica w kopalniach węgla w Południowej Walii (Prot. posudium *Faberculojus Asetn* - Lancet nr. 6396 z 3. III. 1946, str. 462). Główne zmiany u górników, zarówno kopalń węgla antracytowego, jak i kamiennego polegają na występowaniu dwu postaci pylicy, włóknistej zbitej i ogniskowej rozsianej. Włóknista występuje zwłaszcza w górnych częściach płuc, wędzie do przerosłu prawego serca, a potem w najcięższych postaciach do niedomogi serca, która może spowodować zejście śmiertelne. Także i zakrzepy tętnicy płucnej były powodem zejścia śmiertelnego. Ogniskowe zmiany są częstsze, badania anatomiczne wykazują, że składają się one z nagromadzenia pyłu węglowego z rozedną dookoła. Połączenie z anatomiczną

gruźlicą jest bardzo częste (przeszło 75% omawianego materiału), zwłaszcza postaci włóknistej pylicy i w krzemicy antracytowej. Często istnieją znaczne trudności w klinicznym rozpoznaniu, gdyż sputum bywa z reguły ujemne. Na ogół jednak przeważa pogląd, że głównym niebezpieczeństwem pylicy jest późniejsze połączenie się z gruźlicą.

W. B.

Choroba Raynauda jako choroba zawodowa (art. red. — Lancet nr. 6393 z 9. III. 1946, str. 357). W jednej z fabryk zauważono pewną ilość wypadków choroby Raynauda u pracujących przy maszynach elektrycznych silnie wibrujących. W innej fabryce również stwierdzono przypadek tej choroby u pracownika przy podobnej maszynie. Ministerstwo ubezpieczeń spo-

lecnych zarządziło ankietę w tej sprawie dla stwierdzenia, czy zachodzi tu choroba zawodowa

Nienagradzane narażanie się w przemyśle (Lancet nr. 6384 z 5. I. 1946 str. 25 — artykuł redakcyjny). Szereg zajęć w przemyśle, a przede wszystkim w kopalniach węgla jest bardzo źle wynagradzanych, mimo, że zagrożenie życia i zdrowia jest wielkie. Zestawienie klas zarobkowych ze śmiertelnością zawodową wykazuje stosunek odwrotnie proporcjonalny.

W. B.

Uraz i nabłoniak (Lancet nr. 6388, z 2. II. 1946, str. 169 — art. red.). Zapalenie samo przez się nie powoduje raka. Konieczna jest predyspozycja tkanki przez zadziałanie substancji rakotwórczej. Tkanka, na którą substancja taka zadziałała, może przejść w raka łatwiej wskutek zapalenia. Co więcej, w tkance zapalnej

substancja rakotwórcza, krążąca w ustroju, może się bardziej skoncentrować, niż w innej tkance. Może też substancja rakotwórcza łatwiej ustalić się w tkance zapalnej, gdy wprowadzona jest z zewnątrz. Ostatnie badania Pullingera (Journ. Path. Bact., 1945, 57, 467, 477) potwierdzają te fakty.

W. B.

L. Kreyberg — Uszkodzenie tkanek, wywołane przez zimno (Lancet nr. 6393 z 9. III. 1946, str. 338). Studium zmian anatomopatologicznych w odmrożeniach pozwala na wniosek, iż odczyn patologiczny na zimno w tkance ustrojowej polega na ostrym, aseptycznym zapaleniu. Kiedy występują już procesy zastoinowe w naczyniach, pomoc jest spóźniona. Proces taki przyspieszyć może niewłaściwe postępowanie, szczególnie zbyt gwałtowne rozgrzewanie i rozcieranie. Najważniejsze jest osuszenie skóry i dobre jej przewietrzenie.

Higiena pracy

St. J. D. Buxton — Zapobieganie wypadkom i ograniczenie uszkodzeń. (Lancet nr. 6484 z 5. I. 1946, str. 27). W porównaniu z rokiem 1938 ilość wypadków w przemyśle w Anglii wzrosła w roku 1943 u mężczyzn o 49% u kobiet o 400%, u młodocianych obu płci o 23%. 1/7 wszystkich wypadków dotyczy stóp, z tego 2/3 palców. W r. 1943 odsetek wypadków zależnie od przyczyny rozkładał się następująco:

Maszynierze z pędem mechanicznym	16.7%
Ręczne narzędzia	8.2%
Uderzenie przez spadający przedmiot	12.0%
Upadająca osoba	12.8%
Uderzenie o przedmiot lub nastąpienie nań	8.7%
Noszenie ciężarów	26.1%
Inne przyczyny	15.5%

Pierwszy dzień w pracy jest najniebezpieczniejszy. Młodociani ulegają wypadkom w znacznie większym odsetku niż dorośli. Bezpieczeństwo w pracy opiera się na sześciu zasadach: pomoc ze strony zarządu, jednoosobowe kierownictwo sprawami bezpieczeństwa, częste inspekcje i badania, propaganda i dokładne prowadzenie list wypadkowych. W kopalniach blisko połowa wypadków, powodujących niezdolność dłuższą niż trzy dni, dotyczy rąk lub stóp. Zapobieganie polega tu przede wszystkim na noszeniu ochronnych części stroju (rękawice, odpowiednie buty, nagonniki). W wojsku ilość wypadków jest duża, zwłaszcza samochodowych. Wprowadzono specjalny hełm dla motocyklistów. Na Środkowym Wschodzie w jednym roku było 8000 złamań z powodów nie-biżownych. Trzeba rozważyć wbudowanie w motocykl takiej części ochronnej, która zapobiegłaby złamaniom goleni itp. W r. 1943 przekonano się, że wieka czołgów powodują przy zamykaniu liczne obrażenia palców („palec czołgowy”) dzięki czemu przeprowadzono zmiany w konstrukcji tego wieka.

Wypadki drogowe w Anglii wynoszą około 250.000 rocznie, w tym 6500 śmiertelnych, kosztą zaś oblicza się na 50 milionów funtów. Napewno właściwa propaganda będzie mogła obniżyć te zastraszające cyfry. — Następnie autor podkreśla wagę właściwej pierwszej pomocy w nagłych wypadkach. Corocznie 20.000 wypadków w przemyśle ulega zakażeniu. Są 4 zasadnicze cele pierwszej pomocy: ratować życie, usuwając przyczynę uszkodzenia lub usuwając poszkodowanego z zasięgu działania czynnika uszkadzającego, wstrzymując krwotok, przywracając oddechanie, zapobiegając wstrząsowi; ograniczać stopień uszkodzenia przez odpowiednie potraktowanie ran, złamań itd.; złagadzać ból; transportować uszkodzonego. Dla wypełnienia tych zadań powinny być wszędzie apteczki podręczne oraz we większych instytucjach ratownicze drużyny, wzgl. pielęgniarka. Konieczna jest współpraca urzędników, bezpieczeństwa pracy z chirurgami urazowymi. Organizuje się specjalną służbę dla wypadków złamań, pogotowie przetaczania krwi itd.

W. B.

Nasze powietrze przemysłowe (Art. red. — Lancet nr 6383 z 29. XII. 1945, str. 857). Zanieczyszczenia atmosfery są albo złożone z cząstek stałych, jak popiół lub sadza, albo z dymu, lub wrzeszcze z gazu, jak dwutlenek siarki. Popiół i sadza osadzają się łatwo, lecz w miastach przemysłowych są dokuczliwe. Dymy i gazy nie zyskują szkodliwego stężenia dzięki ruchom powietrza. Badania powietrza w centrum Leicester, stosunkowo czystego i odległego od środków przemysłowych miasta wykazują w nim po 0,5 mg dymu i dwutlenku siarki na metr sześcienny. Pogarsza to znacznie widzialność, co ma szczególne znaczenie dla lotnictwa, oraz co gorsza, absorbuje około 30% promieni pozajądłowych. Zmniejszenie tej koncentracji jest

możliwe przede wszystkim przez ulepszenie konstrukcji kominów i eliminowanie węgla jako środka opałowego, a przynajmniej udosko-

nalanie palenisk w celu zupełniejszego spalania go.

W. B.

2. Medycyna społeczna

A. Topping — Europejskie problemy zdrowia: udział U. N. R. R. A. w ich rozwiązywaniu. (Journ. Royal Sanit. Institute, kwiecień 1946 Vol. LXVI. Nr. 2. str. 91). Od zarania historii następowały po wojnach głód, nędza i choroby. Obecne możliwości zwalczania chorób są duże, jeżeli jednak nie udałoby się zwalczyć głodu, korzyści nie byłyby wielkie. T. czyni przegląd poszczególnych krajów europejskich pod względem żywnościowym (z końcem 1945 roku), w szczególności tych, które wycierpiały okupację niemiecką. Najlepiej przedstawia się Dania. W Belgii są widoki na przetrzymanie zimy dzięki importowi i ściśtemu systemowi kartkowemu. Norwegia wymaga bardzo intensywnej pomocy. W Holandii sytuacja jest nieco lepsza, jednak import jest konieczny. We Francji sytuacja na wsi jest dobra, w miastach zła. We Włoszech, dzięki pomocy UNRRA stan nie jest groźny. W Grecji w czasie wojny sytuacja na wsi nie była zła, natomiast w miastach panował głód. Obecnie, z powodu pomocy UNRRA dla miast, jest na odwrót, gdyż wieś głoduje, wyczerpawszy zapasy i podlegając w ciągu wojny dalszym zniszczeniom, w miastach zaś zapewnione jest około 1700 kal. na głów dziennie. Trudności transportowe przyczynią się do złego stanu mniej dostępnych okręgów Grecji w przyszłości.

Wielkie trudności są w Jugosławii, o których jednak rzekomo nie ma dostatecznych wiadomości, podobnie T. wyraża się o Polsce i Czechosłowacji. Najgorsza sytuacja żywnościowa jest zdaniem autora w Niemczech i w Austrii. Mówiąc o epidemiach, T. snuje głównie przewidywania co do zimy 1945/46 i nie obawia się ospy, dzięki przeszczepieniu, a także duru plamisty nie wydaje mu się zbyt groźny. Było kilka ognisk dżumy w basenie śródziemnomorskim (Ajaccio, Malta, Tarent), nie było natomiast dotąd epidemii duru powrotnego. Dur brzuszny wszędzie wzmógł się znacznie, szczególnie jednak w Polsce. Błonica szerzy się silnie i znamionuje się skłonnością do postaci dławcowych. Z chorób zakaźnych nieepidemicznych na pierwszym miejscu stoi gruźlica. W Jugosławii śmiertelność z gruźlicy, która wynosiła w 1937 r. 190 na 100.000 mieszkańców, obecnie wzrosła do 400/100.000. Ilość zgonów z gruźlicy w owym kraju wyniosła w r. 1944 50.000, podczas gdy ilość zgonów w tym samym roku w St. Zjedn., dziesięciokrotnie więcej zaludnionych, wynosiła 55.000. Podobnie jest w Polsce, na Bałkanach i in. krajach. Również kiła wzmogła się wielokrotnie, przede wszystkim w Niemczech. Dwadzieścia lat przed wojennymi walki z chorobami wenerycznymi unicestwiła wojna. Istnieje prawdopodobieństwo zawleczenia malarii ku Północy Europy. „W konkluzji, żadna z udzielających się cho-

rób w Europie, nie może być uważana na podstawie obecnego nasilenia, za niebezpieczeństwo dla międzynarodowego zdrowia”.

„Niemniej, jeszcze nie przeszkoczona przeszkoda i dlatego jest zupełnie niemożliwe przewidywanie, czy ta lub owa choroba zakaźna przemieni się w epidemię w ciągu nadchodzącej zimy”.

Jeśli chodzi o Niemców, to UNRRA nie zajmuje się nimi, a tylko przesiedleńcami na ziemi niemieckiej, należącymi już to do narodów zjednoczonych, już to do grupy prześladowanych przez Niemców z powodu przekonania politycznych lub rasy. Przesiedleńcy ci, po angielsku zwani Displaced Persons, w skrócie D. P., są dla UNRRY niezwykle trudnym problemem. Problem ten był przed tym jeszcze wielokrotnie trudniejszy, skoro przybliżona ilość przesiedleńców (prawdziwej liczby w ówczesnym zamęcie nikt nie ustali — przyp. ref.) wynosiła początkowo ze sześć milionów ludzi; dzięki organizacji wojskowej armii okupacyjnej, zwłaszcza amerykańskiej, odbyła się masowa i niezwykle szybka repatriacja, tak że gdy UNRRA objęła od władz wojskowych opiekę nad przesiedleńcami, było ich już tylko około półtora miliona. Głównym zadaniem 379 lekarzy i 435 pielęgniarek, zatrudnionych przez UNRRA jest zapobieganie chorobom. Nie ma większych epidemii i poważniejszego niedożywienia. Dla około 50.000 przesiedleńców na terenie Austrii UNRRA dysponuje 24 lekarzami i 226 pielęgniarkami. Prace UNRRY wobec środowisk, nieprzychylnie usposobionych tej instytucji, porównuje autor do stosowania pasty na buty, nieocyszczonych z błota.

A. A. E. Newth — Ustawa szkolna z 1946 r. a dziecko upośledzone (Journ. Roy. Sanit. Inst., kwiecień 1946, Vol. LXVI, nr. 2, str. 116) N. omawia segregację dzieci z upośledzonym wzrokiem, słuchem, wątłe chorowite, z defektami moralnymi i umysłowymi. Jeśli mieć na oku, że zasadniczą sprawą jest ułatwienie uczenia się, a nie tylko nauczania, to przy pewnej indywidualizacji ze strony szkoły zwyczajnie bardzo wiele dzieci w różny sposób upośledzonych nie będzie musiało być oddzielonych w klasach specjalnych, dzięki czemu odpadnie jeszcze jedno ich upośledzenie. Ustawa szkolna przewiduje zasady współpracy między nauczycielem, psychologiem wychowawczym i lekarzem szkolnym.

G. M. Allen — Williams — Zapadalność na zakażenia w wojennych żłóbkach dziennych (Lancet nr. 6382 z 22. XII. 1946, str. 825). Aczkolwiek żłóbki te, stworzone w czasie wojny dla umożliwienia matkom pracy we fabrykach, spełniły pod wieloma względami swe zadanie w sposób bardzo dobry (żywienie, szkole-

nie, opieka ogólna), to jednak stawia się zarzuty, iż w żłóbkku takim dziecko jest więcej narażone na infekcję, niż w domu. Autor stara się wyjaśnić tę sprawę przez porównawcze badanie dwóch grup dzieci, a więc grupy „domowej” i grupy „żłóbkowej”. Badania te wykazały niedwuznacznie, że istotnie grupa „żłóbkowa” podlegała znacznie częściej zakażeniu, niż „domowa” — ponad to zapadały tam dzieci we wcześniejszym okresie życia. Konkluzja ta nie przesadza tak długo pożyteczności żłóbków dziennych, póki dalsze badania nie wykażą, w jakim stopniu zalety żłóbków tych przeciwważą tę stwierdzoną już cechę ujemną.

W. B.

Śmiertelność niemowląt (art. red. — Lancet nr. 6382 z 22. XII. 1946, str. 820). Rozważania Prof. Bairda (Journ. Obstetr. Gynec. 1945, 52, 217) doprowadzają do wniosku, że jednym z najważniejszych powodów śmiertelności noworodków jest przedwczesne przyjście na świat, a to jest końcowym skutkiem łańcucha przyczyn, mających swe źródło w sytuacji ekonomicznej. Stałe niedożywienie wywołuje wady w budowie miednicy oraz stany toksemiczne różnego rodzaju. To z kolei wywołuje przedwczesne porody, a przedwczesne porody predysponują do zamierania płodu i śmierci noworodków.

M. Curran i in. — Opieka nad starcami. (Lancet, nr. 6388 z 2. II. 1946, str. 149). Podane obserwacje opierają się na doświadczeniu przychodni w Glasgow. Problem ludzi starych jest w Brytanii szczególnie żywy, skoro odsetek ludzi wyżej lat 65 jest bardzo duży i stale wzrasta. W r. 1936 na około 45 milionów mieszkańców było 8,75 mil. ludzi powyżej 65 lat. Autorzy zbadali 273 starców i 728 staruszek, przy czym u wszystkich zbadali osobiście warunki domowe. Ludzie ci należą do warstwy ubogiej, wiejskiej, związanej z ośrodkami przemysłowymi. Niecałe 3% było zdrowych. Najwięcej schorzeń podpada pod kategorię zaburzeń krążenia (9%). 31% wymagało umieszczenia w szpitalu. Dla ulżenia doli tych ludzi wskazane byłoby zorganizowanie pomocy domowej oraz domów dla starców, które istnieją dotychczas w bardzo niedostatecznej liczbie. Pomoc lekarska powinna być zupełnie bezpłatna, a całość opieki winna być zorganizowana tak, by starzy ludzie czuli, że jest to ich prawo, a nie filantropia.

L. B. Escrit — Niektóre słabe strony urządzeń sanitarnych (Journ. Roy. Sanit. Inst., kwiecień 1946, Vol. LXVI., nr. 2, str. 124) E podaje krytykę skłonność do tradycjonalizmu w pracach sanitarnych, polegającego na niewolniczym nieraz trzymaniu się starych szablonów; zwłaszcza w budowie drenów i filtrów. Stare reguły spadu drenów i kanałów wymagają poprawek, podobnie system drenowania powierzchni. W dalszym ciągu autor omawia zasady budowy różnych zbiorników sanitarnych i filtrów w świetle nowych doświadczeń.

J. H. Coordrige, G. W. Fuller i E. B. Lockett — Niektóre zagadnienia zaopatrzenia w wodę okręgów wiejskich w kraju i za morzem (Journ. Roy. Sanit. Inst., kwiecień 1946, Vol. LXVI., nr. 2, str. 130) Podkreślwszy znaczenie higieniczne i przemysłowe odpowiedniego zaopatrzenia w wodę czasu wojny i pokoju, autorzy przechodzą do omówienia pierwszego zadania w tym zakresie tj. właściwego określenia zapotrzebowania wody dla celów domowych, rolnych, przemysłowych i innych w danym okręgu wiejskim. Dla celów domowych, po uwzględnieniu zasad właściwej higieny osobniczej przewidują normę 25 — 35 gallonów (1 gallon — około 4 litry) na głowę dziennie. Gospodarstwa rolne, jeżeli połączone są z gospodarstwem mlecznym, mają następujące zapotrzebowanie:

Na każdą krowę mleczną	15 gal/dz
Chłodzenie, mycie naczyń, na każdą krowę mleczną	15 "
Na każdego wołu, buhaja, krowę, nie mleczną	10 "
Na każdego konia w pracy	10 "
Na każdego wieprza	3 "
Na każdą owcę	1½ "
Różne inne potrzeby dużego gospodarstwa	300 "

Szczególnego uwzględnienia wymagają też gospodarstwa sadownicze, jarzynowe a zwłaszcza inspektowe. Następnie omówiono metody rozprowadzenia wody w szczególności średnicę rur oraz włączenie zbiorników wody zaspokojenia szczytowych zapotrzebowania przejściowych bez konieczności uwzględnienia tego w przekroju rur. Rury mogą być żelazne, stalowe lub azbestowe, pokrywane na zewnątrz i wewnątrz powłoką bituminową. Czasem mogą wchodzić w grę stopy miedziowe, ołowiane lub kute żelazo, zawsze jednak zasadnicze znaczenie ma dokładne uwzględnienie gatunku wody istniejącej oraz cech gruntu.

Nadto omówiono potrzeby przeciwpożarowe systemu (specjalna ustawa z r. 1933 przewiduje dodatkowe fundusze na te cele) oraz ogólne koszty systemu zaopatrywania. Koszta te pokrywają poczęści rząd, samorząd wojewódzki (county council) i gminny. Spożywacę woda kosztuje od 1 sh do 2/6 za tysiąc galonów (przed wojennych około 1.20 do 3 za 4000 litrów) dziennie. Stanowi to 5 — 12% dochodu brutto z farmy. Następny rozdział poświęcony jest zaopatrywaniu w wodę baz wojskowych itp., które niejednokrotnie trzeba umieszczać w bezludnych okolicach. Po omówieniu prac przygotowawczych, budowy i systemu czerpania autorzy poświęcają więcej uwagi chlorowaniu wody. W czasie wojny stosowano chlorowanie lub chloraminowanie do stężenia 0,6 — 0,7 na milion, filtrowanie i osadzanie stosowano tylko w wypadkach wody nieczystej. Wiele konstruowanych dla wojska wodociągów może być użytych obecnie przez gminy. Rozdział końcowy omawia zaopatrywanie w wodę w kołoniach.

F. H. Kemp i D. C. Wilson — Ekologia społeczna kopalni węgla w Radstock (Lancet nr. 6388 z 2. II. 1946, str. 172). Autorzy przeprowadzili porównanie warunków życia ludności górniczej i rolnej w okręgu kopalnianym. Poziom życia górników jest nieco wyższy niż pracowników rolnych. Jednakowoż rozwija się u nich w znacznym stopniu pylica płuc. W każdym wypadku duszności należy przeprowadzić szczegółowe i w razie potrzeby wielokrotne badania, gdyż częstotliwość jedno badanie nie jest wystarczające.

W. B.

Odpiw pracowników z kopalni. (Art. red. — Lancet nr. 6388 z 2. II. 1946 str. 167). Za dziesięć lat nie będzie w ogóle górników w kopalniach węgla w W. Brytanii — tak przewidują na podstawie obecnego tempa ubywania ich: mniej, niż dziesięć tysięcy dąpywa rocznie, a 70.000 ubywa. Powodem tego są złe warunki w kopalniach, a brak rąk do pracy w innych dziedzinach, mających lepsze warunki. Przedstawiciele górników przedłożyli dwunasta punktowy plan dla zaradzenia temu; w planie tym przewidują szereg reform, mających na celu poprawę bytu i warunków pracy w kopalniach, a między innymi też reformę służby zdrowia górniczej. W tym duchu prof. Ryle (Br. Journ. Industr. Med. 1945, ii, 108) proponuje stworzenie akademii medycyny górniczej w głównym okręgu górniczym W. Brytanii, tj. w Południowej Walii. Ile zadań stoi przed medycyną górniczą, wskazują różne statystyki. Jeśli przyjąć okres pracy górnika na 50 lat, to na każdym stu, poczynających pracować w 14 roku życia, 6 lub 7 ginie w kopalni, a 20 ulegnie ciężkim wypadkom. Przeciętnie górnik musi spodziewać się ciężkiego wypadku raz na 5 lat pracy. Najwięcej jednak odstrasza od pracy w kopalniach wielki odsetek pylicy, która powoduje niezdolność do pracy. Szereg nowych posunięć w walce z pylicą i w zapewnieniu lżejszej pracy dla zagrożonych pozwala żywić nadzieję, iż problem pylicy nie będzie tak palący w przyszłości. Również zmiana nastawienia wobec górnika, jaka zaszła w czasie wojny w związku z uświadomieniem sobie przez społeczeństwo ważności pracy górnika, ma znaczenie moralne. „Jeżeli demokratyczne podejście” — kończy „Lancet” — „ma być lepsze do „kierowania” i przymusu, to całe społeczeństwo musi współpracować przez odrzucenie antyspołecznej skali wartości, wśród których przewodzi zła opinia, przywiązywana do pracy górniczej. Poszanowanie współobywatela, duma z osiągniętych zadań i społeczny prestiż są czynnikami pobudzającymi, dla których nasza marnotrawna polityka ekonomiczna przedwojenna nie miała zrozumienia. Zaczynamy rozumieć, że w erze pełnego zatrudnienia wolność gospodarza da się zachować tylko dzięki pełnemu uwzględnieniu tych czynników pobudzających i dzięki przyznaniu po raz pierwszy wielu zawodom takiego poziomu społecznego, jaki odpowiada istotnie ich wartości dla społeczeństwa”.

L. Brock — Psychiatria a publiczna służba zdrowia (Lancet nr. 6393 z 9. III. 1946, str. 333). W dłuższym artykule B. zajmuje się całą gamą problemów psychiatrii w związku z nowo zaprojektowaną powszechną służbą zdrowia i widzi większe możliwości rozwoju tej gałęzi medycyny dzięki nowej organizacji. Psychiatrizy są dotąd w W. Brytanii wskutek panujących przepisów i przesądów grupą raczej upośledzoną lecz obecnie jest sposobność poprawy tego niewłaściwego położenia.

K. E. Barlow — Zdrowie rodziny (Lancet nr. 6393 z 9. III. 1946 str. 355). Pacjent jest częścią domu, a dom jest częścią społeczeństwa; dom i społeczeństwo są, biologicznie biorąc, częścią otoczenia ustroju. Rodzina nie tylko jest przewodnikiem dziedziczności, ale także jednostką przewodzenia dla najbliższego otoczenia. Eksperyment w Peckham dowiódł, jak wiele można oczekiwać po metodzie badania jednostki na tle jej otoczenia, to też liczne miasta biorą sobie przykład z Peckham i organizują u siebie podobne ośrodki. Autor opisuje taki ośrodek, zorganizowany w marcu 1945 w Coventry.

W. B.

Wady wrodzone, wywołane złym odżywianiem matki (Art. Red., Lancet nr. 6396 z 30. III. 1946, str. 465). Szereg doświadczeń na zwierzętach wykazuje wybitny wpływ braków dietetycznych matki w okresie ciąży na powstawanie wad rozwojowych u płodów oraz niewczesne porody. Również zakażenie różyczką (rubellą) wywiera taki wpływ. Badania Warkany'ego wykazały wpływ braku riboflawiny oraz witaminu A w diecie matki.

W. B.

Wołowina, mięśnie i biochemia — (Art. Red. — Lancet nr. 6396 z 30. III. 1946, str. 467). Badania eksperymentalne na dużych grupach ludzi w Anglii wykazały, że białko mięsne nie ma szczególnego znaczenia dla pracy mięśniowej i że dobrze zrównoważona oraz dostatecznie kaloryczna dieta, bez względu na pochodzenie zawartego w niej białka umożliwia zupełnie dobrze ciężką pracę fizyczną. To też utarty zwyczaj, by zawodnicy wyścigów łodzi Oxford i Cambridge odżywiali się szczególnie obficie mięsem na tydzień przed dniami wyścigów jest objawem rodzaju zacofania dietetycznego ze strony tych uniwersytetów. Mimo licznych badań nie ma dotąd jasnego obrazu co do biochemicznych zmian w mięśniach ćwiczących i zmęczonych. Badania Uniwersytetu Kijowskiego wykazały, że mięśnie wyćwiczone zawierają więcej: zaczynów utleniających i metabolizujących i dzięki temu gromadzi się w nich po pracy mniej kwasu mlekowego, a co za tym idzie, nie ulegają tak szybko zmęczeniu. Badania Huidobro ze Santiago (Chile) na zwierzętach wskazują na środki z grupy kofeiny, jako opóźniające moment zmęczenia mięśnia, prawdopodobnie przez zwiększenie wrażliwości receptorów acetylcholin. Ukraińscy zaś badacze przypisują kwasowi askorbinowemu i tiaminie,

oraz diecie ketogenicznej działanie dodanie dla pracy mięśniowej. Gdybyśmy znali najprostsze, właściwych warunków mieszkalnych i towarne dzieci i dorosłych oraz wszelkich zajęć, mielibyśmy klucz do rozwiązania zagadnienia pożywienia na świecie.

W. B.

Rola odżywiania w medycynie społecznej. (Posiedz. „Nutrition Society” grupy szkockiej, 2. III. 1946 — *Lancet* nr. 6398 z 13 IV. 1946, str. 537). Dobry stan odżywienia jest wynikiem dobrych warunków otoczenia w najszerszym pojęciu tj. przy dostatku jedzenia, snu, rozrywki właściwych warunków mieszkalnych i towarzyskich. Według Vernon'a nie ma wielkiej różnicy w całkowitym dziennym wydatkowaniu energii między pracą lekką, a ciężką, gdyż przy ciężkiej pracy okresy wypoczynku są dłuższe, niż przy lekkiej (!? — ref.). Nie znaleziono też dotąd uzasadnienia dla konieczności pobierania szczególnie dużych ilości mięsa przez ciężko pracujących fizycznie; niemniej, zdaniem prof. Cathcart'a, najbardziej męskie rasy świata są zjadaczami dużej ilości mięsa (bardzo męscy Beduini żyją tylko mlekiem — przyp. ref.), a ankietą na Olimpiadzie 1936 r. w Berlinie wy-

kazała, że spośród 4700 zawodników 40 narodowości przeważająca większość spożywa wielkie ilości mięsa (byłoby fałszywe wyciągać z tego wnioski przed upewnieniem się, że odsetek ten jest większy, niż wśród reszty ludzi w dobrych warunkach, a wiemy, że spożywanie mięsa jest wśród nich nader rozpowszechnione i polegać może równie na przesadach i niezdrowych upodobaniach, jak wśród atletów — przyp. ref.). Konieczne są dokładniejsze badania nad odżywianiem się ludzi, połączone z doświadczeniami. Stosunki w Indiach omawiał Thomsen, podkreślając m. in., że 30% Hindusów nie ma dostatecznego pożywienia, a niemal wszyscy nie mają dostatecznej ilości witaminów. Środkiem zaradczym, by po niedostatecznych żniwach nie występował głód, jest wzmożenie produkcji żywności, atoli osiągnąć można to tylko przez uspokojenie polityczne, które przyniesie niepodległość. Woolf, po omówieniu dotychczasowych nieudanych prób określenia minimum pożywienia, potrzebnego dla właściwego rozwoju, dochodzi do przekonania, że jedynym sposobem właściwym jest metoda Orr'a: polega na określeniu, przy jakiej wysokości wydatków na jedzenie rodziny osiągają dostateczne pożywienie.

W. B.

3. Chirurgia:

Frank D'Abren i J. G. Humble — Zakrzepowe zaccopowanie żył krezki. Przypadek wyleczony przez resekcję jelita i heparynę. (*Lancet* Nr. 6389 z 13. IV. 1946).

W odróżnieniu od zatoru tętniczego w krezkę, którego obraz kliniczny przedstawia się jako nagły zespół brzuszny (wstrząs, gwałtowny ból, często krwawienie kiszkowe) — stopniowo narastające zaccopowanie zakrzepem żył krezki daje obraz zupełnie odmienny, trudny do rozpoznania. Rokowanie we wszystkich tego rodzaju przypadkach, zarówno żylnych, jak i tętniczych, jest niepomyślnie — spośród 60 przypadków kliniki Mayo — 57 skończyło się zejściem śmiertelnym, przy czym rokowanie w przypadkach zaccopowania żył krezki jest bardziej niekorzystne, niż zatorów tętniczych, gdyż operacyjne usunięcie krezki z zaccopowanymi żyłami nasuwa duże trudności — nie wolno resekować zbyt blisko żyły krezkowej górnej, a nadto uraz związany z zabiegiem przyczynia się niejednokrotnie do szerzenia zakrzepu w kierunku dośrodkowym. W opisanym przypadku, u 40 letniego mężczyzny, który w październiku 1944 przechodził po tępych urazie zakrzepowe zapalenie lewej żyły odpiszczelowej wewnętrznej tuż ponad kałanem, z następowym zawałem w płucu prawym oraz zakrzepem w prawej żyły odpiszczelowej wewnętrznej uda — wystąpiły nagle 11. IX. 1945 silne bóle tępe w dołku podsercowym, bez wymiotów. Po tygodniu objawy utrzymywały się w nieco mniejszym nasileniu, chory miał stale zaparcie stolca, a badanie wykazało tklwość na ucisk lewej okolicy nerkowej, brak jakiegokolwiek guza w brzuchu, w moczu ślad białko-

i nieliczne ciątka czerwone, ciepłota 38,3, tętno 80, leukocytoza 14,800, RR 130/80. Podejrzewano podostre zapalenie trzustki lub wysoko umiejscowiony ropień pozakątniczy. Ósmego dnia nastąpiło po lewatywie wypróżnienie, badanie stolca na krew utajoną dało wynik ujemny. Podczas dalszych 5 dni ciepłota spadała do normy. Następnie pojawił się nagle ból brzucha, wymioty, mierne wzdęcie, obrzęk mięśniowa całego brzucha. Stwierdzono zupełną ciszę w jamie brzusznej. Rozpoznano ostrą niedrożność jelita cienkiego i przystąpiono do operacji w znieczuleniu lędźwiowym. W jamie brzusznej stwierdzono znaczną ilość krwawego przesiekku, w górnej części jelita biodrowego znalazł się zgorzelinową pętlę, której krezka przedstawiała się jako twarda obrzęknięta masa. Dokonano resekcji około 90 cm. jelita cienkiego wraz z odpowiednim odcinkiem krezki, z zaccopowanymi żyłami. Po zabiegu kroplówka dożylna soli fizjologicznej z heparyną (1 dnia około 13,200 jedn. heparyny na litr, w następnych dniach około 26.400 jednostek — 1 jednostka = 0,077 mg) — aby obniżyć krzepliwość krwi i zapobiec dalszym zakrzepom.

Heparynę odstawiono dopiero 8 dnia, kiedy nastąpiło nieznaczne sączenie z rany świeżej krwi, które po odstawieniu heparyny ustało zupełnie następnego dnia. Przez 12 dni wstrzykiwano domięśniowo penicylinę, w sumie 2,1 milionów jednostek celem zwalczania zakażenia, przypuszczalnej przyczyny zakrzepowego zapalenia żył. Po gładkim przebiegu pooperacyjnym nastąpiło wyzdrowienie. Badanie histopatologiczne wyciętego odcinka krezki wykazało w żyłach prócz dawniejszego zakrzepu, któ-

ry uległ już zorganizowaniu i relaksacji, obecność świeżego zakrzepu, zamykającego zupełnie światło żył. Dawkowanie heparyny opierało się na codziennym badaniu krzepliwości krwi, poddanej w szeregu rurek włoskowatych działaniu heparyny o rozmaitych stężeniach. Krew o prawidłowej krzepliwości nie krzepnie w obecności heparyny w stężeniu 1 jednostki w 1 ccm. Na tym poziomie utrzymywali autorzy krzepliwość krwi chorego za pomocą kroplówki dożylniej z heparyny. Po odstąpieniu heparyny okazało się, że chory ten miał stale zwiększoną krzepliwość krwi. Dobry wynik leczenia autorzy przypisują: 1) rozległej resekcji, 2) dodatkowemu zespoleniu tocznemu, 3) stosowaniu heparyny, 4) penicylinie.

J. Z.

J. L. Learmonth — Technika szycia małych ran (The Practitioner, kwiecień 1946, Vol. 156, nr. 934, str. 225). Warunkiem zdrowego gojenia się rany z jak najmniejszą blizną jest użycie najlepszego materiału do szycia i najlepszych igieł, o ostrych brzegach. Odległość klucia powinna być po obu stronach rany taka sama. Szwy pojedyncze: szew pojedynczy prosty, najczęściej stosowany, ma obejmować całą głębokość rany. Zakłada się go najczęściej naprzód w połowie rany, po czym powstałe w ten sposób dwa równe odcinki dzieli się na dalsze połowy. Odstępstwa od tego konieczne są, gdy trzeba założyć szew na okolicę krwawiącą i przy ranach, przechodzących przez wargę, gdzie pierwszy szew należy założyć na przejściu skóry w czerwień wargową. Węzły zawsze po tej samej stronie rany (nie na samej ranie). W okolicach, gdzie kikuty szwów mogłyby przeszkadzać, np. przy szyciu ran wewn. stronie palca, szwów nie obcina się, ale długie pozostawione końce przytwierdza się przylepcem dalej na grzbiecie dłoni. Szew pojedynczy na prostych igłach stosowany jest przede wszystkim na twarzy i tam gdzie też chodzi o jak najmniej widoczne blizny, z równoczesnym założeniem potrzebnej blizny, z równoczesnym założeniem właściwe zaadaptowanie. Szew pojedynczy materacowy ułatwia opanowanie krwawienia (skóra owłosiona głowy), lecz może spowodować nieznaczne nekrozy skóry nimi objętej. Szew pojedynczy materacowy poprzeczny jest najprzydatniejszy dla skóry, wklucie jest naprzód z dala od brzegów rany po obu stronach, a potem tuż przy brzegach, wiązać powinno się tuż przy bliższym wkluciu; jeszcze lepszy rezultat można osiągnąć przez wstawianie między te szwy szwów pojedynczych prostych. Tam, gdzie jest skóra silniej napięta i przez to brzegi rany mają skłonność do rozchylenia się, należy zastosować szew pojedynczy ósemkowy (wklucie odległe, wyklucie bliskie przeciwległe, wklucie bliskie po stronie pierwszego odległego i wyklucie przeciwległe odległe). Szwy ciągłe proste mogą być dwójakie, albo widoczna część szwu jest prostopadła do linii szycia, albo też na wskos wobec niej (a wtedy ciągły materacowy używany

jest tam gdzie chodzi o wywinięcie brzegów rany (w pachwinie, pasze itp.); szew materacowy ciągły poprzeczny daje bardzo korzystne blizny; szew ma też działanie hemostatyczne. Szwy specjalne potrzebne np. dla zakończenia szwu w ranach trójkątnych lub przy adaptacji dwóch warstw, dotyczą tkanki podskórnej lub dolnej warstwy.

R. Rowden Foote — Kilka powszednich zagadnień leczenia żyłaków (The Practitioner, kwiecień 1946, Vol. 156, nr. 934, str. 295). Przy niepowikłanych żyłakach stosuje się metody zachowawcze w następujących wypadkach: w podeszłym wieku, w ciąży, w poważnych zaburzeniach w krążeniu tętniczym, przy współistnieniu głębiej leżących zakrzepów żylnych i wtedy, gdy powodem tworzenia się żyłaków jest istnienie guza w miednicy. Metody zachowawcze polegają na 1) spoczynku i wysokim ułożeniu kończyn; 2) elastycznym bandażowaniu, których jest kilkanaście co najmniej sposobów i wybór zależy od okoliczności 3) ogólnym postępowaniem, jak obniżanie zbyt wysokiej wagi chorego, stosowanie diety i odpowiednich leków, jak tarczycza, witamina B itp. oraz leczenie ortopedyczne bardzo często przy żyłakach spotykanej płaskiej stopy. Dla pewnej grupy chorych z żyłakami wchodzi w grę leczenie zastrzykami obliterującymi. Grupę tę tworzą przypadki zachowanej wydolności zastawek żylnych (p. n.), nadto ci, którzy nie zgadzają się na wskazaną dla nich operację, przypadki czysto kosmetyczne, przypadki nie rokujące zbyt pomyślnych wyników wskazanego zresztą leczenia operacyjnego i te przypadki owrzodzeń żyłakowatych, gdzie da się osiągnąć pewne wyniki obliteracji mniejszych żył. Leczenie operacyjne, polegające na resekcji v. saphena int. i najskrupulatniejszym podwiązaniu głównych dopływów żylnych w miejscu połączenia tej żyły z żyłą udową. Operacja jest poważnym zabiegiem, w którym nie rzadko dochodzi do zejścia śmiertelnego, nawrotów i zakażeń. Najnowsze statystyki amerykańskie wykazują nawroty w 23% wypadków.

Operację łączy się często z zastosowaniem podczas niej substancji obliterujących. Autor uważa za przeciwwskazanie do tego istnienie głębszych zakrzepów. Dobre wyniki osiąga przez wysoką resekcję v. saphena int., po aczonym z podwiązywaniem w wybranych miejscach, a dopiero po kilku tygodniach stosuje obliterację iniekcjami. Operacje, polegające tylko na miejscowym podwiązywaniu mają małe zastosowanie. Próby sprawności zastawek żylnych są następujące:

1) próba Trendelenburga, dająca pogląd co do zastawek v. saph. int. polega na opóźnieniu żył kończyny z krwi przez uniesienie do góry i zaciśnięcie ujścia żyły (okolicy foramen ovale), po czym zwolnienia nacisku w pozycji stojącej. Szybkie wypełnienie się żył uchodzi za wynik dodatni; napełnianie się żył przy próbie dodatkowej z utrzymanym uciskiem przez 1 1/2 minuty daje pogląd co do krążenia żylnego obocz-

nego. 2) Próba Perthes'a, dająca pogląd co do drożności głębokich żył, polega na uciśnięciu opaską w połowie uda: uwydatnienie się żyłaków w czasie ucisku dowodzi utrudnionego odpływu żylnego głębokimi żyłami. 3) próba opaskowa porównawcza (Ochsner i Mahorner) określa stan zarówno głębszych żył, jak i v. saph. int. oraz żył łączących, i to na różnych poziomach. Żyłaki bada się przy tej próbie w pięciu okolicznościach: stojąco, chodząco bez opaski, chodząco z opaską na górnej $\frac{1}{4}$ uda, na środkowej $\frac{1}{4}$ i na na dolnej $\frac{1}{4}$ uda. Autorzy próby dzielą wyniki na 4 stopnie, zależnie od poprawy krążenia żylnego poniżej opaski podczas chodzenia. 4) Próba z opaską podwójną: dwie opaski zakłada się powyżej i poniżej większej grupy naczyń żylnych tak, by ucisk był wywierany tylko na żyły powierzchowne; leżącemu choremu unosi się nogę i następujący wtedy odpływ krwi z żył powierzchownych świadczy o zachowanej ich łączności z żyłami głębszymi; jeżeli przy chodzeniu z tymi opaskami wypełnienie żył między nimi zwiększa się, dowodzi to zapoczwiania żył głębszych. Prócz tych prób krążenia żylnego kończyny należy niejednokrotnie przedsięwziąć próby krążenia tętniczego, które są następujące: 1) stwierdzenie tętna a. dorsalis pedis 2) badanie oscylometryczne 3) próba histaminowa (De Takats i Quint), polegające na umieszczeniu na skaryfikowanej skórze kropli roztworu 1:1000 fosforanu histaminy w fizj. roztworze soli; zaczerwienienie dookoła, występujące w przeciągu 5 minut dowodzi dobrego krążenia tętniczego, 4) próba Samuela, dzięki której wykryć można chorobę Ruergera, polega na uniesieniu obu nóg leżącego pacjenta, pod kątem 90 stopni i wykonaniu przezeń szybkich ruchów zginania i rozprostowywania obu stóp; w razie znacznego zblednięcia powierzchni plantarnych wnioskuje się o zaciopowaniu tętnic. Przeprowadzenie tych prób w wypadkach niepowikłanych żyłaków pozwala na zaliczenie do odpowiedniej grupy i zastosowanie jednego z trzech powyżej wymienionych sposobów leczenia. Co do tego leczenia autor przestrzega, że nie istnieje 100%-owe wyleczenie żyłaków, że wysoka resekcja jest poważnym zabiegiem, nie dla przychodni, ale dla sali operacyjnej, że ważne są ogólne środki pomocnicze i że w każdym wypadku konieczne jest dokładne badanie dla uniknięcia pomyłek w wypadku chorób krążenia i nerek.

Następuje omówienie najczęstszych powikłań żyłaków, mianowicie owrzodzeń, wyprysku i zapalenia żył. Owrzodzenia nie występują powyżej dolnej połowy podudzia, jeśli tam spotyka się owrzodzenia, są zwykle na innym tle (grzybice, kiła itd.). W wypadkach owrzodzeń żyłakowatych, którym towarzyszy zaciopowanie głębszych żył lub niedostateczny dopływ tętnicy, zabiegi operacyjne nie wchodzi w grę, a tylko opaski wzgl. opatrunki różnego rodzaju z gipsowym włącznie. Miejscowo można stosować sulfatiazol, fioleć goryczkowy, krem pe-

nicillinowy, tran, proflawinę itp. Operatywna leczenie dąży do zobliterowania systemu v. saphena, w każdym jednakowoż wypadku potrzebne jest leczenie pomocnicze opatrunkowe. W wypadkach wyprysku również niejednokrotnie potrzebna jest wysoka resekcja, miejscowo zaś poleca autor $\text{pix} + \text{zinc. oxyd.} + \text{lanolinum}$. Także bywa pomocny 2% fioleć goryczkowy wodny.

Do chodzenia potrzebne jest zastosowanie elastycznego opatrunku na całą kończynę z uciskiem na fossa ovalis. Na zewnątrz sulfadiazyna. Jeżeli v. saphena int. jest normalna w górnej części uda, doskonałe wyniki daje wysoka jej resekcja. W wypadku zakrzepów głębokich żył ułożenie do łóżka jest konieczne, nadto podawanie dużych dawek sulfadiazyny. Wielu poleca blok parasympatyczny. Stosowanie dikumaryny dopuszczalne jest tylko przy stałej kontroli krzepliwości krwi.

W. B.

W. Thompson — Leczenie żyłaków metodą strątu (Lancet, nr. 6383 z 29. XII. 1945, str. 849). Dla uniknięcia wypłukiwania z prądem krwi wstrzykiwanego środka obliterującego proponuje T. stosowanie mieszaniny, która dzięki tworzeniu się strątu w samej żyłce nie ulega tak łatwo wypłukaniu. Jeżeli użyć natrium oleicum i calcium gluconatum, wytrąca się calcium oleicum. Technika zabiegu przedstawia się następująco: pozycja stojąca pacjenta; dobór odcinka żyłaka około 15 cm-owego i podwiązanie powyżej i poniżej opaską; wstrzykuje się iniekcję uciśnięte miejsca w żyłak 1 ccm 10% calcium gluc., poczem natychmiast przez tę samą igłę, ale z innej strzykawki 2 ccm 5% natr. olein. Miejsce wstrzyknięcia po usunięciu igły pacjent zaciska przez minutę. Potem siada na 20 minut z nogą ułożoną poziomo, następnie usuwa się opaski. Poniżej miejsca zastrzyknięcia zakłada się szeroką podwiązkę. Iniekcje powtarza się co tydzień. T. miał bardzo dobre wyniki w 170 wypadkach u wojskowych, gdyż wszyscy niemal (168) powrócili do normalnej służby jako w pełni zdolni.

Na 2000 wykonanych iniekcji nie było embolii, w jednym tylko wypadku lekka syncope.

W. B.

Kamień miłowy w rozwoju narkozy. Gray i Halton (Sprawozdanie z badań klinicznych złożone w Royal Society of Medicine). The Lancet. Nr. 6395 z 23. III. 1946.

Na podstawie 1000 wypadków, przede wszystkim z dziedziny chirurgii brzusznej, w których stosowano krystaliczny produkt z kurary, mianowicie chlorek t. zw. d-tubokuraryny autorzy opisują działanie tego środka, który — porażając zakończenia motoryczne w mięśniach i powodując ich całkowite zwiócenie — pozwala zaoszczędzić choremu większych dawek środków narkotycznych stosowanych do głębokiego uspiania podczas operacji. Niebezpieczeństwo kuraryny polega na tem, że dawka konieczna bliska jest toksycznej, która wywołuje zatrzymanie nerwów oddechowych; sztuczne oddychanie szybko likwiduje tego rodzaju incydenty, swoista odtrutka kuraryny, prouguina nie ma natomiast praktycznego znaczenia. Dawka wynosi kilkanaście miligramów. Prócz chirurgii brzucha kuraryna znajduje zastosowanie — obok płytkiego uspiania — do bezpośredniej laryn-

goskopii, a bez uśpienia — do mniejszych zabiegów, np. rektoskopii. Kurara, jedna z najgroźniejszych tru-

cizn odegra jeszcze — być może — poważną rolę w leczeniu.

4. Ginekologia i położnictwo:

Borys Herszenhorn — O czynniku Rh i jego znaczeniu w klinice. (Lek. Wojsk. Edynburg, T. 37, Nr. 1, str. 57).

Landsteiner i Wiener (1940) wykazali, że obok aglutynogenów A i B (oraz M, N, i P) istnieje w krwinkach 85% ludzi jeszcze inny aglutynogen nazwany przez nich Rh (gdyż surowica królika uodpornionego na krwinki małpy *Macacus Rhesus* /*Mulatta* aglutynuje te krwinki). 15% ludzi nie posiada w krwinkach czynnika Rh. Można zatem wyróżnić ludzi Rh-dodatnich i Rh-ujemnych. Normalne surowice nie zawierają swoistych aglutynin anti-Rh. Bodźcem do ich powstania jest wprowadzenie krwinek Rh-dodatnich do krwioobiegu osobnika Rh-ujemnego. Dalsze badania wykazały, że takie uodpornienie może nastąpić u kobiet Rh-ujemnych obu płci po transfuzji krwi Rh-dodatniej. Tłumaczy to niektóre przypadki hemolizy w powtarzanych przetaczaniach krwi, mimo, że dawca i biorca należą do tej samej grupy krwi w układzie A—B—O.

Do oznaczenia czynnika Rh służą specjalne surowice (uodpornionego królika lub świnki morskiej, osób Rh-ujemnych, które zostały uodpornione na antygen Rh przez transfuzję krwi Rh-dodatniej lub kobiet z izo-imunizacyjną ciążą). Technika badania jest jednak zawikła i to ogranicza zastosowanie w praktyce codziennej. Istnieją jednak objawy kliniczne, które upoważniają do podejrzewania, że ma się do czynienia z izo-imunizacją na antygen Rh.

Wiener opisał następujący przypadek: Choremu z grupą A przetoczono 500 ccm krwi grupy A, która nie była aglutynowana przez surowicę chorego przy próbie bezpośredniej. Po 5 dniach ponowna transfuzja krwi grupy A innego dawcy. Ponieważ poziom hemoglobiny spadł, przetoczono do dalszych 6 dniach krew trzeciego dawcy z grupą A. Trzecią transfuzję musiano przerwać po 350 ccm, ponieważ u chorego wystąpiły dreszcze i ciepota podniosła się. Badania wykazały, że chory był Rh-ujemny, a wszyscy trzej dawcy Rh-dodatni. Po pierwszej transfuzji Rh-dodatnie krwinki pobudziły mechanizm obronny chorego Rh-ujemnego do wytworzenia przeciwciał anti-Rh, które wyeliminowały przez hemolizę przetoczone krwinki. Druga transfuzja była dalszym bodźcem do powstania ciał odpornościowych, a przy trzeciej stężenie ich było już tak wysokie, że już podczas transfuzji doszło do wyraźnej i bardziej gwałtownej hemolizy.

Uodpornianie na antygen Rh jest głównym czynnikiem etiologicznym schorzeń hemolitycznych noworodków i płodów. Z badań autorów amerykańskich i brytyjskich wynika, że powyżej 90% przypadków erythroblastosis foetalis (hydrops foetalis, icterus gravis, anaemia haemolytica neonatorum) jest następstwem izo-imunizacji na antygen Rh. Ciężce izoimunizacyjne

mają często przebieg patologiczny i kończą się poronieniami lub porodami przedwczesnymi. Poronienia nawykowe, o coraz wcześniejszych terminach poronień (przeciwnie jak w przypadkach kiły), są również podejrzone o izoimunizację.

Zjawisko immunizacji w ciąży posiada duże znaczenie praktyczne. Eugenicznie wykazano, że czynnik Rh dziedziczy się według Mendla: ojciec Rh-dodatni homozygotyczny w każdym zapłodnieniu da płód Rh-dodatni, co zwiększa prawdopodobieństwo izo-imunizacji i prawie wyklucza możliwość urodzenia zdrowego potomstwa przez matkę (Rh-ujemną) z chwilą, gdy raz doszło do uodpornienia matki na krwinki płodu — heterozygotyczny Rh-dodatni ojciec ma szansę zdrowego potomstwa 1:1, gdyż teoretycznie w 50% płody mogą być Rh-ujemne.

Duże kliniczne znaczenie posiada immunizacja ciążowa dla matek, które w razie transfuzji krwi Rh-dodatniej mogą już przy pierwszym przetaczaniu krwi zareagować silną hemolizą — dlatego wskazane jest przetaczanie krwi Rh-ujemnej tym kobietom, które uległy w ciąży kiedykolwiek izoimunizacji. Z drugiej strony przetaczanie krwi Rh-dodatniej kobietom Rh-ujemnym może doprowadzić do uodpornienia ich na krwinki Rh-dodatnie i spowodować erythroblastozę u ich potomstwa w przyszłych ciążach.

Levine, Katzin, i Boornham wykazali, że przeciwciała anti-Rh przechodzą przez łożysko i powodują do krążenia płodowego i powodują destrukcję krwinek płodu.

W leczeniu erythroblastosis neonatorum wskazane są transfuzje krwi Rh-ujemnej, nie posiadającej przeciwciał anti-Rh (krew matki nie nadaje się, ponieważ posiada przeciwciała) — najlepiej nadają się krwi matki, którzy nie zostali uodpornieni przez transfuzję (krew Rh-dodatniej) lub przez ciążę izo-imunizacyjną.

I. Halbrecht — Niedostrzeżona gruźlica narządów rodnych, jako główna przyczyna niedrożności jajowodów. (Lancet Nr 6390 z 16. II. 1946).

Wśród 150 niepłodnych kobiet salpingografia wykazała w 48 przypadkach częściową lub zupełną niedrożność jajowodów. Spośród tych 48 przypadków stwierdzono gruźlicę na podstawie badania bioptycznego wyskrobin macicy — tylko w jednym przypadku mogło badanie ginekologiczne nasunąć podejrzenie gruźlicy narządu rodnych. Opadanie ciałek czerwonych prawidłowe, Rentgen nie wykazał żadnych zmian w płucach. Badania sekcyjne wykazują większą częstość gruźlicy jajowodów, niż macicy — należy przypuszczać, że odsetek przypadków gruźlicy narządu rodnych, uzyskany przez badanie wyskrobin, jest niższy, niż w rzeczywistości. Autor ostrzega przed lekkomyślnym

stosowaniem przedmuchiwania jajowodów lub salpingostomii w przypadkach niedrożności jajowodów, gdy grozi to rozszaniem procesu grucznego, zwłaszcza na otrzewną — wpięrow należy wykluczyć gruczną narządów rodnych.

J. Z.

Ch. Cookson — Budowa i obsada szpitala położniczego w czasie wojny (Journ. Roy. Sanit. Inst., kwiecień 1946, Vol. LXVI., nr. 2, str. 137) Autor opisuje szpital dla podkreślenia, co da się zrobić w wyjątkowo trudnych warunkach. Główny budynek jest jednopiętrowy, a płaski dach umożliwia nadbudowę, także odbudowa wszędy jest możliwa. Całość składa się z 26 łóżek, dwie salki po 6,1 z 4 łózkami i dziesięć pojedynczych; nadto trzy łóżka w izolacji. Każde łóżko jest oddzielone ścianką, tak, że chore mają wygodę, każde ma swoją umywalkę, światło, fotel, stolik i szafę. 8 łóżek jest dla przypadków przedporodowych, a 18 dla porodowych. Dwie sale porodowe, jeden pokój przyjęć; pokój dla noworodków, podręczna kuchnia i pomieszczenia administracyjne dopełniają całości. Osobno

jest dom sióstr i w nim jest główna kuchnia. Ponieważ nie ma specjalnego pomieszczenia dla wcześniaków, wszystkie noworodki przebywają pierwsze pięć dni w specjalnie przystosowanym pokoju, po czym dopiero przenoszone są do właściwego pokoju dla noworodków. Omawiając niezastosowany w szpitaliku system umieszczenia łóżek przy łózkach matek, C. rozważa dobre i złe strony tego systemu: poród w szpitalu stanowi dla matki jakby odpoczynek, który zbyt jest zakłócony przez stałą obecność przy niej dziecka. Opieka nad noworodkiem, sprawowana przez akuszerkę, umniejsza wprawę w tym matki.

Ogólne koszty budowy szpitala wyniosły ok. 35.000 funtów, tj. przedwojennych złotych 875.000.

Szpital ma osiem etatów lekarskich (4 starszych i 4 młodszych lekarzy) lecz z powodu wojny było teraz tylko (! — ref.) sześciu. Są 3 siostry, 11 akuserek i 6 praktykantek akuszerskich. Szpital jest ośrodkiem szkolenia akuserek.

5. Choroby wewnętrzne:

H. J. Trenchard — Objawy wczesnej gruźlicy płuc (Lancet nr. 6383 z 29. XII. 1945, str. 842). Wśród personelu lotniczego, na 250.000 badań masowych rentgenowskich, stwierdzono zapomocą tego badania, połączonego z badaniem klinicznym 650 przypadków czynnej gruźlicy płuc i praca niniejsza opiera się na analizie tych przypadków. Analiza wszelkich objawów wiedzy autora do wniosku, że wykrycie wczesnych przypadków gruźlicy najpewniejsze jest zapomocą masowych badań pod ekranem grup pozornie zdrowej ludności, gdyż zgłaszanie się do lekarza z powodu choroby następuje często zbyt późno.

Joergen Lehmann — Kwas para-aminosaliicylowy w leczeniu gruźlicy (Lancet nr. 6384 z 5. I. 1946, str. 15). Na podstawie doświadczeń in vitro i na zwierzętach, wykazujących działanie bakteriostatyczne tego kwasu na przątkę gruźlicy, autor przeprowadził próby kliniczne, stosując obojętny roztwór 10% przy ropniach gruźliczych i per os 10—15 gramów, przez 8 dni, po czym 8 dni przerwy. Równolegle z tym leczeniem występowała u większości z 20 leczonych pacjentów z gruźlicą płuc poprawa, wydłużająca się spadkiem gorączki, poprawą łaknienia i wagi ciała, zwiększeniem się ilości krwinek czerwonych i hemoglobiny oraz zmniejszeniem się szybkości opadania k. cz. (Doniesienie tymczasowe).

W. B.

Antidotum zatrucia arsenem (Art. red Lancet nr. 6383 z 29 XII. 1945, str. 854). Środek ten, trzymany w tajemnicy w czasie wojny, jest antidotum wobec arsenowych gazów bojowych i miał kryptonim BAL (British Anti-Lewisite). Chemicznie jest to 2,3-dimerkaptopropanol. Główna jego wartość polega obecnie na przeciwdziałaniu zatruciom środkami arsenowymi, stosowanymi przy leczeniu kiły (dermatitis, encephalitis). Stosuje się w domięśniowych zastrzykach z 10%

benzylum benzoicum in oleo arachidis, lecz na razie nie zakończono badań klinicznych, które wykazują pewną toksyczność tego środka.

W. B.

T. V. Cooper — Zatrucia pokarmowe (Journ. Roy. Sanit. Inst., kwiecień 1946, Vol. LXVI. Nr. 2. str. 101). Autor ogranicza się do omówienia tylko masowych zatruc, pozostających w związku z pobraniem pewnych pokarmów. W przód omawia jady chemiczne, kiedy nieraz już w godzinę po pobraniu występują objawy chorobowe, Antymon — z lichej emalii naczyń, użytych do przyrządzania kwaśnych pokarmów, przede wszystkim owoców. Głównym objawem są wymioty. Kadm — z powłoki przeciwrdennej, wyglądającej jak aluminium; zatrucia spowodowane użyciem tac chłodnikowych do sporządzania lemoniady itp. Wymioty, kolka i biegunka. Ołów — z przewodów dla pompowania moszczu. Cynk — ze świeżo galwanizowanego naczynia, użytego do sporządzenia kwaśnych soków owocowych, bardzo częste; fluorek sodowy — użyty przez pomyłkę jako proszek do pieczenia, gdyż jest podobny, a używany w gospodarstwie, jako środek owadobójczy. Prócz wymiotów, kolki, biegunki, występują porażenia. Chlorek metylowy — użyty jako zamrażalnik w lodówkach, może przeciekać do przechowywanych pokarmów; oształmienie, czasem drgawki. Następnie C. omawia pokarmy same przez się trujące, jak grzyby, liście rzewienia (zawierające wolny kwas szczawowy i użyte przez nieświadomość, oraz przez fałszywą analogię z nieszkodliwością łodygi, jako jarzyna, mogące wywołać śmiertelne nawet zatrucie) oraz inne częstsze powody zatruc jagodami itp.

Z rzadszych zatruc przez pomyłkę wylicza C. zatrucia śmiertelne korzeniem akonitu, zjedzonym jako chrzan oraz korzeniem cykuty,

pomyłonym z rzodkwią. Liście cykuty, spożyte przez krowy, mogą powodować cięższe zatrucia po wypiciu mleka od takich krów. Dla wykrycia przyczyny zatrucia w podobnych wypadkach potrzebna jest nieraz pomoc botanika. Dalszą grupę natychmiastowych zatruc pokarmowych stanowią zatrucia bakteryjne, mianowicie Botulismus z toksyn *cl. botulinum*, wywołany spożyciem zakażonych, konserwowanych jarzyn i innych pokarmów. Nie wszystkie szczepy bakteryjne są chorobotwórcze. Czasem jad przenosi się do ludzkiego przewodu pokarmowego ze spożyciem niektórych gatunków dzikiego ptactwa (kaczki, kurki), niezaprzeczonego, lecz pierwotnie chorego wskutek zakażenia *cl. botul.* Objawy, głównie ze strony systemu nerwowego, występują około 36 godzin po spożyciu; jeżeli następuje zejście śmiertelne, to wskutek porażenia oddechania. Autor cytuje wypadek, w którym pierwsze objawy wystąpiły dopiero po 108 godzinach, tak, że zatruty jeszcze w pełni pozornego zdrowia brał udział w pogrzebie innych ofiar zatrucia. W leczeniu stosuje się swoistą surowicę. Botulismus, jakkolwiek najniebezpieczniejsze z natychmiastowych zatruc bakteryjnych jest dużo rzadsze od zatruc bakteriami z grupy *Salmonella*, których jest znanych około setki. Bakterie tej grupy są łatwiej niszczone przez gotowanie, niż *cl. botulinum*. Najczęstszą postacią schorzenia jest gastro-enteritis acuta. Odstępnosć tego zatrucia ilustruje szczegół z epidemii w Aertrycke w Belgii, kiedy to wezwany do oceny podejrzaną kielbasę ekspert, złudzony jej nienagannym wyglądem, nie tylko uznał ją za niewinną, ale nawet spożył spory jej kawałek. W przeciągu tygodnia ekspert zmarł wskutek zatrucia. Autor podaje szereg przykładów epidemii w ostatnich latach, wywołanych przez zakażone zwierzęta (krowy, świnie, ptaki, zwłaszcza kaczki, gryzonie). Także gronkowce mogą wywołać zatrucie pokarmowe, a to częściej od poprzednio wymienionych bakterii, jak wykazały badania dopiero ostatnich lat. Autor uważa, że rzadko kto uniknął tego rodzaju zatrucia, tak jest częste. Wywołane jest spożyciem pokarmów, w których są warunki obfitego rozmnażania się gronkowców. Poddanie takich pokarmów temperaturze, utrudniającej wzrost bakterii zapobiegałoby chorobie. Objawy występują niezwykle szybko po spożyciu, z reguły w trzy godziny, o tyle więc podobnie, jak przy zatruciach chemicznych, polegają na ślinieniu, wymiotach, potem bieguncie. W cięższych wypadkach zapad. Zejście zawsze dobre, często niezwykle szybkie. Wreszcie autor poświęca uwagę przenoszenie pasożytów przez pokarm oraz zatruciom idiosynkratycznym. Na zakończenie podaje reguły, wiodące najpewniej do określenia źródła zakażenia masowego w warunkach polowych: 1. działać natychmiast, zapobiec usunięciu materiału dowodowego, jak wymiocin, podejrzanego pokarmu, naczyń, w których był sporządzany lub z których był spożyty; 2. Zliczyć zachorowania i zdrowe osoby, podległe tym samym warunkom; 3. Spisać

wszelkie pokarmy, spożywane przez daną jednostkę w ostatnich 48 godzinach; 4. Przy ustaleniu pokarmu przyczyny zatrucia, prześledzić jego poprzednie dzieje, nim dostał się do spożycia, aby wysnuć naukę na przyszłość.

Blok sercowy, zależny od pozycji (Notatka red. — *Lancet* nr. 6390 z 16. II. 1946, str. 245). Przedłużenie czasu przewodnictwa przedsionkowo-komorowego w ekg ludzi zdrowych okazuje się częstokroć zależne tylko od pozycji, w której ekg zdejmowano. Występuje bowiem w pozycji leżącej, a znika w stojącej. Przypisać je tedy należy zmianom w napięciu nerwu błędnego, za czym przemawiają też wykonane próby na wągotonie. W. B.

Zgłębnikowanie serca (Notatka red. — *Lancet* nr. 6398 z 13. IV. 1946, str. 541). Od czasu, gdy w r. 1929 Forsmann wprowadził sobie cewnik przez *v. basilica* do prawego uszka, eksperyment ten powtórzyli badacze portugalscy, a potem na większą skalę badacze francuscy i anglosascy. Wykonano już wiele tysięcy zgłębnikowań bez żadnej szkody dla pacjentów. Niebezpieczeństwa są mniejsze od punkcji lumbalnej, a równają się wprowadzeniu igły do żyły przy zastrzyku. Szereg nowych szczegółów, dotyczących pracy serca został w ten sposób wyjaśniony.

W. Alvens i D.M. Blair — Intenzywne leczenie schistosomiasis antymonem. (*Lancet* nr. 6384 z 5. I. 1946, str. 9). Leczenie 100 przypadków zapomocą iniekcji S. A. T. (*sodium antimonyl tartrate* — *antimonium natrio-tartanicum*) dało w dwóch dniach zachęcające wyniki, gdyż do trzech miesięcy nie stwierdzono więcej jaj pasożyta. Dawka wynosi 12 mg na kg i rozdziela się ją na 6 iniekcji w ciągu dwu dni. W. B.

W. G. Mills — Leczenie schistosomiasis (*Lancet* nr. 6384 z 5. I. 1946, str. 12). 46 przypadków leczono przetworami antymonu, jednak nie S. A. T., lecz *anthiomalin* i *stibophen*, które są mniej toksyczne. Było 90% wyleczeń z 3-miesięczną kontrolą. Okres leczenia trwał 2 tygodnie. W. B.

Niebezpieczeństwo nosicielstwa w jamie nosowej — (Art. red. *Lancet* nr. 6388 z 2. II. 1946, str. 166). Niebezpieczeństwo to znane jest dobrze w wypadku błonicy, natomiast mniejszą uwagę zwraca się na nosicieli łańcuszkowców hemolitycznych. Do podtrzymywania tego nosicielstwa przyczynia się zwłaszcza istniejące zakażenie zatok. Nosiciele „nosowi” wydają się dużo niebezpieczniejsi dla otoczenia, niż „gardzielowi”. W. B.

A. D. Campbell — Choroby bydłęce, przenoszone na człowieka (*Journ. Roy. Sanit. Inst.*, kwiecień 1946, Vol. LXVI., nr. 2, 107) Z chorób, pochodzenia pierwotnie zwierzęcego, omawia C. gruźlicę bydłą, wąglik, brucellozę, zarazę pyskowo-raciczną, wściekliznę, ospę krowią, promienicę i inne grzybice. Co do gruźlicy podkreśla dobre widoki zwalczania tej zarazy u bydła drogą szczepień BCG. Zapobieganie zakażeniu ludzi wąglikiem, który jest, jak wiadomo, częstokroć chorobą zawodową, polega

na dezynfekcji wełny i włosia oraz skór. W Liverpool znajduje się państwowa stacja dezynfekcyjna wełny i włosia, importowanych z krajów, w których węgiel panuje u bydła. Z chorób pochodzenia pierwotnie ludzkiego wylicza C. zakażenia łańcuszkowcowe wymienia krwię, błonicę i ludzką gruźlicę. W niektórych wrzeszczach zakażeniach ustrój bydła jest biernym tylko nosicielem, np. w tężcu, zgorzeli gazowej i chorobach pasożytniczych.

Periodyczność grypy (Notatka red. — Lancet nr. 6398 z 13. IV. 1946, str. 539). Komisja dla badania ostrych schorzeń narządu oddychania w Stanach Zjednoczonych poddała analizie kolejność wybuchów grypy od 1920 roku w świetle obecnej wiedzy o tej chorobie, a zwłaszcza pod względem występowania w tych wybuchach zarazka przesączalnego typu A lub B. Ze studium tego wynika, że istnieje pewna regularność wybuchów epidemii grypy, a mianowicie zarazek A gra rolę co drugi rok, a B co czwarty rok, jednakże nigdy równocześnie.

W. B.

T. D. Spies — Leczenie niedokrwistości wielkokomórkowej kwasem folinowym (Lancet nr. 6390 z 16. II. 1946, str. 225). Syntetyczny kwas folinowy krystaliczny należy prawdopodobnie do zespołu witaminy B i pochodzi z wątroby, jest też obecny w drożdżach i innych pokarmach. Stosowany jest doustnie lub pozajelitowo. Dokładna dawka nie jest jeszcze wyśrodkowana, lecz w materiale autora były wypadki, gdzie skuteczna była dawka 10 mg doustnie, a nawet 400 mg nie wywołało objawów ubocznych. Na podstawie dotychczasowych doświadczeń w 45 przypadkach wystarczająca jest dawka całkowita 20 mg pozajelitowa i 20 mg doustnie. Lecznicze działanie uwydatnia się w zwiększeniu ilości retikulocytów, czerwonych krwinek i hemoglobiny oraz poprawie ogólnego stanu pod każdym względem. Skutek taki obserwowano S. w anaemia macrocytica e nutritione deficiente, w sprue, w anaemia pernicioza, w pellagra i w anaemia macrocytica graviditatis. Kwas folinowy nie jest natomiast skuteczny w anaemia aplastica, w anaemia hypochromaemica i w białaczce.

Leczenie pneumokokowego zapalenia opon mózgowych (Art. red. — Lancet nr. 6390 z 16. II. 1946, str. 240). Śmiertelność z tej choroby, która przed erą sulfamidową wynosiła niemal 100%, przy obecnym leczeniu połączonym sulfamidowo - penicillinowym wynosi zaledwie 10%. Szczególnie ważne jest właściwe zastosowanie sulfamidów, a mianowicie najlepiej sulfadiazyny, przed zastosowaniem penicilliny oraz z chwilą jej odstawienia. Konieczne jest użycie pełnych dawek, tj. pierwszej dawki 4 g, po czym po 2 g co 4 godziny. Jak najwcześniej, nie czekając na wynik badania bakteriologicznego otrzymanego ropnego płynu z nakłucia lędźwiowego (które również należy wykonać bez zwłoki przy najmniejszym podejrzeniu), stosuje się dordzeniowo 8000—16.000 jedn. penicilliny w stę-

żeniu 2000 jedn. na 1 ccm. Podając dalej sulfadiazynę, po 12 godzinach powtarza się taką samą dawkę penicilliny dordzeniowo, po czym przez dalsze pięć dni stosuje się ją raz na dobę. Równocześnie przez te pięć dni podaje się penicillinę domięśniowo w sposób szablony, co przyczynia się do opanowania pierwotnego ogniska zakażenia oraz ewentualnej posocznicy. Sulfadiazynę podaje się w tym czasie nadal, chyba, że występują objawy nieznoszenia, wtedy wskazana jest przerwa, jednakowoż z chwilą zaprzestania dawania penicilliny konieczne jest ponowne wdrożenie mniejszych dawek, 1 g co 4 godziny. Pierwsze 24—36 godzin leczenia decyduje zwykle o wyniku, gdyż po tym okresie powinna nastąpić poprawa. Wielkim utrudnieniem tego leczenia są wypadki zablokowania płynu, kiedy trzeba uciekać się do stosowania dokomorowego, choć i wtedy wynik nie jest tak pewny. Blok płynu zdarza się zwłaszcza w wypadkach, wywołanych urazem głowy.

Stosując penicillinę dordzeniowo szczególnie musimy przykładać wagę do bezwzględnej czystości rozpuszczalnika oraz używać strzykawek wyłącznie szklanych. W przeciwnym wypadku spowodować można zadrażnienie opon. W około jednej trzeciej wypadków następuje nawrót, który musi być natychmiast leczony tak, jak pierwszy przystęp. Po wyleczeniu samej meningitis należy przystąpić do chirurgicznego usunięcia źródła zakażenia, którym częstokroć jest proces uszny lub zatokowy. Niejednokrotnie jednak leczenie wyżej podane wystarcza już samo przez się do wyleczenia tego ogniska. W. B.

F. E. Crawley — Zapalenie opon mózgowych na tle pałeczki okrężnicy, leczone sulfatiazolem (Lancet nr. 6396 z 30. III. 1946, str. 461). Jest to rzadkie schorzenie mające na ogół złą prognozę, gdyż przegląd dotąd ogłoszonych wypadków wykazuje około 75% zejść śmiertelnych. W ostatnich latach ogłaszane pojedyncze wypadki, były leczone sulfamidami z dobrym skutkiem. Autor opisuje też jeden taki przypadek, leczony 1,5 gr sulfatiazolu co 4 godz. przez pierwszą dobę, a 1 gr przez następnych dziesięć dni. Płyn mózgo-rdzeniowy wykazywał długi czas znacznie wzmożoną ilość ciałek białych, z początku z przewagą obojętnochłonnych, a potem z przewagą limfocytów w miarę zdrowienia. Pleocytoza utrzymywała się bardzo długo po zupełnym wyleczeniu klinicznym. W. B.

Doc. dr W. Tomaszewski (Edynburg) — Odżywianie dożylnie białkami, ze szczególnym uwzględnieniem wycieńczenia głodowego. (Lek. Wojsk. Edynburg, T. 37 Nr 1, str. 49).

Przed kilku laty wprowadzono do lecznictwa metodę odżywiania dożylnego białkiem, rozszczepionym uprzednio na aminokwasy. Metoda ta polega na kroplówkowym podawaniu 2,5—5% roztworów hydrolizatów białka razem z 5% glukozy. Za pomocą tej metody można utrzymać dodatni bilans azotowy — umożliwia to odżywianie drogą pozaustną przez dłuższy okres czasu. Metoda ta znalazła zastosowanie

w pierwszym rzędzie w stanach chorobowych, w których istnieje utrudnienie pobierania, trawienia i absorpcji pokarmów. Zastosowano ją z pierwszymi wynikami u wycieńczonych głodem w obozach koncentracyjnych w Niemczech po uwolnieniu przez wojska anglo-amerykańskie (Belsen), z dobrymi wynikami u repatriowanych jeńców angielskich (Kenny), u ludności holenderskiej, jakoteż w Indiach w r. 1943 w czasie nagminnego głodu.

Preparat: „Amigen” amerykański, proszek do doustnego podawania i w specjalnych butelkach transfuzyjnych do wstrzykiwania dożylnego.

„Casydrol” firmy angielskiej „Genatosan” w proszku do stosowania doustnego i w roztworze 5% do stosowania dożylnego (butelki 1000 ccm).

„Pronutrin” firmy Herts Pharmaceuticals Ltd. tylko w płoszu (doustnie). Firma (Glaxo) wyprodukowała doustny i dożylny preparat, na razie do użytku doświadczalnego w klinikach.

Reakcje: preparaty aminokwasów wstrzykiwane powoli nie wywołują ujemnych reakcji — niektórzy chorzy odczuwają subiektywne czucie ciepła. W dawniejszych pracach opisywano jako reakcje: zaczerwienienie i palenie skóry, bóle głowy i krzyżów, dreszcze i podwyższenie temperatury, nudności, wymioty, kurcze brzuszne oraz zakrzepy w miejscu wstrzykiwania. Reakcje te są zależne od zbyt szybkiego wstrzyki-

wania, wysokich koncentracji i zanieczyszczeń (substancje pyrogenne) w dawniej używanych preparatach. Wyjątkowo u chorych uczulonych mogą wystąpić pokrzywki.

Przeciwwskazanie do stosowania hydrolizatów białka stanowią ciężkie uszkodzenia wątroby i zapalenia nerek.

Opisano też przypadki zejść śmiertelnych. **Curreri, Hibma i Cohen** podali jeden przypadek, w którym wystąpiła temp. 41° bezpośrednio po wstrzyknięciu, dreszcze, ciemno czerwone zabarwienie skóry, zapad i zaburzenia funkcji nerek. Śmierć do 40 godzin bez ustalonej przyczyny. **Hops i Cambell** opisali przypadek śmierci w godzinę po podaniu 200 ccm 10% zhydrolizowanej kazeiny — sekcja wykazała ciężkie uszkodzenie wątroby.

Wskazania:

1) stany ciężkiego wycieńczenia głodowego i obrzęków głodowych, 2) raki przełyku, żołądka i jelit, 3) niedrożność jelit, 4) miejscowe i rozlane zapalenie otrzewnej, 5) ciężkie przypadki wrzodów żołądka (również doustnie), 6) przypadki operacyjne po gastrostomii i jejunostomii, 7) przypadki pooperacyjne z hydroproteinemią (szybkie gojenie się ran), 8) colitis ulcerosa, 9) ciężkie oparzenia skóry.

Tam, gdzie można, należy raczej stosować hydrolizaty białka doustnie, aby uniknąć możliwych powikłań (zakrzepy).

6. Antibiotica:

Th. Anderson i M. S. Ferguson — Porównanie skuteczności sulfamidów i penicilliny w zapaleniu płuc (Lancet nr. 6382 z 22. XII. 1945, str. 805). Na podstawie obserwacji dwu grup, leczonych tymi środkami autorzy dochodzą do wniosku, że nie ma, jak dotąd, powodu zastępowania sulfamidów penicilliną w leczeniu zapalenia płuc, gdyż wyniki są niemal identyczne. Stosowanym środkiem był sulfatiazol. W. B.

A. Nelson-Jones i G.E.O. Williams — Aseptyczna zamartwica w miejscach stałej wlewki domięśniowej penicilliny (Lancet nr. 6382 z XII. 1945, str. 817). Powikłanie to przypisują autorzy nieczystości penicilliny i wobec tego sądzą, że ciągła wlewka domięśniowa jest ryzykowna. Lepiej stosować poszczególne iniekcje z dodatkiem procainy. W. B.

I.W.J. Mc Adam, J.P. Duguid, S.W. Challinor i A. Mc Call — Leczenie penicilliną zakażeń jam surowiczych (Lancet nr. 6384 z 29. XII. 1945, str. 843). Głównym obiektem pracy tej jest zastosowanie miejscowe penicilliny, które nie zastępuje stosowania ogólnego, lecz jest tylko jego uzupełnieniem. Autorzy stosowali p. do jamy otrzewnej, opłucnej, podopajęczynówkowej i stawów. Dokładne badania poziomu p. w surowicy i płynach jam surowiczych po zastosowaniu ogólnym i po zastosowaniu do płynów w jamach surowiczych dowodzą, iż stosowanie ogólne jest nieodzowne. Autorzy podkreślają

jednak konieczność stosowania dużych dawek, większych od przyjętych szablonów. W. B.

R. P. Jepson i C. W. M. Whitty — Pneumokowe zapalenie opon mózgowych po urazie głowy leczone penicilliną dordzeniowo. (Lancet nr. 6390 z 16. II. 1946, str. 229). Na opisanych 10 przypadków, 6 udało się wyleczyć przy stosowaniu zarówno do kanału rdzeniowego jak i dokomorowo penicilliny oraz sulfamidów doustnie. Podkreśla się konieczność jak najwcześniejszego rozpoczęcia leczenia penicilliną. Poszczególne dawki wahały się między 5000 a 50.000 jedn., cała dawka w skutecznym leczeniu od 25.000 do 200.000 jedn. W. B.

D. H. Young — Zakrzep zatoki jamistej leczony sulfamidami i penicilliną. (Lancet nr. 6393 z 9. III. 1946, str. 346). Leczenie równoczesne obu tymi środkami jest zdaniem autora właściwsze, niż stosowanie osobno. W jednym przypadku ciężkim, rozwiniętym z karbunkułu nosa 1,160.000 jednostek penicilliny, 9 gramów sulfanilamidu i 24 gramy sulfatiazolu w 6 dniach sprowadziły wyleczenie. W. B.

E. P. Abraham i E. S. Duthie — Wpływ stężenia jonów wodorowych w środowisku na skuteczność streptomycyny i penicilliny. (Lancet nr. 6396 z 30. III. 1946, str. 455). Zwiększenie kwasności środowiska zmniejsza bakteriobójczość substancji zasadowych, do których należą antibiotika streptomycyna i proaktinomycyna; na-

tomiast zwiększa się bakteriobójczość antybiotyków kwaśnych, jak penicillina, kwas mykofenolowy i kwas helwolowy. Uszkodzenie tkanek przebiega ze wzmożeniem się kwasoty miejscowej i dlatego antybiotika zasadowe, zastosowane miejscowo w stężeniu, wystarczającym dla zastosowania ogólnego, mogą okazać się nieskuteczne.

T. R. Lloyd Jones, E. M. Donaldson i S. J. Allen — Leczenie ostrej rzeżączki penicilliną „jednym zamachem” (One Shot Treatment). Praca opiera się na materiale 617 mężczyzn. Autorom chodziło o możliwe zbliżenie się do ideału leczenia ostrej rzeżączki, który określają następującymi punktami:

1) powinno być dokonane jedną jedyną iniekcją,

2) nie powinno pociągać za sobą objawów ubocznych, ani ogólnych — ani miejscowych, ani też w miejscu iniekcji;

3) powinno spowodować wczesne wyleczenie w co najmniej 90% niepowikłanych przypadków z uniknięciem pozostawienia nosicielstwa bezobjawowego w pewnym odsetku przypadków „wyleczonych”;

4) nie powinno wywoływać odporności na penicillinę chorobotwórczego gonokoka, ani też w żaden inny sposób nie utrudniać dalszego leczenia przypadków, w których pierwsze leczenie nie udało się;

5) powinno jak najmniej przeszkadzać w możliwości rozpoznania równoczesnego zakażenia kiłowego;

6) powinno być łatwo dostępne i wygodne w stosowaniu.

Ażeby penicillina dostatecznie długo (8—9 godzin) utrzymywała się we krwi w skutecznym stężeniu po jednym wstrzyknięciu, trzeba użyć odpowiedniego wehikułu i odpowiednio dużej dawki. Autorzy stosowali najrozmaitsze wehikuły, a z nich najlepszy okazał się magnezium sulfuricum monohydricum w oleju orzechowym: po jednej iniekcji 250.000 jedn. w tym środku znajdowano p. w surowicy krwi jeszcze po 24 godzinach. Ogólne wyniki leczenia z użyciem różnych wehikułów i zastosowaniem jednej tylko iniekcji są takie, że 87% — 95.6% uległo wyleczeniu. Zastosowanie podskórne mieszanin zmniejsza też szybkość wydalania się p. z ustroju.

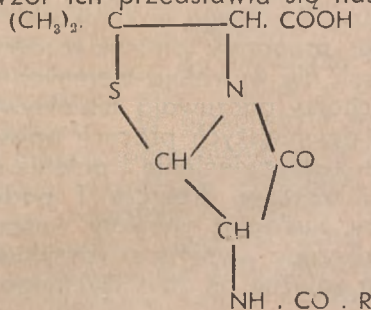
W. B.

Penicillina w leczeniu wczesnej kiły (Art. red. — Lancet nr. 6396 z 30. III. 1946, str. 466). Przeszło dwuletnie doświadczenia nie pozwalają jeszcze na konkluzję, jeżeli chodzi o stronę pozytywną zagadnienia; niektóre strony negatywne natomiast dają się już dziś określić: w serii doświadczeń Moore'a występowały nawroty w 100% wypadków, leczonych tylko 60.000 jedn.; 75% nawrotów przy użyciu 300.000 jednostek; 40% przy 600.000, a 15—20% przy 1.200.000 jedn. W czerwcu 1944 przyjęto w Armii St. Zjednoczonych w Europie za zasadę leczenie wczesnej kiły u żołnierzy wyłącznie penicilliną. Dawka stosowana wynosiła 2.400.000 jedn. w 60 dawkach po 40.000 jedn. domięśniowo co trzy godziny dniem i nocą, czyli przez

7 i pół dnia. Od października 1944 przyjęto ten sam schemat dla armii brytyjskiej. Nawroty wahają się około 10%. Kłopotliwe to leczenie powoduje poszukiwanie innych metod, z których przestudiowano zwłaszcza stosowanie jeden raz dziennie bardzo dużej dawki, przy czym wyniki są zachęcające. W artykule podkreślono, że najważniejsze byłoby uprzystępnienie masowych doświadczeń z armii, gdyż inne serie są zbyt małe dla wyciągania wniosków wartościowych.

W. B.

Chemia penicilliny (Art. red. — Lancet nr. 6398 z 13. IV. 1946, str. 539). Wyniki wspólnych prac uczonych anglo - amerykańskich ogłoszone są w „Science”, 1945, 102,627 i w „Nature”, Londyn, 1945, 156,766. Budowa chemiczna penicillina została dokładnie wyjaśniona. Są to szczególnego rodzaju dwupeptydy, posiadające wspólne jądro, lecz różne łańcuchy boczne. Jak dotąd, wyosobniono 4 różne penicilliny w krystalicznej postaci. Wzór ich przedstawia się następująco:



przy czym grupa R jest różna w każdej postaci p. Charakterystyczne dla tych penicillin jest jądro betalaktamowe, niespotykane w innych substancjach biologicznych. Pierścień ten bardzo łatwo ulega rozszczepieniu, co jest przyczyną niestabilności penicilliny. Drugą bardzo charakterystyczną cechą jest łatwość przeobrażania się wewnętrznego drobinu penicilliny. Właśnie pod wpływem wyższej temperatury zachodzi przegrupowanie wewnętrzne i tworzy się izomer, nazwany kwasem penillinowym, który nie ma właściwości leczniczych. Jak z podanego wzoru wynika, penicilliny należy uważać za peptydy, zbudowane z dwóch prostych aminokwasów, dimetylcysteiny i acylowanej soryny, w której grupa alkoholowa uległa utlenieniu na odpowiadający aldehyd. Niezwykłe właściwości biologiczne i chemiczne zawdzięcza penicillina włączeniu peptydowemu w czterocłonowy pierścień laktamowy. Mimo stosunkowo prostej budowy drobinu p., nie udało się dotąd synteza jej, co zresztą wobec wielkiego potania produkcji naturalnej przestało mieć znaczenie praktyczne. Trzy ze znanych czterech postaci p. nie nadają się do żadnych modyfikacji, natomiast jedna może im podlegać, posiadając boczny łańcuch p - hydroksybenzylowy. Modyfikacja miałaby na celu poprawę własności p., a mianowicie zwiększenie zasięgu działania na inne jeszcze gatunki bakterii, zwiększenie stałości chemicznej oraz zmniejszenie szybkości wydalania z organizmu; tylko co do trzeciej modyfikacji istnieje nadzieja, gdyż poddanie tej postaci p. (Penicillina III lub X) działaniu promieni pozafioletkowych daje nowy szczep bardzo wartościowy.

W. B.

Świat lekarski polski

I. Sylwetki lekarzy śląskich:

DR. FRANCISZEK CHŁAPOWSKI

Urodził się w roku 1846 w Czerwonej Wsi pod Krzywiniem w Wielkopolsce. Studiował w



Dr. Chłapowski

Berlinie i Heidelbergu. Po krótkiej pracy w Wielkopolsce, przeniósł się na Śląsk i w roku

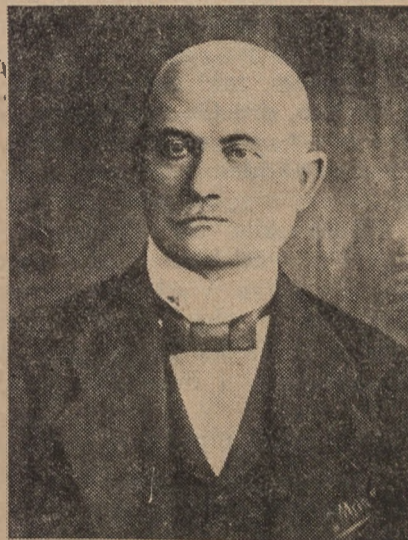
1874 osiadł w Królewskiej Hucie (Chorzów), skąd wkrótce przeszedł do Bytomia. Tu zapoznał się z Juliuszem Ligoniem i Karolem Miarką. Zamiłowany w pracy społecznej, poświęcił się zupełnie niesieniu pomocy duchowej i materialnej ludowi górnośląskiemu. Nie szczędząc zdrowia i pieniędzy, niósł do chat włościańskich i domów górniczych pomoc lekarską, a zarazem też pociechę mowy ojczystej i ciepło gorącego serca polskiego. W towarzystwach polskich miewał pouczające wykłady i pisywał artykuły oświatowe do prasy śląskiej. Nie dbając o korzyści materialne, większą część majątku swego rozdał wśród najbiedniejszych. Cały czas pobytu na Śląsku, to czas pracy i poświęcenia nad podnoszeniem oświaty ludowej i wzmacniania ducha narodowego u ludu śląskiego. Słusznie podano w „Nowinach Lekarskich” w roku 1916 z okazji 70 rocznicy jego urodzin, że „pozostała po nim jasna smuga na śląskiej ziemi i wszczerpiła się w setki dusz, które ją w siebie wchłoneły”.

Powołany do pracy poselskiej, opuścił Śląsk, a później po krótkim pobycie we Wrocławiu, przeniósł się do Poznania. Ponad 50 rozpraw naukowych wyszło spod jego pióra. Zmarł 10. 4. 1923 r.

DR. JÓZEF ROSTEK

Urodził się 12 listopada 1859 r. w Wojnowicach w powiecie raciborskim. Po studiach lekarskich we Wrocławiu, gdzie w Towarzystwie Literacko - Słowiańskim zetknął się z ks. Dąmrotą i ks. Lubeckim, zapalił się do pracy narodowej na niwie ojczystej. Jako lekarz osiadł w listopadzie 1885 r. w Raciborzu. Tam w roku 1888 założył wydawnictwo „Nowin Raciborskich”, które w Ziemi Raciborskiej wysoko podniosły oświatę i kulturę narodową. Praca jego była tak owocna, że wnet wysunięto jego kandydaturę na posła. Niemcy bojkutowali i prześladowali go na każdym kroku. Praktyki lekarskiej w kasach chorych nie otrzymał, przeto przeniósł się do Wrocławia.

Po uwolnieniu Polski spod jarzma niemieckiego, objął 1 lipca 1919 r. urząd referenta dla spraw położniczych w Ministerstwie Zdrowia Publicznego w Warszawie. W powstałym Województwie Śląskim pełnił obowiązki starszego radcy wojewódzkiego i naczelnika Wydziału Zdrowia Publicznego. Był inicjatorem i współzałożycielem Towarzystwa Lekarzy Polaków na Śląsku. Należy do najzasłużeńszych działaczy wśród ludu śląskiego. Nagła śmierć po ataku



Dr. Rostek

sercowym 28 marca 1929 r. zamknęła jego pracowite życie.

DR. MAKSYMILIAN HAGER

Urodził się 17 sierpnia 1856 r. w Poznaniu. Studia lekarskie odbył na uniwersytecie w Dorpacie, we Wrocławiu i Gryfii. Praktykę lekarską wykonywał najpierw w Księstwie Poznańskim.

Pod koniec roku 1898 osiedlił się na Śląsku w Pszczynie, skąd po kilku latach przeniósł się do Zabrze. W sprawie narodowej poniósł bardzo wielkie zasługi. Brał jak najgorliwszy udział w



Dr. Hager

pracy wyborczej i oświatowej, wskutek czego był przez Niemców nienawidzony i prześladowany. Przez ciągłe rewizje, dochodzenia policyjne i procesy został zrujnowany w praktyce lekarskiej i poniósł wielkie szkody materialne.

III. Akademia Społeczno-Lekarska w Bytomiu-Rokitnicy

Dalsze kroki w realizowaniu Śląskiej Akademii Społeczno - Lekarskiej

Oczekiwany przyjazd delegatów Polskiego Wydziału Lekarskiego w Edynburgu stał się faktem dokonanym. Niepokój, zawód domniemany, plotki i złośliwe domysły rozwił, jak opary nad rodzimym błotkiem, fakt przybycia do Katowic prof. dra Jurasza, dra Godłowskiego i prof. dra Koskowskiego i trzydniowe nieustające rozmowy w sprawach Akademii. Dnia 25 maja br. o 11 przed południem przybył prof. dr Jurasz wraz z drem Godłowskim do Wydziału Zdrowia w Urzędzie Wojewódzkim i złożył wyjaśnienia, oraz sprawozdanie ze swych pierwszych kroków na Ziemi Polskiej — obecni byli naczelnik Wydziału Zdrowia Dr Feliks Presser, prof. dr. Bross, doc. dr Kwaśniewski i inspektor lecznictwa dr Stanisław Radwan.

Trzej reprezentanci Polskiego Wydziału Lekarskiego z Edynburga i Instytutu im. Paderewskiego dali wyczerpujące wyjaśnienia w długich rozmowach i po wielu interpelacjach — treść tych rozmów podaję z największą skrupulatnością.

Delegaci przybyli do Katowic już po rozmowie z Ministrem Zdrowia drem Litwinem. Z Anglii przybyli do Warszawy samolotem. Na moje pytanie, dlaczego tak późno, gdy nasza niecierpliwość i żądza szybkiego tworzenia Akademii nie daje nam spokoju, gdyż odczuwamy wielkie zapotrzebowanie sił lekarskich na Śląsku, aby realizować pilne sprawy zdrowia, utraconego przez zniekaną ludność wskutek wojny i okupacji — prof. Jurasz odpowiedział, że od lutego starali się o możliwość stawienia się na

W czasie wojny światowej miał być wywieziony do Kłodzka, lecz ciężka choroba ochroniła go od niewoli. Schorowany niósł pomoc ludności, dręczonej epidemią, przy czym sam zapadł na gripę, która spowodowała śmierć dnia 9. 11. 1918 r. Na jego pogrzebie po raz pierwszy zaśpiewano publicznie hymn: „Boże coś Polskę”.

II. Zmarli

Dnia 21. 5. 1946 zginął od kuli skrytobójczej

Dr. Szczygłowski Michał
urolog

ur. 26. 9. 1898 r. w Warszawie.

Ostatnie miejsce zamieszkania: Katowice, 3-go Maja 21.

Zmarł w czasie wojny na tyfus plamisty w Azji Zachodniej w roku 1942

Dr. Lewy Jan

Praktykował przed wojną w Wiśle i w Czechowicach.

Uzupełnienie spisu zmarłych (Śl. Gaz. Lek. Nr. 6/46 str. LXV) w czasie wojny lekarzy śląskich: **Dr. Marian Polczyński** Chorzów Batory.

Śląsku, przeszkodą były formalności nie ze strony czynników rządowych angielskich. Ideą Akademii na Śląsku byli poruszeni od dawna, planowanie mieli ugruntowane od dawna, o staraniach naszych i projektach mieli ogólnikowe wiadomości — „Śląskiej Gazety Lekarskiej” jeszcze nie czytali. Należy podnieść fakt, że inicjatywa twórcza Śląska zbiegła się prawie w jednakowym czasie z myślami i inicjatywą edynburską. W swych projektach liczyli się nawet z możliwością ulokowania Akademii w Cieszynie. Ta równoczesna inicjatywa i tu w kraju i w Edynburgu potwierdza jeszcze raz słuszność i konieczność utworzenia Akademii Lekarskiej na Śląsku.

Obyw. Minister Zdrowia ustosunkował się do projektu śląskiego z całą życzliwością i zrozumieniem, a tylko rozważne i rzetelne pobudki kierowały Nim, gdy zobowiązał prof. Jurasza po objeździe Śląska, Wrocławia, Poznania, Gdańska i Warszawy do ponownego zreferowania projektu, z uwzględnieniem najlepszych i najłatwiejszych warunków przesiedlenia Wydziału Edynburskiego. Prof. Jurasz zda sprawę po objeździe i ocenę delegacji o najlepszym miejscu ulokowania Instytutu i Wydziału Lekarskiego.

Możemy jednak podzielić się z czytelnikami „Śląskiej Gazety Lekarskiej” zapewnieniami, że po trzykrotnym obejrzeniu Szpitala w Rokitnicy, Domu Kalek, Szpitala Spółki Brackiej oraz gmachu sportowego i balneoterapeutycznego w Bytomiu, Szpitala w Chorzowie i Biskupicach — zdecydowany entuzjazm i głęboka rozważa

trzech delegatów przesądza sprawę pozytywnie dla Śląska. Myśl przesiedlenia się jest zgodna z naszymi projektami. Prof. Jurasz zapewnia, że przy zaofiarowanej pomocy przyjaciół amerykańskich i angielskich, przy współudziale Instytutu im. Paderewskiego stworzą uczelnię o typie i skali, niewidzianej w Europie. Dział lecznictwa i eksperymentalnej medycyny, dział pedagogii i sportów dla młodzieży z działem naukowo-dosлідczalnym, dział obsługi chorych, urzędzeń i pielęgniarstwa, zarówno leczniczego, jak i społecznego, dział higieny społecznej i badań zych pracowni przy pracy w górnictwie i hutnictwie, dział zapobiegania chorobom społecznym i zwalczania chorób — będzie mógł stanąć na takim poziomie i w takiej skali, jakich dotąd w Polsce nie można było nawet projektować. Trzeba się modlić i prosić, by ludzka zawiść i intrygi małych ludzi nie popsęły żywotnych sił twórczych w chwili tworzenia i nie przeszkodziły w uzyskaniu amerykańskich, angielskich i emigracyjnych pomocy pieniężnych i wyposażeniowych. Wiemy, jako ludzie doświadczeni, którzy budowali w warunkach polskich duże instytucje i szpitale, — jak nieraz jedno nierozważne wysąpienie, czy złośliwe słowo, paraliżuje najlepsze zamiary. Ogień twórczy ma to do siebie, że trzeba doń dolewać oliwy — a żar czynu dokonuje rzeczy śmielszych, niż marzenie. Oliwą tą jest dobra atmosfera, życzliwa pomoc łagodna krytyka, dodawanie otuchy, podtrzymywanie w chwilach depresji i natchnienie wiarą w zwalczanie przeciwności.

Życie na emigracji nie było tak słodkie, jak to sobie wyobraża wielu u nas. Nasi goście ze zdumieniem i prawdziwym apetytem spożywali „dary Boże” przy polskim gościnnym stole i dawali nam cenne wyjaśnienia o dorobku i wyposażeniu Instytutu im. Paderewskiego, pracowniach badawczych i urządzeniach szpitala klinicznego i ruchomego 400 łóżkowego szpitala na samochodach, który to cud techniki szpitalnej powstał w Ameryce. Pani prezydentowa Rooseveltowa, p. Kelog, prof. Kelog, min. wojny Simpson i inni amerykańscy wielbiciel Paderewskiego i Polski, przyczynili się swymi wpływami oraz zebranymi funduszami do nabycia tego szpitala dla Polski. Instytut im. Paderewskiego jest stale zasilany funduszami z hojnej kiesy Polonii amerykańskiej i przyczyni się do ufundowania i prowadzenia Śląskiej Akademii Lekarskiej na wysokim poziomie.

Obecnie płynie do Polski szpital ruchomy, własność Instytutu im. Paderewskiego — spakowany jest w przeszło 2.000 skrzyń. Kompletnie wyekwipowany, z bogatymi magazynami, odjedzie zgodnie z życzeniem Polonii amerykańskiej w Kieleckie i Sandomierskie, aby tam zaspokoić

potrzeby zdewastowanej i zburzonej wsi i miasteczek. Później zawiąże niezawodnie o zrujnowaną Opolszczyznę.

Akademia Lekarska na Śląsku nie będzie ciężarem dla skarbu państwa, gdyż zapewniona będzie stała pomoc z zagranicy. Państwo będzie oczywiście starać się o utrzymanie swego prestiżu nadzorczego przez stałą dotację roczną i sumy udzielone na adaptację budynków Akademii. Zapewnienie Ministra Zdrowia i Wojewody gen. Zawadzkiego dają rękojmię szybkiej realizacji Akademii.

Dłuższa konferencja delegacji u obywat. Wojewody w asystancji prezesa Komitetu dyr. dra Lisaka, prezesa Izby Lekarskiej dra Golonki, naczelnika Wydziału Zdrowia dra Pressera — uzgodniła wyczerpująco projekty realizacyjne z miejscowymi wymogami i sytuacją terenową. Poprzednie rozmowy z drem Golonką uświadomiły też dostatecznie delegację o społeczno-politycznej sytuacji i uzgodniły szczegółowe planowania organizacyjne.

Profesorowie muszą wracać jeszcze do Edynburga, aby zgodnie z poleceniem rządu angielskiego zakończyć rok akademicki, przeprowadzić egzaminy i ukończyć promocje. Wróć na jesień, aby wznowić swą działalność pedagogiczną — już na Ziemi Śląskiej. Czas letni zużył na likwidację spraw w Szkocji i przygotowanie do przeniesienia Instytutu im. Paderewskiego wraz z Polskim Wydziałem Lekarskim na Ziemię Śląską.

Powołany do współpracy przez prof. Jurasza, będę im służył projektami organizacyjnymi szpitali i klinik z całą wiarą, że długolatnie doświadczenie moje będzie mogło przyczynić się pomocą choć w części realizowania gigantycznych projektów edynburskich. Delegacja nawiaże niewątpliwie po powrocie i uzgodni sposoby pomocy anglosaskiej i amerykańskiej. Szerę profesorów angielskich będzie przybywał na prelekcje naukowe. **Bedziemy pomostem, wiążącym świat naukowy polski z badawczą myślą w Anglii i Ameryce.** Szczęśliwi koledzy, władający językiem angielskim, mają zapewnienie ułatwień wyjazdów do klinik i pracowni angielskich w celu zapoznania się z nowoczesną medycyną.

Gdy siły i czas zezwolą delegacji, zawiąże ona jeszcze o Katowice, aby zbliżyć się do świata lekarskiego Śląskiego i wygłosić wykłady inauguracyjne do swej działalności na Ziemi Śląskiej. Doznają z pewnością poparcia moralnego i katechezyjskiego w akcji doskonalenia dla spraw chorego — zawodu lekarskiego, niestrudzonego twórcy ekonomicznej potęgi Polski. „Exegi monumentum...”

Dr Stanisław Radwan

Katowice, 29. V. 1946.

AKTUALNOŚĆ SPRAWY ŚLĄSKIEJ AKADEMII SPOŁECZNO-LEKARSKIEJ

Gdy niemal wszystkie polskie ośrodki uniwersyteckie zostały przez wojnę zniszczone i trzeba je dopiero z gruzów powoływać do życia, co wymaga wiele czasu i jeszcze więcej

pieniędzy, zwłaszcza gdy chodzi o tak trudny do odbudowy obiekt jak medycyna, obroną ręką z wojny wyszło najgęściej zaludniona i najbogaciej urządzona w szpitale Ziemia Ślą-

ska. Tutaj, tak w części górnośląskiej, która już dawniej należała do Polski, sieć szpitalnictwa dzięki działającym tu wielkim instytucjom Ubezpieczenia Społecznego (Kasy Brackie, Ubezpieczalnie) jest bardzo gęsta i dobrze zaopatrzona w urządzenia lecznicze, do zwalczania wszelkich rodzajów chorób do tego bogactwa przybyły jeszcze szpitale na Opolszczyźnie (Bytom Rokitnica) a nadto uzdrowiska bogate w wody lecznicze i urządzenia, i sanatoria gruźlicze.

Te wszystkie zakłady lecznicze mogą przemienić się każdej chwili w instytuty pracy naukowej, stać się klinikami, lub ośrodkiem kształcania lekarzy i uczenia wielkich zastępów młodzieży. Tu słuchacze medycyny nie potrzebują usuwać dopiero gruzów, szklić okien, wykonywać roboty ciesielskie, czy ślusarskie, aby w ten sposób własnymi rękoma stwarzać sobie choćby najprymitywniejsze warunki nauki, jak to musieli czynić w Warszawie, Poznaniu, Wrocławiu i Gdańsku, ale mogą ten czas spędzić właściwiej na uczeniu się medycyny, bo tu na Śląsku, te wszystkie urządzenia są gotowe, tu warsztaty dla studiów już czekają na profesorów, docentów, asystentów i studentów. Tutaj już, natychmiast, można uruchomić wielką uczelnię nauk lekarskich, która od razu będzie służyć nauce i wychowaniu młodego pokolenia.

A lekarzy tak bardzo nam potrzeba. Pracujemy nielicznym starszym pokoleniem lekarskim, które uratowało się z wojny. Narybku lekarskiego brak zupełny z powodu przerwy w studiach przez 6 lat wojennych. I tę wielką lukę trzeba pośpiesznie zapęłniać, bo także pamiętać trzeba, że w Polsce nie było nigdy za wielu lekarzy. Pozwale sobie na wyrażenie zdziwienia, że zespół profesorów medycyny uniwersytetów warszawskiego i poznańskiego, którzy zastawszy swe kliniki, laboratoria i pracownie naukowe w ruinach, nie przenieśli się na teren szpitali śląskich, aby tu kontynuować swoją pracę naukową i szkoleniową, ale owczym pędem czy siłą przyzwyczajenia powrócili do zrujnowanych swych siedzib i tam wylewając łzy nad poniesionymi stratami, kołatają o fundusze do próżnych kas państwowych, zamiast zabierać się do twórczej pracy tam, gdzie istnieją wszelkie warunki do jej kontynuowania.

Należy z wielkim uznaniem powitać inicjatywę bardzo praktyczną i realną stworzenia na Ziemi Śląskiej Akademii Społeczno-Lekarskiej. Inicjatywa praktyczna, bo w tych niezwykle trudnych naszych powojennych warunkach możemy tu stworzyć natychmiast wielką uczelnię lekarską w najbardziej pełnych rozmiarach. Stać się to może **szybko i bez większych kosztów**, bo niemal wszystko jest już gotowe i po niewielkich adaptacjach może być puszczane w ruch.

A szybkość w tej sprawie jest niezwykle ważnym czynnikiem. Nie wolno zwlekać z rozbudową lecznictwa w Polsce. Gdy się czyta cyfry statystyczne o klęsce gruźlicy, o stanie

zdrowia dzieci, o klęsce chorób wenerycznych, o osłabieniu wyniszczonego wojną organizmu ludzkiego, każda zwłoka w tej dziedzinie pomnaża i tak potworne już skutki wojny.

Drugi ważny moment to **taniaść** budowy tej nowej Śląskiej Akademii. Owa możliwość założenia uczelni bez większego nakładu pieniężnego, gdy mamy tyle pilnych potrzeb z zakresu odbudowy kraju, możliwość zrobienia czegoś tak pożytecznego skromnym nakładem finansowym powinna być wyzyskana do ostatnich granic. Jesteśmy w świecie znani, jako naród mało praktyczny i nierealny. Czas zerwać z tą wysoce szkodliwą tradycją.

Oczekiwać przeto należy, że i te dwie ważne zalety inicjatywy śląskiej mianowicie: szybkość i taniaść będą bardzo poważnie wzięte pod uwagę przez zainteresowane w tej sprawie czynniki rządowe.

Oczywiście bez znaczenia byłoby twierdzenie, że mamy już dość w Polsce uniwersyteckich wydziałów medycznych, gdyż twierdzenie takie nie odpowiadałoby rzeczywistości w stosunku do potrzeb i ograniczonych możliwości kształcenia narybku lekarskiego.

Nie jestem lekarzem, nie patrzę też na zagadnienia lecznicze ze stanowiska zawodowego. Sprawa lecznictwa w Polsce — to wielka i pilna potrzeba społeczna. Kto jej nie rozumie, nie widzi wielkiego niebezpieczeństwa skarlenia narodu polskiego, jeśli nie zdobędziemy się na rozumny wysiłek profilaktycznego usuwania skutków wojny.

Zapowiedź gotowości przyjazdu na Śląsk profesorów i wykładowców Polskiego Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu w Edynburgu z prof. Juraszem i Koskowskim na czele wraz z bogatymi urządzeniami szpitala im. Paderewskiego, jest równocześnie zapowiedzią, że ci naukowcy polscy wiozą z sobą bogaty dorobek naukowy, zdobyty na obczyźnie w czasie wojny, co dla medycyny polskiej, z konieczności przez wojnę zaniedbanej, będzie wielce pożądanym nabytkiem. Tu, na Śląsku, ci uczeni z emigracji będą mogli bez żadnej przerwy w dalszym ciągu kontynuować swoją pracę i dlatego powołanie do życia Śląskiej Akademii Społeczno-Lekarskiej jest bardzo pilną potrzebą.

Śląsk jest krajem wielkiego przemysłu, o najwyższym zagęszczeniu w Polsce ludności, ludności przede wszystkim robotniczej, spełniającej może najcięższą pracę gospodarczą. Śląsk to właściwie jedno wielkie milionowe miasto o dobrze rozbudowanej sieci komunikacyjnej, prawie wszędzie się można dostać tramwajem lub autobusem. Można studiować i uczyć np. w Bytomiu, czy Rokitnicy, czy Szarleju, a mieszkać w Gliwicach, Zabrze, czy Chorzowie, a nawet w Katowicach czy Sosnowcu.

Śląsk nie może być traktowany tylko jako teren eksploatacji jego bogactw i rezultatów ciężkiej pracy Ślązaka na rzecz innych dzielnic państwa. Tak odnosili się do Śląska i jego ludności Niemcy, tak odnosiła się też do Ślązaków przedwrześniowa Polska. Zjeżdżały tu z całej

Polski różne ustosunkowane osobistości, aby się tuczyć na bogactwie i twórczej pracy Ślązaka, tu grasował przede wszystkim kapitał krajowy i zagraniczny, tu powstawały fortuny „inicjatywy prywatnej”, gdy polska ludność pracująca tego bogatego kraju cierpiała z powodu częstego bezrobocia i wyzysku przeważnie niemieckiego kapitału. Rolą Śląska jest nie tylko dostarczać całej Polsce bogactw, ale ma on wszelkie tytuły, aby w całej pełni **korzystać ze wszystkich bogactw kultury polskiej**. Dzieci górników i hutników i innych śląskich robotników, mają najpełniejsze prawo do korzystania z dorobku polskiej i ogólnej nauki. Ślązak też chce wiedzieć, rozumieć i widzieć, że Polska to jest wielka rzecz.

Śląsk jest rezerwuarem młodzieży robotniczej, która powinna masowo zapełnić wszystkie

nasze uczelnie. Trzeba tym masom młodzieży robotniczej ze Śląska ułatwić i udostępnić wszelkie zakłady pracy naukowej. I ten ważny moment przy rozważaniu tej sprawy nie może być pominięty.

W obecnej trudnej powojennej sytuacji narzuca się konieczność stworzenia na Śląsku Akademii Nauk Medycznych, podobnie jak stworzenie politechniki w Gliwicach, w tym olbrzymim śląskim środowisku pracy technicznej, było oczywistą koniecznością. Tak Politechnika w Gliwicach przemieniając się wkrótce w wielką instytucję wychowującą zastępy tak potrzebnych sił technicznych, jak i Akademia Społeczno-Lekarska inicjowana obecnie, będzie miała wszelkie warunki do stania się największym w Polsce ośrodkiem nauk lekarskich.

Katowice.

Jan Szczyrek.

O NAŚTAWIENIE AKADEMII SPOŁECZNO-LEKARSKIEJ W BYTOMIU-ROKITNICY

Jak prasa codzienna donosi, ma być utworzony w Rokitnicy koło Bytomia nowy wydział lekarski. Ze Szkocji przyjeżdża prof. Jurasz z całym sztabem współpracowników, by zorganizować w Polsce siódmy, zdaje się z rzędu, wydział lekarski.

Według mnie, trzymamy się często utartego szablonu, bojąc się nowości. Rozejrzyjmy się co się dzieje koło nas np. w Rosji. „Polski Tygodnik Lekarski” w nr. 9/46 podaje streszczenie artykułu Gecowa pt. „W sprawie reformy wyższych studiów medycznych”. Z artykułu tego wynika, że w Rosji istnieją 3 zupełnie równoległe wydziały lekarskie.

- 1) Wydział lekarski (właściwy).
- 2) Wydział sanitarno-higieniczny.
- 3) Wydział ochrony macierzyństwa, niemowlęstwa i dzieciństwa (pediatryczny).

U nas w Polsce istnieją tylko wydziały lekarskie, odpowiadające pierwszemu rodzajowi wydziałów rosyjskich. Wychodzi z nich lekarz nastawiony głównie na leczenie indywidualne. Dział higieniczno-sanitarny i dział pediatryczny są u nas traktowane nieco po macoszemu. Gdzie mamy wyszkolonych lekarzy szkolnych, zakładowych, sportowych itp.? Większość lekarzy, którzy te stanowiska zajmują, to często samoucy, którzy po skończeniu studiów uniwersyteckich, tylko własną pracą i doświadczeniem, doszli do wiedzy potrzebnej w tych dziedzinach pracy lekarskiej. I dlatego, jeżeli powstaje na naszych terenach nowa uczelnia, powinna ona mieć nastawienie nieco inne, niech medycyna społeczna, dział higieniczno-sanitarny i pediatryczny będą tu na pierwszym miejscu.

Wyobrażam sobie, że pierwsze 2—3 lata studiów — to teoria jak i na innych wydziałach lekarskich, później jednak obok nauk ścisłe lekarskich kierunek szkolenia studentów musiałby być więcej zwrócony na naukę higieny i profilaktyki, administracji lekarskiej, działalności społeczno-lekarskiej itp. pokrewnych dziedzin. Nie występuję tu przeciw leczeniu indywu-

alnemu, ale po tym strasznym wyniszczeniu, jakie sprawiła wśród nas wojna, musimy wychować nowe pokolenia lekarzy, stojących na straży zdrowia całego narodu, a nie chodzących tylko około jednostek. Lekarze ci obdarczeni dużym autorytetem muszą być przywódcami w sprawach zdrowia całego narodu, głos ich w sprawach zdrowia musi być decydujący. Muszą oni przeorywać głębię niewłaściwych i często przestarzałych poglądów pod kątem zdrowia całego narodu. I dziś jeszcze lekarzowi, który działa w obronie zdrowia pracowników, często utrudnia się pracę, gdyż jego działalność według pewnych ludzi hamuje produkcję. Produkować trzeba, zdobywać odznaczenia też, ale niech się to nie dzieje kosztem zdrowia pracowników, gdyż taką politykę pracy należy uważać, jako krótkowzroczną.

Nowo utworzona uczelnia lekarska mogłaby przy sobie skupić cały szereg instytucji pokrewnych. Tu należałoby dokształcać starszych lekarzy, tu mógłby być instytut higieny pracy, instytut chorób zawodowych wraz z kliniką chorób urazowych, instytut badań lekarsko-sportowych, instytut badań psychotechnicznych i t. p.

Instytucje te oparte o szpitale i laboratoria, i pomyślane szeroko, oparte o podłoże przemysłowo-rolnicze terenu śląskiego dałyby Polsce nowy typ lekarza profilaktyka i społecznika. Czy nie dałoby się jednocześnie pomieścić tam szkolenia personelu lekarskiego pomocniczego? Brak w Polsce wykwalifikowanych higienistek, pielęgniarek, sióstr PCK, dezynfektorów, kierowniczek żłobków itd. A dentystryka? Zupełny brak dentystów na prowincji. Zupełny brak szkół dla techników dentystrycznych na całym Śląsku i niemożność szkolenia naszej młodzieży w tym kierunku!

Jak do tej pory, dentystryka jest właściwie tylko dla zamożnych — ceny mostków, koron itp. to tysiące złotych. Dlaczego nie powiększyć i to szybko ilości dentystów i techników dentystrycznych, dlaczego przez szkolenie hi-

gienistek dentystycznych nie wejść na drogę profilaktyki dentystycznej?

Może zeszedłem nieco z tematu, ale mimo woli przychodzą te uwagi i chciałoby się, by i na tym polu nastąpiły zmiany, jakich domaga się życie.

Zorganizowanie tej nowej uczelni o specjal-

nym nastawieniu społecznym i higieniczno-sanitarnym nie będzie łatwe, ale wypełniłoby lukę, która istnieje — i skierowałoby myśl lekarską na szersze horyzonty zdrowia całego narodu.

Dr. Jan Marszałek
Nowy Bytom.

Głosy prasy śląskiej

Dziennik Zachodni Nr. 147/46

Śląska Społeczna Akademia Lekarska. Czy „Instytut Paderewskiego” powróci z Edynburga do Polski.

Katowice. Kilka dni temu bawił na terenie Katowic prof. dr Jurasz, dziekan wydziału medycznego uniwersytetu w Edynburgu. Pobyt prof. Jurasza wiąże się z poruszoną przed kilku tygodniami przez nas sprawą przeniesienia „Instytutu Paderewskiego”. Istniejącego przy uniwersytecie w Edynburgu do Polski — a określając ściślej — na Śląsk Baza dla przyszłej uczelni, o projektowanej nazwie „Śląska Społeczna Akademia Lekarska” byłby mieszczący się w Rokitnicy obok Bytomia szpital, gmach byłej Akademii Pedagogicznej, oraz kryta pływalnia w Bytomiu, o której dr Koskowski przybyły razem z dr Juraszem, specjalista wodołecznictwa, wyraził się, że daje ona możliwości utworzenia tu jednego z pierwszych w Europie zakładów wodołeczniczych, będących doskonałym zapleczem naukowym dla uzdrowisk Dolnego Śląska.

Prof. Jurasz zwiedził wraz z towarzyszącymi mu dwoma uczonymi polskimi, przybyłymi z Edynburga, dr Godlewskim i dr Koskowskim wymienione wyżej obiekty. Stwierdził on, że stanowią one doskonałą podstawę dla zamierzonej instytucji. Prof. Jurasz w rozmowie z przedstawicielem naszego pisma wyraził się, że Śląsk, stając się jednym z większych ośrodków przemysłowych Europy, jest najbardziej ze wszystkich dzielnic Polski, predystynowany do posiadania tego rodzaju uczelni. Podobne projekty były brane pod uwagę już przed wojną. Śląsk jest doskonałą bazą już nie tylko ze względu na posiadane warunki materialne, ale również ze względu na materiał, na którym będzie można pracować i społeczeństwo, które tej pracy najbardziej potrzebuje.

Konferencja u Wojewody

W związku z pobytem polskich uczonych w Katowicach odbyła się w ubiegły wtorek u gen. Zawadzkiego konferencja, w której udział wziął również dr Jurasz. Na konferencji sprecyzowano nastawienie i kierunek społeczny projektowanej uczelni, kwestie finansowania prac przygotowawczo-organizacyjnych oraz sprawę udziału przedstawicieli Komitetu złożonego z członków polonii amerykańskiej w kontroli uczelni.

Prof. Jurasz zgodnie z poglądami wojewody Zawadzkiego wyraził zgodę na wprowadzenie jednego lub dwuletniego okresu, który byłby odpowiednikiem istniejącego obecnie na wielu wyższych uczelniach roku „zerowego”, umożliwiającego z jednej strony utrzymanie wysokiego poziomu studiów z drugiej zaś udostępniającego korzystanie z uczelni najszerszym warstwom młodzieży.

Poruszono również sprawę finansowania uczelni. Przedstawiciele polonii amerykańskiej zgrupowani w Komitecie, dzięki któremu powstał „Instytut Paderewskiego”, wyrazili pogląd — o czym

mówił prof. Jurasz — że przenoszona placówka mogłaby liczyć na dużą pomoc, wyrażającą się w okresie początkowym cyfrą sięgającą miliona dolarów amerykańskich, stawiając jako warunek społeczny charakter instytucji, co zresztą jest zgodne z sugestiami wysuwanymi przez władze polskie.

O ile chodzi o stanowisko władz angielskich, to tutaj nie przewiduje się trudności wynikających z przeniesienia uczelni. Trudna jest zresztą do uchwycenia osobowość prawna właściciela „Instytutu Paderewskiego”. Raczej mówić tu można o czynniku, który w jego imieniu podejmie te czy inne decyzje i ma prawo ingerowania w jego sprawy wewnętrzne. Tym czynnikiem w naszym wypadku jest wspomniany Komitet, który projekt przeniesienia uczelni do Polski w pełni akceptuje.

Wkład naukowy Akademii

Zauważyć należy, że „Śląska Społeczna Akademia Nauk Lekarskich” nie byłaby w zasadzie uczelnią nową. Jej przeniesienie należałoby traktować raczej jako transplantację już istniejącej. Wynika to choćby z tego, że wiąże się ona z powrotem grupy uczonych polskich (nie mówiąc już o samym wyposażeniu technicznym uczelni, które zostało przewiezione do Polski) w składzie około 30 sił pomocniczych oraz części studentów wyższych lat studiów. Poziom uczelni gwarantują tacy ludzie, jak prof. Jurasz, który objąłby kierownictwo prac organizacyjnych, a później i samej uczelni. Jego nazwisko w świecie naukowym nie jest obce nie tylko w Polsce, ale i za granicą. Mówiąc o tym, nie można również nie brać pod uwagę zdobyczy wiedzy medycznej reprezentowanej przez ludzi, którzy przez okres wojny, kiedy medycyna w wielu wypadkach poszła daleko poza stan przedwojenny, nie byli pozbawieni kontaktu z ośrodkami postępu tej gałęzi kraju. W związku z tym należy zaznaczyć, że przewidziany jest również przyjazd kilku profesorów angielskich, którzy wyrazili swą zgodę na obsadzenie kilku katedr profesorskich.

Akademia dla Śląska!

Cała sprawa jest jeszcze w stadium rozmów i projektów. Pobyt polskich uczonych w kraju nie ograniczył się tylko do zwiedzenia obiektów i oceny warunków, jakie daje Śląsk. Prof. Jurasz był również we Wrocławiu, gdzie toczą się teraz rozmowy z obecnymi tam przedstawicielami Polonii amerykańskiej.

Wysuwa się — jak dowiadujemy się ze źródeł dobrze poinformowanych — sugestie przeniesienia tej uczelni do któregoś z innych ośrodków uniwersyteckich w Polsce. Wydaje się nam jednak, że będziemy wyrazicielami opinii ogółu społeczeństwa śląskiego, a nawet nie tylko śląskiego, jeżeli

powiemy, że Śląsk ma do tej uczelni nie tylko największe prawo — o ile o tym można w ogóle mówić — ale że stworzenie jej na Śląsku jest obowiązkiem tych, którzy w tej sprawie mają głos decydujący. Śląsk daje w tej chwili Polsce bodajże najwięcej. Tu są „kopalnie” waluty Polski, tu są huty i fabryki, tu najsilniej krzewią się choroby zawodowe i społeczne i tu trzeba najdalej w tym kierunku idącej pomocy. Inne podejście do tego zagadnienia byłoby niesłuszne, krzywdzące — a na pewno i z punktu widzenia interesu państwa — szkodliwe. (kw.)

„Gazeta Robotnicza” Nr. 148/46.

PRZEDSTAWICIELE EDYNBURSKIEGO WYDZ. MEDYCZNEGO PRZYBYLI DO KATOWIC

Do Katowic przybyli ostatnio przedstawiciele polskiego wydziału medycznego w Edynburgu, prof. A. Jurasz i dr Z. Godłowski, celem zapoznania się z możliwościami przeniesienia tego wydziału ze Szkocji do Polski i utworzenia na Śląsku akademii medycznej. Sprawa ta omawiana jest już od dłuższego czasu i utworzony specjalny obywatelski komitet przygotowawczy czyni starania o powołanie do życia tej placówki naukowej.

Wydział medyczny w Edynburgu powstał przed siedmiu laty i posiada obecnie wartościowe wyposażenie, kształcąc młodzież polską, przebywającą w okresie wojny na emigracji. W bieżącym roku w lipcu wydział medycyny ma zakończyć swą działalność i dlatego też myśl przeniesienia go na Śląsk zasługuje w pełni na zrealizowanie, tym bardziej, że wielki ośrodek, jakim jest woj. śląskodąbrowskie, skupiający tysiące młodzieży robotniczej, winien mieć akademię medyczną, aby młodzież mogła kształcić się i obejmować odpowiedzialne stanowiska lekarzy-społeczników.

Przedstawiciele wydziału medycznego z Edynburga zapoznają się na Śląsku z warunkami przeniesienia tej placówki i zasięgną w tej sprawie opinii miejscowych kół naukowo-lekarskich, które bardzo przychylnie odnoszą się do tego projektu.

Na siedzibę akademii lekarskiej na Śląsku przewidziana jest Rokitnica koło Bytomia. Miejscowość ta jest tym bardziej nadająca się do przyjęcia tej placówki, że w pobliskim Bytomiu znajduje się szereg szpitali, w których słuchacze będą mogli praktycznie zapoznawać się z arkanami sztuki lekarskiej.

W dniu 23 maja br. załadowany został w jednym z portów w Szkocji ruchomy szpital, będący częścią składową urządzeń instytucji im. Paderewskiego w Edynburgu, na którego czele stoi właśnie prof. Jurasz. W najbliższych dniach szpital ten, składający się z 400 łóżek, nadejdzie do Gdyni i przeznaczony zostanie do tych ośrodków, które najbardziej dotkliwie odczuwają brak urządzeń szpitalnych.

Dziennik Zachodni Nr. 143/46

AKADEMIA MEDYCZNA Z EDYNBURGA BEDZIE PRZENIESIONA DO KRAJU

Katowice. Do Katowic przybyli profesorowie polscy z Wydziału Medycznego w Szkocji, a więc dyr. Instytutu Medycznego im. Paderewskiego w Edynburgu prof. dr Antoni Jurasz oraz dr Zbigniew Godłowski. Goście ci odwiedzili Polskę w związku z zamierzonym przeniesieniem urządzeń Akademii Medycznej do kraju.

Na razie przybywa do Polski szpital ruchomy na 400 łóżek, wyekspediowany z Anglii drogą morską w dniu 23 maja. Przybędzie on do Gdyni w tych dniach. Szpital ten został swego czasu ufun-

dowany przez Amerykanów, Polonię amerykańską oraz ś. p. J. I. Paderewskiego.

Według informacji obydwóch profesorów, w obecnej chwili w Instytucie studiuje 50 słuchaczy Polaków. Ogółem w Edynburgu studiowało medycynę 250 Polaków, zaś do tej pory stu z nich otrzymało dyplomy lekarskie.

Profesorowie Jurasz i Godłowski wyjeżdżają do Wrocławia, potem do Poznania, a po krótkim pobycie w Warszawie udadzą się z powrotem do Szkocji.

Trybuna Robotnicza Nr. 148/46.

Sprawa Akademii Lekarskiej na Śląsku. Z pobytu miłych gości z Edynburga.

W ubiegłą sobotę przybyli do Katowic mili goście. Byli nim profesorowie Akademii Medycznej z Edynburga w Szkocji, polskiej akademii, noszącej nazwę Instytutu Medycznego imienia Paderewskiego. W Instytucie tym studiuje obecnie 50 Polaków, około 100 Polaków już Instytut ukończyło i otrzymało dyplomy.

W czasie pobytu na Śląsku goście odwiedzili Bytom i Rokitnicę, upatrzone na siedzibę tego Instytutu w Polsce, który miałby nazwę Śląskiej Akademii Lekarskiej.

Od dr. doc. Marceliego Gromskiego, który towarzyszył gościom w ich objazdach, otrzymaliśmy garść ciekawych szczegółów, dotyczących pobytu naszych rodaków u nas i tymi wiadomościami chcemy podzielić się z naszymi czytelnikami.

KILKA SŁÓW O INSTYTUCIE MEDYCZNYM

Instytut Lekarski imieniem Paderewskiego w Edynburgu stworzyli Polacy amerykańscy, zorganizowani w specjalnym Komitecie, mającym nadzór nad Instytutem i dostarczający mu środków finansowych. Komitet ten ma swoje oddziały w szeregu miast Stanów Zjednoczonych między innymi w Nowym Jorku, Waszyngtonie. Do komitetu wchodziło i wchodzi szereg osób spoza Polonii amerykańskiej, między innymi wielki przyjaciel Polski, nie żyjący już prezydent Roosevelt, La Guardia, Truman i wiele innych wybitnych osobistości. Działalność Instytutu opiera się na specjalnym statucie, zatwierdzonym przez komitet.

I do tego właśnie Instytutu, do prof. dr. Antoniego Jurasza trafiła w kwietniu br. depesza Komitetu Organizacyjnego Akademii Lekarskiej na Śląsku z zaproszeniem do pracy u nas.

BARDZO TRUDNO DOSTAĆ SIĘ DO KRAJU

Z rozmów z dr. prof. Juraszem, dr. Godłowskim i prof. Koskowskim wynika, że dawno już zamierzali porzucić gościnną Szkocję i wrócić do kraju. Starania o to czynili już od lutego. Z różnych przyczyn sprawa przewlekła się i wreszcie samolot przywiózł ich do Polski z końcem maja.

Gdy wieść o zamiarach powrotu do Polski rozeszła się w gronie ich znajomych, nie chciano im nawet podawać ręki za chęć powrotu do „komunistycznej” Polski, wyglądającej w oczach andersowskiej propagandy, jak kraj barbarzyństwa, kraj wstecznicstwa, dążący do zrujnowania wszystkiego, co stworzyły całe wieki.

A gdy stanęliśmy wreszcie w Warszawie — mówią mili goście — nie mogliśmy na razie nic zrozumieć.

Kwitające życie na ruinach nieszczęsnej Warszawy, ogromny rozmach tego życia, potężny wysiłek odbudowy i młodzieńcza siła Narodu, który nie dał się złamać, zalimponowała nam, którzy przebiegli Polakami jesteśmy i tylko kilka lat byliśmy oderwani od Ojczyzny.

NIE MOGLİSMY SIĘ OPRZEĆ POKUSIE

Zauważyliśmy — mówią dalej, że u nas w Polsce pokutuje pogląd, że pobyt w Anglii to raj, że tam opływa się we wszystko, że szczęście wielkie mają wszyscy, którzy tam właśnie mogą przebywać. Dobrze byłoby tych wszystkich na jakiś czas wysłać do Anglii. Przekonaliby się sami, że wszystko na kartki, że nie mogliby tak sobie dogadzać jak w Polsce.

Nie mogliśmy zrozumieć, jak to się stało, że gdy w Anglii żyją wszyscy w warunkach bardzo skrupulatnie stosowanych ograniczeń Polska już wchodzi na drogę zorganizowanego, ale i nieskrępowanego życia.

Nie mogliśmy oprzeć się pokusie gdy w wystawach cukierni zobaczyliśmy góry ciastek. Tego w Anglii dawno nikt nie widział. Musimy przyznać się, że zjedliśmy tych ciastek tyle, że była obawa czy nie będziemy pacjentami akademii medycznej. Ale trudno się dziwić... po ograniczeniach w Anglii chcieliśmy sobie wynagrodzić używaniem w Polsce.

SA TUTAJ ZNAKOMITE MOŻLIWOŚCI DLA AKADEMII

Po zbadaniu obiektów, proponowanych na pomieszczenie Akademii Lekarskiej na Śląsku — w Bytomiu i Rokietnicy, prof. Jurasz wyraził pogląd, że nadają się one znakomicie na ten cel, bu-

dynki, urządzenia wzbudziły w gościach prawie zachwyt. Akademia Lekarska na Śląsku, która winna pełnić rolę Akademii Medycyny Eksperymentalnej, społeczno-wychowawczej, przystosowanej programem do specjalnych warunków pracy mieszkańców Śląska — znajduje tutaj na Opolszczyźnie warunki, jakich nie ma na żadnym innym terenie Polski. Rozmowa gości z naszym wojewodą, gen. Zawadzkim, była dla nich również niespodzianką. Po propagandzie w Anglii zetknęli się z włodarzem najbogatszej dzielnicy Polski robotarzem, który pracą dla Polski, zdobył uznanie towarzyszy stanowisko i który pracując dalej dla tej Polski, nie zerwał łączności z tymi z którymi dzielił ciężki okres walki z wrogami świata pracy. Rzeczowe i życzliwe ustosunkowanie się gen. Zawadzkiego do sprawy Akademii Medycznej, obiecana pomoc w ramach istniejących możliwości, dowiodły gościom, że są w Polsce warunki do pracy dla dobra całego narodu.

Pozwoliły im zorientować się, że tutaj, na Śląsku, potrzebna jest wyższa uczelnia, w której będzie się kształcił syn chłopca, robotnika, synu pracującego inteligenta, w której winien otrzymać nastawienie pracy wybitnie społeczne, pracy obliczonej na ścisłe zbliżenie się z tymi, którzy są podstawą tej ziemi, którzy w ciężkiej pracy dnia codziennego w hutach i kopalniach budują moc, potęgę, bogactwo i siłę Polski.

IV. Posiedzenie naukowe:

Koło Naukowe Z. Z. Lekarzy w Rybniku

Dnia 13. IV. 1946 odbyło się zebranie naukowe Koła, na którym wygłosił referat Dr. Stefański z Pszczyny „Spirytyzm, magnetyzm i hipnotyzm — a ich stosunek do wiedzy lekarskiej”.

Dr. Kubacki, przewodniczący,
Dr. Kubeczka, sekretarz.

Posiedzenia naukowe Z.Z.L. w Gliwicach

Z inicjatywy zarządu Z.Z.L. odbyły się w Gliwicach dwa posiedzenia naukowe z referatami na temat „Penicylina”. Jeden referat wygłoszony przez Dr. Kosmiderskiego z P.Z.H. z Katowic traktował o ogólnych wiadomościach na temat penicyliny. Dział kliniczny był podany w zarysach, zgodnie zresztą z intencją referenta, który chciał dać ogólny przekrój zagadnień związanych z tematem. Drugi referat na ten sam temat „Penicylina” wygłosił dnia 12. 5. br. docent dr. Kuryłowicz Włodzimierz z P.Z.H. w Krakowie. Ten referat obok danych historycznych, produkcyjnych (sporządzanie maści, zasypek, roztworów i t. p.) zawierał szeroko potraktowany dział kliniczny. Ożywiona, przeszła godzinę trwająca dyskusja, w której zabierali głos koledzy Dr. Marzecki, Sokal, Miszel, Tabeński, Orlewski, była wyrazem wielkiego zainteresowania jakie referent wzbudził swoim odczytem.

Dr Zbigniew Tabeński
przewodniczący

Posiedzenie sekcji naukowej Z.Z.L. w Cieszynie 2. VI. 1946

Obecnych 12 kolegów.

Dr Albin Garbień przedstawił 3 preparaty operacyjne raka szyji macicy po Wertheimach,

wykonanych w ostatnich czasach. Dwie z operowanych były przygotowane penicilliną bezpośrednio przed zabiegiem, po operacji otrzymały w dalszym ciągu penicillinę, w sumie 300,000 — 500.000 jednostek. Wszystkie zagojone per primam. W obydwóch przypadkach leczonych penicilliną obejmował naciek nowotworowy prawie całą grubość szyji macicy, z dużym rozpadem, w jednym przypadku, jak widać z preparatu operacyjnego, naderwała się częściowo szyja macicy bezpośrednio po oddzieleniu pęcherza moczowego, mimo bardzo ostrożnego uniesienia macicy — kosztowało to 500,000 jednostek penicilliny. W przypadku tym zabrano szczególnie wydatnie, bo aż do okostnej miednicy, przymacicze lewe, które podczas operacji wyglądało podejrzanie — badanie drobnowidowe zewnętrznych skrawków tego przymacicza wykazało naciek zapalny. Wszystkie operowane z powodu raka szyji macicy są leczone po operacji Rentgenem, wczesne po 4 tygodniach, z dużym rozpadem i wtórnymi zmianami w pochwie po 2 tygodniach. Operujemy w znieczuleniu ledźwiowym percaina, by uzyskać maksymalną ciszę w jamie brzusznej, najczęściej wystarcza samo znieczulenie.

Przed wojną mieliśmy przeważnie na 3 przypadki nadające się do operacji jeden przypadek zaniedbany, który leczaliśmy własnym radem (320 mg) — t. j. około 75% przypadków raka szyji macicy nadawało się do operacji. Od lipca 1945 obserwujemy katastrofalną pogorszenie się — przeciętnie na 10 chorych jedna nadaje się do operacji t. j. około 10%. Przed wojną leczaliśmy bardzo skrupulatnie wszystkie owrzodzenia części pochwowej — przy tej sposobności udało się wyłapać sporo przypadków raka bardzo wcze-

sne, nawet leukoplakie w stadium praecancerosum. Niemcy operowali w czasie okupacji bardzo niewiele raków u ludności polskiej, ukradli rad, mimo starań u naszych władz centralnych nie możemy się doczekać repatriacji radu, który był własnością „Szpitala Śląskiego w Cieszynie” zakupiony w r. 1936 przez „Skarb Śląski”. Brak radu utrudnia nam wybitnie możliwości leczenia przypadków zaniedbanych, które są skazane na powolne wymieranie bez należytego leczenia. Od 2 miesięcy dopiero jest czynny Rentgen terapeutyczny.

W dyskusji podkreślił **prof. dr. Opoczyński** znaczenie substancji rakotwórczych. Zaznaczył, że nadżerki części pochwowej powstają przeważnie z silnie rozszerzonych gruczołów, dlatego stwierdza się w nich nabłonek walcowaty, stąd też pochodzi ich nazwa „erosio glandularis”.

Dr Wajda tłumaczy ogniska metaplastji nabłonek walcowatego, leżące w odległości 1—2 cm od ujścia zewnętrznego macicy centralnym zagojeniem się sprawy (obok ujścia zewnętrznego), a utrzymywaniem się sprawy chorobowej obwodowo.

Dr Albin Garbień przedstawił 2 preparaty po całkowitym wycięciu macicy z powodu mięśniaków mnogich macicy, rzadkie i ciekawe o tyle, że w jednym obok kilku guzów wielkości pięści jest dobrze zachowane jajo płodowe III—IV tygodniowe, kosmki utrzymane na całej kosmówce. Wczesna ciąża była rozpoznana przed operacją, wskazanie do całkowitego wycięcia macicy stanowiły silne bóle, krwawienia, szczelne wypełnienie miednicy małej guzami, które powodowały utrudnienie w oddawaniu moczu i kału. Guzy wraz z macicą sięgały 4 palce powyżej spojenia łonowego. Operowana ma lat 46 i dwoje dorosłych dzieci. Drugi przypadek dotyczył chorej, u której przed 12 laty wykonano operację sposobem Olshausena, adnektomię po jednej stronie i salpingektomię po drugiej. Zrosty pooperacyjne były bardzo rozległe, kilka pętli jelit wrosniętych w guzowatą poszerzoną trzon macicy, bliznowate zmiany w przymaciaczach, unieruchamiające macicę nawet po oddzieleniu zrostów — technicznie najcięższy zabieg, w ciągu 24 letniej działalności operacyjnej, trwał 90 minut, narkoza dożylna evipal amerykański z dodatkiem 100 g eteru. Rana operacyjna zagojona per primam.

Lek. Jan Zielina wygłosił odczyt „Hepatitis

acuta interstitialis megalosplenica” (ukaze się w Nrze 9—10/46 część kliniczna i anatomicopatologiczna, w Nrze 11/46 część kazuistyczna).

W dyskusji:

Dr Bincer nie widzi podstaw do stwarzania nowej jednostki chorobowej, podkreśla zachowanie się śledziony niecharakterystyczne dla żadnej ostrej choroby zakaźnej. Powstanie zmian łącznotkankowych w wątrobie rozciąga się na długie lata, jak to widzimy w marskości typu Laenneca. Marskość wątroby Marchanda, rzadko spotykana, bywa uważana za następstwo żółtego zaniku wątroby, który klinicznie nie rozwinął się w pełni i nie dał zejścia śmiertelnego. Przypadek omawiany jest trudny do rozgrzyżenia klinicznego — anatomicopatologicznie również nie jest łatwy. Klinicznie raczej należałoby przyjąć, że na tle marskości wątroby „nałożyła się „jakaś choroba ostra, która w ciągu 17 dni, w tym 7 dni pobytu w szpitalu, spowodowała zejście śmiertelne.

Dr Wajda dziwi się, że wywiady zaprzeczają nadużywania alkoholu. Chorego leczył na długie lata przed wojną z powodu ataków szalowych na tle opilstwa.

Prof. dr Opoczyński podnosi, że w przedstawionych preparatach histopatologicznych uderza brak zmian łącznotkankowych, natomiast stwierdza się rozległe nacieki drobnokomórkowe, które zaciskają charakterystyczne dla wątroby naczynia żyłne, tętnicze i żółciowe — tej charakterystycznej tryady wątrobowej nie widać w preparacie — każde pole zasiane jest w interstitium naciekiem drobnokomórkowym. W preparatach, barwionych Giemzą, stwierdza się laseczniki, niektóre przerywane, nie przypominają jednak wąglika, może raczej corynebact. pseudodiphtheriae. Bakteriologicznie nie zostały zidentyfikowane.

Dr Garbień — uzupełniając kliniczne szczegóły o żółtaczkach toksycznych endogennych stwierdza, że w ciągu 24 letniej pracy w położnictwie widział trzy wypadki ostrego żółtego zaniku wątroby w następstwie zatrucia ciążowego z równoczesną ciężką nefropatią ciążową, obrzękiem mózgu i charakterystyczną bezustanną czkawką — wszystkie obserwowane u Żydówek, wszystkie zakończone śmiercią do 7 dni.

Prof. dr Opoczyński dziękuje prelegentowi za pracę i wyczerpujący odczyt.

Prezes: **Prof. dr Kazimierz Opoczyński**
Sekretarz: **Lek. Jan Zielina**

V. Dr. Edward Hanke, (Chorzów)

Z CZASÓW OKUPACJI.

O działalności niemieckiej izby lekarskiej W Katowicach.

Lokal polskiej Izby Śląskiej w Katowicach przy Placu Wolności 8 został wraz z całym urządzeniem w pierwszych dniach października 1939 r. zajęty przez partię niemiecką N.S.D.A.P. Akta Izby i Związku wywieziono do papierni, a fundusze bankowe skonfiskowano. Niemiecka izba lekarska, a mówiąc ściślej, ekspozytura

izby wrocławskiej (Aerztliche Bezirksvereinigung Kattowitz), zajęła dla siebie pierwsze piętro w domu przy ulicy Młyńskiej 17. Na jej czele stanął Dr. Klause, podpisujący się „Gauamtsleiter”. Sekretarzem Izby był Kluge, a kierownikiem administracyjnym Hoffmann. Zgodnie z niemiecką manią centralizowania, była placówka izby

równocześnie personalnie złączona z oddziałem związku lekarzy kasowych Rzeszy (K.V.D. Bezirksstelle). Terenowo obejmowała niemiecka instytucja początkowo tylko Województwo Śląskie, lecz wnet rozszerzyła swą działalność na wcielone do Rzeszy Zagłębie Dąbrowskie, aż do Olkusza oraz należące do Małopolski tereny Żywca. Podział administracyjny Śląska na Śląsk Górny i Dolny spowodował analogiczne zmiany organizacyjno - lekarskie. Rozporządzeniem wodza lekarskiego Rzeszy (Reichsgesundheitsführer) z dnia 2. sierpnia 1942 r. oddzielono do izby wrocławskiej izbę górnośląską (Reichsärztekammer Oberschlesien) z siedzibą w Katowicach przy ulicy Młyńskiej pod kierownictwem Dr. Klausego. Podlegały jej dwa pododdziały:

- a) lekarski związek okręgowy (Bezirksvereinigung) Katowice, (początkowo również przy ul. Młyńskiej 17), obejmujący powiaty: Katowice, Pszczyna, Rybnik, Bielsko, Cieszyn, Żywiec, Bytom, Zabrze, Gliwice, Toszek, Będzin. Prowadził go Dr. Baumgard z Leszna pod Wrocławiem.
- b) lekarski związek okręgowy Opole (ul. Hindenburga 36) obejmujący powiaty: Opole, Strzelce, Lubliniec, Racibórz, Koźle, Olesno, Kluczborek, Prądnik, Nysa, Blachownia, Olkusz. Na jego czele stał Dr. Gulitz.

Górnośląska izba lekarska była równocześnie oddziałem krajowym K.V.D. (Landesstelle), jej oddziały zaś stały się oddziałami K.V.D. (Bezirkstellen). Z czasem przeniosła się górnośląska izba lekarska na Plac Wolności nr. 7. Gdy z powodu wzmagających się nalotów na Rzeszę i przenoszenia ludności zbombardowanej do bezpieczniejszych wschodnich połaci kraju, powstał na Śląsku wielki brak mieszkań i wyłoniła się konieczność usunięcia z domów mieszkalnych rozdetej administracji, pomieszczono lekarski związek okręgowy i K.V.D. w roku 1944 w barakach u wylotu ulicy Francuskiej. („Strasse der SA"). Meżami zaufania niemieckiej izby byli Dr. Urtel i Dr. Busse. Pierwszy zamieszkiwał już koło 30 lat na Śląsku i był dyrektorem szpitala hutniczego w Piasznikach; na wyspie Rugii posiadał własne sanatorium. Zażarty niemiecki hitlerowiec, znał dokładnie każdego lekarza śląskiego. W swych zjadliwych opiniach wystawianych dla izby szydził szczególnie z konjunkturawców, którzy zmienili nagle front i chcieli uchodzić za Niemców. Nazywał ich łotrami bez czci i honoru. Każdemu umiał przypiąć łatkę. Na ogół były jednak jego charakterystyki trafne. Musiał Dr. Urtel oddać izbie niemieckiej szczególne usługi, bo okólnikiem z dn. 20.2.43 otrzymał urzędowe podziękowanie za prace dokonane przy organizacji górnośląskiej izby lekarskiej. Nie od rzeczy będzie w tym miejscu przypomnieć, że władze polskie umieściły go na liście zbrodniarzy wojennych za wydawanie chorych w ręce gestapo i inne popełnione łotrstwa.

Przejrzenie okólników niemieckiej izby lekarskiej rzuca ciekawe światło na jej żywą działalność. Szereg zarządzeń pokrywało się z nor-

malną, względnie wojenną działalnością izbową. Tu należy troska o należytą opiekę nad chorym, wyrażająca się w regulowaniu służby niedzielnej i pogotowia położniczego, nakazywanie lekarzom założenia nocnego dzwonka i telefonu, ograniczaniu urlopu lekarzy (dla urodzonych przed r. 1894 — 14 dni; dla starszych — 20 dni) i napędzanie wszystkich bez wyjątku do przyjmowania członków kas chorych.

Uwydatniała się jednak tendencja do obrony przeciążonych pracą lekarzy. Tak głosił komunikat Izby z dn. 6. 5. 43, że w pięciu wypadkach ukarano z inicjatywy izby, pacjentów, którzy niepotrzebnie wzywali lekarzy, grzywną do 1.800,— RM, a nawet 6-cio tygodniowym aresztem. Izba dbała o interesy lekarzy (naturalnie niemieckich), umożliwiając im zakup instrumentów, aparatów rentgena, rowerów, samochodów, maszyn do pisania, baterii, żarówek, spirytusu, denaturatu, nafty, benzyny, płaszczy lekarskich, — dając im przydziały żywnościowe, oraz studentów medycyny do pomocy. Zaopatrzyła sprowadzonych na teren śląski Niemców z Rzeszy w umeblowanie po polskich lekarzach, którzy uszli za granicę lub do gubernii lub zostali wysiedleni, a gdy tych sprzętów zabrakło, przydziałała im skonfiskowane mienie innych Polaków. Ułatwiała leczenie lekarzy chorych na gruźlicę. Ustalała zasady leczenia, a przede wszystkim rejestracji dziedzicznie obciążonych, weneryków i narkomanów, zwalczała ostry przerwywanie ciąży. W sposób drażniący obstrzelała warunki zwalniania z pracy chorych robotników i zakazywała wystawiania jakichkolwiek prywatnych świadectw w tym celu. „Totalna wojna nakazuje surowość!" nawoływał wódz lekarzy niemieckich Dr. Conti! Syły się dotkliwie kary pieniężne izby na „przestępców" oraz groźby oddania ich sądom za sobotaż. Podobny rygor wprowadziła izba w ostatnich latach za jazdy samochodem na wycieczkę, bo czyn taki był w jej oczach marnowaniem benzyny. Warto tu zacytować ustęp z przemówienia Dr. Baumgarta (15. 11. 42):

„Proszę spojrzeć na pacjenta! Już po czubku nosa można poznać, czy chce on pracować, czy nie... Lepiej zmusić chorego, który potrzebuje jeszcze kilkudniowego wypoczynku, do pracy, niż umożliwić dziesięciu leniuchom zaniedbanie pracy. Gdy macie wątpliwości, utracicie zawsze w sedno, gdy uznacie chorego za zdolnego do pracy. Gdy go skrzywdzicie, będzie on tylko ofiarą wojenną... Musicie być lekarskimi detektywami!"

Na wskrós wrogi był stosunek izby niemieckiej do wszystkiego, co było polskie. Już w pierwszym okólniku zapowiedziano lekarzom Polakom, że są tylko tolerowani i że każda próba insubordynacji zostanie z całą bezwzględnością złamana. Izba uzgadniała z gestapo i partią odbieranie lekarzom Polakom prawa do praktykowania w kasach chorych jako „untragbar" ich przesiedlanie do Zagłębia Dąbrowskiego, wysiedlanie do gubernii oraz aresztowanie. Planowała usunięcie po wojnie z terenu Śląska nawet wszystkich lekarzy „volksdeutschów" — do

Rzeszy jako elementu niepewnego. Z przedłużaniem się wojny i pogarszaniem się szans zwycięstwa, miękli jednak niemieccy możnowładcy. Brali często łapówki, a szczególnie w postaci żywności i trunków alkoholowych. Sprawdzała się na nich trafność oceny Tacyta podanej w Annalach, że germanie depczą w szczęściu zarówno prawa ludzkie, jak i boskie, w nie-szczęściu zaś są tchórzliwi i podli. Pacjenci opowiadali mi, że ordynujący w moim mieszkaniu kierownik izby katowickiej Dr. Baumgard wyrzucał początkowo każdego chorego, który nie mówił po niemiecku, a w końcu uniewinniał się, że nie zna tego języka.

Z antypolskich rozporządzeń izby należy wspomnieć zakaz korespondowania z izbą po polsku, unieważnienie z dniem 1. maja 1941 prawa do wykonywania praktyki lekarskiej nadanego przez rząd polski, o ile izba niemiecka nie zastąpiła go pozwoleniem analogicznym, zakaz wyłącznie polskiej sygnatury na receptach (4. 3. 42), zakaz udzielania karmiącym Polkom dodatków żywnościowych (24. 3. 43.), zakaz urządzania wspólnych godzin przyjęć dla Niemców i Polaków, o ile nie było oddzielnych poczekalni, ułatwianie i zachęcanie do przerywania ciąży u Polek i Ukrainek.

Wstrzymano lekarzom Polakom wypłatę przedwojennych należności z kas chorych, a rozporządzeniem K.V.D. z dn. 26. 3. 1941 § 7 skrócono rachunki lekarzy uznanych przez partię za Polaków od 15—40%, zależnie od kwoty a ich stawki za zabiegi specjalne o 33 1/3%. Zasiłki chorobowe dla lekarzy Polaków obniżono o 15%. Od dnia 1. 1. 42. zwrócono lekarzom „volksdeutschom” z grupą II dokonane poprzednio potrącenia narodowościowe. Grupa III i IV nie otrzymała tego zwrotu i musiała zadowolnić się wstrzymaniem potrąceń w przyszłości „aż do wyjaśnienia definitywnego narodowości”.

Izba organizowała dla lekarzy Niemców począwszy od 2. 10. 41 co czwartek oddzielne zebrania towarzyskie wieczorne w Katowicach w „Carltonie” przy ulicy Pierackiego 5, a gdy dn. 15. 11. 42 zwołała ogólne zebranie, to po pierwszej części kazano lekarzom Polakom salę opuścić. Wówczas oświadczył Dr. Klaus: „Śląsk ma uleść germanizacji i musi niemieckim pozostać... Lekarze obcej narodowości, którzy jeszcze pracują, dostosowali się mniej lub więcej zgrabnie do wymagań, których żąda od nich organizacja lekarska. Muszę to w tym miejscu uznać. Istnieją jednakże i wyjątki. Usunąć te wyjątki jest naszym zadaniem. Wystarczy, że zapowiem, iż tam, gdzie spotykamy się ze złą wolą, nie będziemy mieli litości. Nie ma celu płynąć tu pod prąd. Niechaj ci lekarze obcej narodowości, którzy sądzą, że mają wobec swego całego narodu obowiązek stania na uboczu, przemyślą sytuację. Ich gra się im nie uda!”

W końcu wspomnę o dwóch okólnikach charakteryzujących mentalność niemiecką, mniej szpiegowania i butną zarozumiałość.

W ściśle poufnym piśmie z dn. 14. 2. 1943 nakazano wszystkim lekarzom Niemcom, o ile

zgłoszą się do nich jako pacjenci, wyżsi dostojnicy państwa, partii i armii, by niezwłocznie podali rozpoznanie komisarzowi generalnemu prof. Dr. Karolowi Brandtowi.

W drugim okólniku (3. 11. 42) nakazuje Dr. Klaus, by tytułowano go „Gauamtsleiter” i wyprasza sobie energicznie nazywanie go „Kolega”. Współpraca z takimi nadętymi pychą przełożonymi nie była łatwa, zwłaszcza, że byli bezapelacyjnymi władcami, bo mieli prawo przymusowego przenoszenia każdego lekarza, odebrania mu prawa do praktyki kasowej, a nawet zawieszenia w prawach do wykonywania zawodu lekarskiego. W izbie lekarskiej tworzyła się w tych warunkach zgnila atmosfera pochlebstwa i służalczości.

W ostatnich dniach stycznia 1945, gdy armia rosyjska zbliżyła się do Śląska, zarządziła Izba Lekarska i K.V.D. palenie aktów. Nie zdążyła się jednak uporać z tą pracą, bo znaczna ich część ocalała. Zdołałem ją zabezpieczyć.

VI. Wiadomości personalne

Naczelný Lekarz Spółki Brackiej

Dyrekcja Spółki Brackiej w Tarnowskich Górach ustaliła jako Lekarza Naczelnego Dr. Michała Kołoczka z Nowej Wsi.

VII. Głosy prasy polskiej

Dziennik Zach. Nr. 147/46

INSTYTUT INŻYNIERII SANITARNEJ WE WROCŁAWIU

Wrocław. (PAP). Uniwersytet i Politechnika we Wrocławiu zwróciły się do Ministerstwa Oświaty z projektem stworzenia we Wrocławiu Instytutu Inżynierii Sanitarnej. Projekt opracowany został przez prof. Hirschfelda na podstawie długoletnich jego doświadczeń na polu higieny i studiów zagranicą. Słuchacze instytutu słuchaliby wykładów w zakresie biologii, bakteriologii, epidemiologii, higieny społecznej i t.p. na wydziale lekarskim Uniw. Wrocław. oraz wykładów technicznych na Politechnice.

Trybuna Robotn. Nr. 146/46

TAJEMNICA MALARII W REKACH BYLEGO WIEŹNIA DACHAU, POLAKA

Łondyn, 28. 5. Agencja Reutera donosi, że przed samą egzekucją osławionego badacza niemieckiego dr. Schillinga, który został skazany na karę śmierci przez powieszenie za przeprowadzanie doświadczeń na więźniach w obozie koncentracyjnym w Dachau, wydarzył się sensacyjny wypadek. Walter Knaup, który stał na czele grupy polskiej w Dachau, oświadczył, iż wszelkie wyniki badań dr. Schillinga mające posłużyć za podstawę dla dalszych prac zostały sfalszowane przez więźnia dr. Adama Cyrkowicza z Krakowa, który zmuszony był pomagać Schillingowi przy jego doświadczeniach. W ten sposób Cyrkowiczowi udało się uratować wielu współwięźniów od cierpień i śmierci. W ciągu dnia dr. Cyrkowicz pracował z Schillingiem, w nocy zaś przygotowywał fałszywe dane dla Schillinga, a prawdziwe wyniki badań nad malarią zapisywał dla siebie. W chwili obecnej dr. Cyrkowicz znajduje się w Krakowie i pracuje nad udostępnieniem światu prawdziwych wyników przeprowadzonych w Dachau badań. Ciężko chory na gruźlicę dr. Cyrkowicz pracuje z wielkim pośpiechem, aby zdążyć przed śmiercią ogłosić wyniki swych badań.

Notatki terapeutyczne

Środki biologiczne w medycynie

Część II.

Padat

Mgr farm. Ryszard Stupik (Cieszyn)

strofantyna

Rodzina Apocynaceae — Echeverieae. Nazwa pochodzi z greckiego, stróphos = skręcona wstęga (ze względu na budowę kwiatu), ánthos = kwiat. Nazwa polska — strofant, obce — strophantus (ang. franc. niem.).

W farmacji zastosowanie znalazły trzy różne rodzaje strofantu:

- Strophantus Kombe
- Strophantus gratus
- Strophantus hispidus.

Surowiec farmakopcyjny stanowią nasiona — Semen Strophanti (Strophantus Seed, Semen de Strophantus, Kombe-Samen), pochodzące z krzewu pnącego — Strophantus Kombe, rosnącego w tropikalnej Afryce Wschodniej.

Nasiona strofantu były już od najdawniejszych czasów używane przez mieszkańców Afryki do zatrutowania strzał. Pierwsze wzmianki o wprowadzeniu strofantu do lecznictwa w Europie podaje LIVINGSTONE w połowie XIX wieku, badając truciznę, jaką używano w walkach do zatrutowania strzał, nazwaną Kombi. Pod koniec XIX w. udało się szkockiemu farmakologowi FRASEROWI wyizolować z nasion Strophantus Kombe amorficzny, rozpuszczalny w wodzie, silnie trujący glikozyd strofantynę. Glikozyd ten zaliczono wówczas do grupy glikozydów digitalisowych. Dzisiejsza medycyna zalicza strofantynę, ze względu na jej słabe działanie kumulacyjne do grupy glikozydów nasercowych II. rzędu, czyli do digitaloidów.

Strofantynę dają trzy różne rodzaje strofantu:

1. Strophantus Kombe — amorficzną k strofantynę,
Strophantinum verum purissimum.
2. Strophantus gratus — krystaliczną g — strofantynę,
Strophantinum crystallisatum, (Ouabainum, Purostrophan).
3. Strophantus hispidus — amorficzną h — strofantynę,
Strophantinum h, (Inéine).

Chemicznie i farmakologicznie identyczną z krystaliczną g — strofantyną okazała się Ouabaina wyizolowana z drewna drzewa Ouabaio.

Strofantyna — h praktycznego zastosowania nie posiada. Krystaliczna g — strofantyna jest w działaniu dwukrotnie silniejsza od amorficznej k — strofantyny.

Nasiona strofantyny zawierają 3 — 6% strofantyny. Poza strofantyną występuje w nich 0,17 — 0,27% saponin, kwas strofantynowy, cholina i trygonellina, 35% oleju tłustego, enzymy i fermenty, białko i śluz, garbników brak.

Działanie farmakologiczne strofantyny. Stro-

tantyna wywiera na mięsień sercowy podobne działanie jak glikozydy digitalisowe: zwalnia pulsację serca, przedłuża rozkurcz mięśnia sercowego, wzmacnia i pogłębia skurcz mięśnia sercowego, zwięża naczynia, krwionośne w obrębie nerek i mózgu.

Małe dawki strofantyny pobudzają, duże porażają kurczliwość włókien mięśni poprzecznie prążkowanych, w szczególności m. sercowego.

Strofantyna zdobyła przewagę nad naparstnicą na podstawie następujących różnic w działaniu:

1. działa szybciej,
2. nadaje się do stosowania dożylnego,
3. słabiej kumuluje (już po sześciu godzinach następuje całkowite wydalenie), z zastrzeżeniem, że na trzy dni przed wprowadzeniem strofantyny nie podawano naparstnicy),
4. strofantyna działa przeważnie na fazę skurczową (systole), a naparstnica na fazę rozkurczową (diastole) mięśnia sercowego.

Glikozydy digitalisowe powodują skurcz obwodowych naczyń krwionośnych, przez co obciążają do pewnego stopnia mięsień sercowy. Tego rodzaju działanie jest niekorzystne przy dusznicy bolesnej i przy niedomodze naczyń wieńcowych serca, stąd te wypadki lepiej reagują na strofantynę, niż na naparstnicę.

Strofantynę podajemy w wypadkach nagłych, a więc w stanach ostrego zapadu przy niedomogach sercowych, w ciężkich stanach dekompensacji, w dawkach po 0,25 mg dożylnie, w wypadkach ciężkich po 0,1 mg kilkakrotnie dziennie. Działanie występuje bezpośrednio po zastrzyku, maximum osiąga po 2 — 4 godzinach, kończy się po 8 — 10 godzinach. U chorych, leczonych naparstnicą, strofantynę wolno podawać dopiero po trzydniowej przerwie. Przy podaniu strofantyny bezpośrednio po naparstnicy dochodzi do tak zwanej strofantynowej śmierci momentalnej.

Strofantynę stosujemy również w momentach nadmiernego wysiłku zdrowego mięśnia sercowego i to, po operacjach, w przebiegu chorób zakaźnych, w leczeniu gorączkowych, przy dolegliwościach sercowych u otyłych i przy zwężeniu naczyń wieńcowych serca.

Dla zmniejszenia działania toksycznego strofantyny podaje się ją w roztworze 20%-owej glukozy, lub też z dodatkiem kofeiny. Przy zatruciu strofantyną następuje, w przeciwieństwie do naparstnicy, śmierć momentalna. Daw-

ka śmiertelna strofantyny wynosi 40—60 mg parenteralnie, 100 mg doustnie.

Dawkowanie:

0,1—0,5 mg — g-strofantyna, kombetyna (dożylnie); 0,02 pro dosi Semen Strophanti pulvis; 3—6 kropli pro dosi Tinctura Strophanti kilkakrotnie dziennie.

Dawkł maksymalne:

0,5 pro dosi, 1,5 pro die — Tinctura Strophanti; 0,001 g pro dosi, 0,005 g pro die — g-strophantinum.

Powszechne w ostatnich czasach twierdzenie, że strofantyna stosowana w postaci preparatów galenowych doustnie nie działa, jest bezsprzecznie niesłuszne, a zostało medycynie narzucone przez przemysł farmaceutyczny.

Recepty:

(Insuffitientia cordis).
Rp. Tinctura Strophanti 5,0
Tinctura Valerianae
aetherea 15,0
D.S. 3 razy dziennie 10—25 kropli
(Insuffitientia cordis z zaburzeniami żołądkowymi)
Rp. Tinctura Strophanti
Tinctura Strychni
Tinctura Gentianae aa 5,0
D.S. 3 razy dziennie 15 kropli

Preparaty fabryczne:

Inj. Strophanti 0,25, 0,5 mg, a 1 cm.
Inj. Strophantini comp. (z dodatkiem Cardiazolu lub kofeiny).
Purostrophan — ampułki zawierające g-strofantynę.
Myokombin — strofantyna z dodatkiem nowokainy — do zastrzyków domięśniowych.
Kombetin — ampułki do wstrzykiwań dożylnych zawierające k-strofantynę.

Bulbus Scillae.

Środkowe, mięsiste nasady liści cebuli **Urginea Scilla** (Liliaceae), zebrane przed rozwojem liści, pokrajane przeważnie w poprzeczne kawałki i wysuszone w temp. 40° — 50°.

Nazwy obce dla cebuli (ostrawki) morskiej — **Urginea Scilla** (Ornithogalum maritimum); Scille maritime (franc.), Sea onion (ang), morkoj luk (ros.), morská cibule (czes.).

Nazwy obce dla preparatu **Bulbus Scillae**: Squil (ang.), Bulbe de Scillae (franc.), Bulbus Squillae, Bulbus rusticus, Cepa marina.

Cebula morska pochodzi z wybrzeży Morza Śródziemnego. Pierwszy o jej nasercowym działaniu wspomina DIOSKURIDES. GALEN uważał ją za lek przedłużający życie. PYTHAGORAS polecał ją do leczenia chorób błon śluzowych jamy ustnej (szkorbutu?). Jako specyfik przy Hydrops opisuje ją dokładniej BOERHAVE.

Dokładny skład ciał czynnych cebuli morskiej podał A. STOLL, który wyizolował je w stanie czystym. Zespołowi tych ciał dał nazwę **scillaren**. Z tego zespołu wyizolował krystaliczny, łatwo rozpuszczalny **scillaren A** i amorficzny, trudno rozpuszczalny **scillaren B**. Obydwa w rozpadzie hydrolitycznym dają krystaliczną scillarydynę A i B oraz cząsteczkę cukru. Oprócz tego liście cebuli morskiej zawierają 30% śluzu, cukry, olej tłusty i według Madausa 0,01% kofeiny. Scillaren A i Scillarem B są chemicznie pokrewne z glikozydami naparstnicy.

Scillaren posiada działanie drugorzędnych glikozydów digitalisowych. Jest ono podobne do działania strofantyny. Scillaren jest prawie całkowicie pozbawiony działania kumulacyjnego. Działa przeważnie na faze rozkurczową mięśnia sercowego.

Wskazania. Obrzęki pochodzenia sercowego i nerkowego, obrzęki z podwyższonym ciśnieniem krwi, (hydrops, ascites, anasarka, pleuritis exudativa). Bulbus Scillae stosuje się często jako doskonały środek moczopędny przy obrzękach opornych na działanie naparstnicy i przy zapaleniach pęcherza moczowego i nerek. Bulbus Scillae posiada również działanie wykrztuśne i wymiotne i jest często stosowana w postaci Sirupus Scillae przy chronicznym zapaleniu oskrzeli. Dobre wyniki notowane są również w leczeniu tumorów śledziony.

Dawkowanie:

0,03—0,25 Bulbus Scillae pulvis,
3—4 razy dziennie;
0,5—1 g Tinctura Scillae, kilkakrotnie dziennie;
Dawki maksymalne:
0,2 pro dosi, 1,0 pro die Bulbus Scillae;
1,5 pro dosi, 5,0 pro die Tinctura Scillae;
2,0 pro dosi, 6,0 pro die Acetum Scillae.

Preparaty:

Acetum Scillae — macerat otrzymany z cebuli morskiej przy pomocy 6% kwasu octowego.
Extractum Scillae spissum et fluidum.
Oxymel Scillae — preparat przyrządzany z Acetum Scillae i Sirupus Simplex (35,0:100,0).
Tinctura Scillae.

Preparaty fabryczne:

Intractum Scillae „KLAWE” — fizjologiczny, stabilizowany i biologicznie standaryzowany wyciąg ze świeżej cebuli morskiej.
Scillaren „SANDOZ” — zawiera czyste glikozydy. W handlu w postaci tabletek, kropli, zastrzyków i czopków. 3—4 razy dziennie 1 tabletkę lub 20 kropli.

Scilloral, Scillicardin — preparaty podobne do Scillarenu.
Nephrisan — proszek, zawierający laxantia, sulfur, Natrium bicarbonicum i Bulbus Scillae pulvis. 1/2 — 1 łyżeczki 3 razy dziennie.

Recepty:

Rp. Bulbi Scillae pulvis 3,0
 Folia Digitalis 1,0
 Massa pill. p. s. ut. f. Pill.
 Nr. XXX.
 Trzy razy dziennie 2—3 pigułki.
 Rp. Pulvis diureticus.
 Bulbi Scillae pulv.
 Folia Digitalis titr. pulv aa 0,05
 Cortex Cinnamoni 0,15
 Boracis 0,5
 Tartari depurati 1,0
 Ol. Juniperi gtt. II
 Dent. tal. dos. X., ad chartam ceratam.
 D. S. 2—3 proszki dziennie.

Convallaria maialis.

s. Polygonatum maiale, konwalia lanuszką, Lis des valles, Muget (franc.) Lily of the valley (ang.), Mughetto, Giglio delle convallii (włosk.), landysz (ros.), konvalinka vonná (czes.), Maiglöckchen, Maiblume (niem.) jest rośliną trwałą z rodziny lilijowatych (Liliaceae), rosnącą dziko w lasach całej Europy, północnej Azji i Północnej Ameryki. W naszych ogrodach jest pospolicie kultywowana, jako roślina ozdobna.

Pierwsze wzmianki o jej zastosowaniu w lecznictwie i to w chorobach serca pochodzą od H. BRUSCHWYGKA (1500 r.). MATTHIOLUS polecał konwalię jako lek wzmacniający przy apopleksji i dla ciężarnych.

Do przyrządzania preparatów galenowych używa się kwiatów i liści konwalii. Farmakopea polska poleca przyrządzać Tinctura Convallariae (w stosunku 1:12).

Liście i kwiaty konwalii zawierają:

glikozydy: konwallamarynę,
 konwallarynę (0,2% w świeżym surowcu) i
 konwallatoksynę,
 asparaginę,
 kwas cytrynowy, chelidonyowy i jabłkowy,
 cukry,
 związki mineralne (10%)
 olejek eteryczny i
 żółty barwik.

Konwallamaryna stanowi żółty proszek krystaliczny, łatwo rozpuszczalny w wodzie i alkoholu. Konwallaryna posiada charakter saponin, daje się wyizolować w postaci krystalicznej, jest nierozpuszczalna w wodzie, dobrze rozpuszcza się w alkoholu. Konwallatoksyna jest najwięcej

toksycznym glikozydem konwalii, wyizolowaną w postaci krystalicznej, rozpuszcza się trudno w wodzie, łatwiej w alkoholu.

Glikozydy konwalii wywierają na mięsień sercowy podobne działanie jak strofantyna, przy czym ich działanie kumulacyjne jest jeszcze słabsze. Według KARRERA 1 g liści konwalii zawiera 3000—6600 j. ż., 1 g kwiatów 10000 j. ż., 1 g korzeni 4000—5000 j. ż. Oznaczając więc siłę działania liści naparstnicy 2000 j. ż. w 1 g musiałaby konwalia stanowić lek silniejszy od naparstnicy. W rzeczywistości tak jednak nie jest, gdyż glikozydom konwalii brak działania kumulacyjnego. Oznaczanie wartości preparatów konwalii w jednostkach żabich służyć może jedynie do ich standaryzacji.

Preparaty konwalii stosuje się w lekkich i średnio-ciężkich przypadkach schorzenia mięśnia sercowego. Chroniczne choroby serca wymagają długiego leczenia, do czego nie nadaje się ani naparstnica, ani strofant. Najodpowiedniejszym lekiem w tych przypadkach stanowi konwalia, pewna w działaniu, a wolna od działań toksycznych. Sproszkowane kwiaty konwalii drażnią silnie błony śluzowe nosa i pobudzają do kichania (Pulvis sternutatorius).

Wskazania:

Cardiotonicum. Cardiosedativum.
 Osłabienie mięśnia sercowego na tle nerwicznym.

W przerwach pomiędzy i po leczeniu naparstnicą.

Preparaty:

Tinctura Convallariae.
 Infusum Convallariae
 4,0 — 8,0:200,0.

*Preparaty fabryczne:

Convallex „Spiess”. Standaryzowany zespół glikozydów konwalii w kroplach. 10—20 kropli 3 razy dziennie po jedzeniu.
 Intractum Convallariae „Klawe”.

Dawkowanie:

5—10—15 kropli 3 razy dziennie
 Tinct. Convallariae.

Dawki maksymalne:

1,25 pro dosi, 3,75 pro die Tinct. Convallariae.

Adonis vernalis.

Mitek wiosenny, Grand oeil de boeuf, Adonide de Printemps (franc.) Pheasant's eye (ang.) Adonide (włosk.), goricwiet (ros.), hláváček jarne (czes.) z rodziny jaskrowatych (Ranunculaceae), występuje dziko w Europie wschodniej i południowej z granicą w północnych Niemczech.

W farmacji zastosowanie znajduje ziele mityka wiosennego — **Herba Adonidis**, pełne, kwitnące lub owocujące pędy, natychmiast po zebraniu wysuszone w temp. 40°, a następnie ogrzewane przez pół godziny w temp. 55—60°. przechowuje się je w naczyniach szczelnie zamkniętych.

Ziele mityka wiosennego zawiera:

glikozydy: adonidozyd i
 adonivernozyd,

kwask akonitynowy,
kwask adonidynowy,
cukier — adonit,
saponiny,
białko (14%),
skrobia, dekstryna, fruktoza,
związki mineralne (10%),
żywece, tłuszcz i fitosteryny

Adonidyna (Adonidinum purum) stanowi mieszaninę adonidozydu i adonivernozydu. Glikozydy te należą do grupy digitaloidów. Wywierają one długotrwałe działanie pobudzające na funkcję mięśnia sercowego. Przypisuje się im również bezpośrednie działanie moczopędne. W dużych dawkach powodują silne zwężenie obwodowych naczyń krwionośnych i wyższe ciśnienia krwi, dlatego też są przeciwwskazane przy schorzeniach aorty i w początkowym stadium zapalenia nerek.

Wskazania:

Cardiotonicum. Cardiosedativum.
Diureticum.
Niewydolność mięśnia sercowego.
Osłabienie mięśnia sercowego po chorobach zakaźnych.
Zaburzenia zastawkowe.
W przerwach i po leczeniu naparstnicy.

Preparaty:

Tinctura Adonidis.
Adonidinum (mieszanina glikozydów).

Preparaty fabryczne:

Adonidex „Spiess” — krople.
Adovern „Roche”. Krople, granulki. Dziennie 40—80 kropli, 4—8 granulek, 1—2 czopki.
Intractum Adonidis „Klawe”.

Dawkowanie:

10—20 kropli, 3 razy dziennie
Tinct. Adonidis. 0,002—0,005—0,01
4 razy dziennie Adonidinum.

Dawki maksymalne:

2 g pro dosi, 6 g pro die Tinctura Adonidis.

Nerium Oleander.

Oleander, Nériér 6 feuilles de laurier rose (franc.), Oleander (ang.), Leandro, mazza di san Guiseppe (włosk.) z rodziny Apocynaceae, rośnie na wybrzeżach Morza Śródziemnego, u nas jest hodowany, jako kwiat doniczkowy.

Liście oleandru, Folia Oleandri, Folia Nerii zawierają glikozyd folinerynę, wyizolowaną przez firmę.

Schering w stanie krystalicznym. Folineryna posiada działanie pośrednie między strofantyną, a glikozydami digitalisowymi.

Po podaniu folineryny dochodzi do szybszego zwolnienia pulsacji serca, niż po naparstnicy. Folineryna wchodzi, podobnie jak glikozydy naparstnicy, w dosyć trwały związek fizyko-chemiczny z substancją mięśnia sercowego. Jej działanie moczopędne jest silniejsze, niż u naparstnicy, pojawia się już w drugim dniu leczenia.

Wskazania:

Zaburzenia miarowości uderzeń serca.
Niewydolność mięśnia sercowego na podstawie wad zastawkowych i schorzeń wsierdza.
Obrzęki pochodzenia sercowego i nerkowego.

Przeciwwskazania:

Dusznica bolesna.
Zakaźne zapalenie mięśnia sercowego
Zawał mięśnia sercowego (Infarctus myocardi).

Preparaty:

Tinctura Oleandri 5—50 kropli
2—3 razy dziennie.
Oleander Perpurat 5—50 kropli
2—3 razy dziennie.
Folinerin 20—25 kropli 3 razy dziennie.

Grupę roślin, zawierających ciała czynne z grupy digitaloidów uzupełniają jeszcze:

Helleborus niger, ciemiernik czarny, zawiera helleboerinę.

Apocynum cannabinum, zawiera krystaliczny glikozyd cymarynę, o działaniu podobnym, lecz słabszym od strofantyny. Cymarynę podaje się dożylnie, doodbytniczo i doustnie w dawkach do 1 mg.

Cactus grandiflorus, kaktus wielkokwiatowy. Wyciąg płynny z kaktusa jest ulubionym cardiotonicum.

Sarothamnus (Cytisus) scoparius, żarnowiec. Roślina ta dostarcza sparteinę — **Sparteinum sulfuricum**. Sparteina znajduje duże zastosowanie w medycynie angielskiej. Działanie sparteiny nie pokrywa się z działaniem naparstnicy. Działa ona przeważnie na układ nerwowy w samym mięśniu sercowym. Działanie jej jest w tym wypadku raczej podobne do chininy. Zmniejsza przewodnictwo podnień w sercowym układzie nerwowym. Stosowana jest przy niemiarowości skurczów serca.

Cheiranthus cheiri, lak wonny zawiera w nasionach ciała o działaniu nasercowym.

(Dalszy ciąg w następnym numerze.)

Zdrnie i uzdrowiska dolnośląskie w prasie polskiej:

Trybuna Robotn. Nr. 143/46

Jedno z czołowych miejsc zajmowały w turystyce europejskiej zdrojowiska Dolnego Śląska na ogół prawie nieznanne w Polsce przedwojennej. Doskonale urządzone, z uwzględnieniem wszelkich nowoczesnych wymagań zachodnio-europejskich, cudownie położone i posiadające duże wartości lecznicze, stanowiły przed wojną poważne źródło bogactwa. Obecnie wojna pozostawiła tu znaczne ślady, zwłaszcza w nowoczesnym urządzeniu zakładów leczniczych, hoteli i pensjonatów. Szkoda to wielka i powinniśmy dużo starań dołożyć, aby osiągnąć przedwojenny stan, bo posiadamy na Dolnym Śląsku pierwszorzędne warunki dla rozwoju turystyki i ściągnięcia do dolno-śląskich zdrojowisk leczniczych i klimatycznych, jak największej ilości zagranicznych gości.

Na Dolnym Śląsku istnieją dwa zasadnicze ośrodki kuracyjne i turystyczne — w kotlinie kłodzkiej, tzn. w okręgu Kłodzka i Bystrzycy, oraz u stóp Gór Olbrzymich i Izerskich oraz Gór Wałbrzyskich. Zdrojowiska te, położone w kotlinach, osłonięte od wiatrów, posiadają łagodny klimat i duże nasłonecznienie. Wymienimy tu najważniejsze z licznie rozrzuconych na całym Dolnym Śląsku.

Duszniki-Zdrój, położone najwyżej (568 m n. p. m.), posiadają wody lecznicze o dużej zawartości bezwodnika węglowego i żelaza oraz wysoką wartość termiczną borowinę. Wykorzystane bywają przy kuracji kąpielowej i do picia dla cierpiących na choroby serca, obieg krwi, reumatyzm, artretyzm i stany wyczerpania. Położenie zdrojowiska, wśród gór i lasów, dopełnia wartości leczniczych. Dogodne tereny narciarskie mogą stanowić dużą atrakcję w zimie.

Kudowa-Zdrój (Chudobice-Zdrój) (400 m n. p. m.) znana jest ze swej specjalności leczniczej dla schorzeń serca, oraz nadczynności tarczycy i choroby Basedowa, ponadto reumatyzmu, artretyzmu i chorób kobiecych. Skład jej trzech źródeł podobny jest jak w Dusznikach, z tą różnicą, że dochodzi jeszcze jako składnik w jednym z nich arsen.

Zdrojowisko Puszczaków (400 m n. p. m.) cechuje piękne położenie zakładu. Prawie całodzienne nasłonecznienie stwarza szczególnie korzystne warunki do leczenia. Zawartość wód mineralnych podobna, jak w Kudowie.

Zdrojowisko Łądek (500 m n. p. m.) odznacza się ciepłymi o zawartości siarki i emanacji radu, nadające się zwłaszcza do leczenia inwalidów.

Zdrój Cieplice Śl. (340 m n. p. m.), charakterystyczny z powodu wysokiej temperatury wód: ciepłoty — 44° C, znany jest z leczniczych właściwości od 700 lat. Wody tego źródła znajdują zastosowanie przy leczeniu zapalenia nerwów, schorzeń reumatycznych (stawowych i mięśniowych), artretyzmu i chorób kobiecych. Stosowane są jako kąpiele i natryski oraz do picia. Cieplice posiadają również borowinę.

Solice-Zdrój w Górach Wałbrzyskich (410 m n. p. m.) znane są także od kilkuset lat ze swych wód alkaliczno-szczawowych, stosowane przy leczeniu dróg oddechowych, astmy, chorób nerek i przewodów moczowych, nieżytów jelit oraz artretyzmu i cukrzycy. Solice wyposażone są w nowoczesnie urządzone zakłady przyrodolecnicze, posiadające oprócz łaźni inhalatoria, komory pneumatyczne i urządzenia do elektro-termo-helioterapii. Zakład otacza piękny park.

Wieniec-Zdrój (Świeradów-Zdrój) (470—600 m n. p. m.) wyróżniają szczawiny żelaziste i radioaktywne. W uzdrowisku znajduje się emanatorium

radowe; łaźienki do kąpieł borowinowych, mineralnych i z kory świerkowej. Zdrojowisko jest chwilowo nieczynne.

Ponadto wymienić należy **Trzebnicę koło Wrocławia** ze zdrojami siarczano-żelazistymi; **Zdrojowiec koło Wałbrzycha** o właściwościach podobnych do Solic; **Zdrojówek** w powiecie rychbaskim ze źródłem siarkowym oraz wiele jeszcze mniejszych.

Do najbardziej znanych uzdrowisk klimatycznych należą **Szklarska Poręba** (500—900 m n. p. m.) oraz **Karpacz** (500—900 m n. p. m.) w powiecie Jelenia Góra, służące dla leczenia stanów wyczerpania i dla rekonwalescentów. W Górach Wałbrzyskich posiadamy miejscowości, gdzie znajdują się doskonale urządzone sanatoria dla płucno-chorych np. **Jar** (600 m n. p. m.), **Kamieniągóra** (550 m n. p. m.), **Krzyżatka** (450—500 m n. p. m.) i kilka mniejszych.

Jeśli chodzi o warunki komunikacyjne, to oczywiście działania wojenne spowodowały tu duże zniszczenie. Pozrywane tory i mosty, zabrany lub zniszczony tabor kolejowy, zwłaszcza kolei elektrycznej — oto spadek, pozostawiony przez wojnę. Jednak wzmożona praca nad odbudową komunikacji poważnie przyniosła już rezultaty i główne przeszkody zostały usunięte. Drogi bite, szosy, pozostały w stanie dobrym. Usprawnienie zatem komunikacji autobusowej i kolejowej, a przede wszystkim odpowiednie zaopatrzenie zdrojowisk w środki żywnościowe podniosłoby znacznie możliwości korzystania z uzdrowisk dolno-śląskich.

Należy możliwie najprędzej przywrócić zdrojowiskom dolno-śląskim przedwojenny, nowoczesny charakter i uczynić je znowu atrakcyjnymi dla zagranicznych gości, bo to da nam dopiero możliwość odpowiedniego wykorzystania bogactw w nich tkwiących.

Dziennik Zachodni Nr. 148/46.

Dolny Śląsk — zagłębie uzdrowiskowe.

Solice Zdrój ratują astmatyków.

Solice. (SAP). O kilka kilometrów od najbardziej malowniczo w Europie położonego zagłębia węglowego w Wałbrzychu, znajduje się zdrojowisko Solice, leżące u stóp stożkowego Chełmza. Warunki klimatyczne tej okolicy są tak znakomite, że w zagłębiu tym nie przebiega się w oczy nagie hałdy wydobycia, krajobraz siły przyrody są tak prężne, że hałdy są szybko zarastane przez brzozy, które są nie tylko drzewami smetku, ale i największej siły żywotnej.

NAJNOWOCZEŚNIEJSZE URZĄDZENIA

Solice-Zdrój są niewątpliwie perłą uzdrowisk śląskich. Zakład zdrojowy posiada wszelkie urządzenia dla leczenia nieżytów dróg oddechowych, astmy i kataru siennego. Wybudowany został w roku wybuchu drugiej wojny światowej, to też jest dzięki temu wyposażony w najnowocześniejsze urządzenia. Wyróżnia się wśród nich jedna z dwu w Europie wlewalni przeciwnowotworczych, tylko, że urządzenia solickie przewyższają doskonałością podobne urządzenia w Ems. Urządzenia te mają na celu regenerację partii płucnych, które tracąc swą żywotność powodują objawy astmy. Chory przy pomocy specjalnych ustników wdycha ciepłe powietrze z parami mineralnymi. Wydech następuje w próżnię, co pogłębia wydech i zatrudnia nieczynne części płuc. Dla leczenia nieżytów służą komory pneumatyczne, których jest w Solicach trzy, przy czym każda z nich może pomieścić jednocześnie około 50 kuracjuszy. Tu stosuje się również

specjalną, nigdzie nie stosowaną, metodę, polegającą na dodatkowym rozpylaniu nieznacznej ilości olejków eterycznych, co wzmacnia działanie lecznicze, wypełniającej komorę mgły, którą otrzymuje się przez rozpylenie naturalnej wody mineralnej. Obok tych komór zbiorowych zakład rozporządza dużą ilością komór indywidualnych.

PRACUJĄ TYLKO POLACY

Naczelnym lekarzem uzdrowiska jeden z najbardziej doświadczonych polskich lekarzy klimatycznych, dr. Chmieleński, z dumą podkreśla, że w przeciągu paru miesięcy zakład został całkowicie przejęty przez Polaków, tak że w tej chwili nie ma najmniejszej potrzeby korzystania z sił niemieckich. Polacy szybko opanowali technikę posługiwania się specjalnymi urządzeniami solickimi, tak, że zdrojowisko utrzyma swą wysoką pozycję nie tylko w skali polskiej, ale i europejskiej. W obecnej chwili prócz pacjentów Polaków ciągle za mało kuracjuszy z warstw pracujących z urzędów zdrojowych korzystają żołnierze Armii Czerwonej, którzy tu restaurują nadszarpniętą wojną zdrowie.

W posiadaniu Armii Czerwonej znajduje się jeszcze wielki dom zdrojowy, stanowiący stację wypoczynkowo-kuracyjną dla inwalidów wojny.

Solice-Zdrój są jednocześnie siedzibą Zarządu Państwowego Uzdrowisk Dolno-Sląskich. Panuje tu niezwykle energiczny dyr. Lenga — stary socjalista — który swe doświadczenie i umiłowanie sprawy zdrowia pracujących rzucił dla uruchomienia i uratowania przed rozgrabieniem licznych zdrojowych i stacji klimatycznych tej dzielnicy, która jest prawdziwym zagłębiem uzdrowiskowym. Jego obecną troską jest pełne wykorzystanie tych urządzeń tak, żeby niewyeksplloatowane dotychczas zagłębie stało się prawdziwą kopalnią zdrowia dla Polaków.

Gazeta Robotnicza Nr. 156 46.

Duszniki — Zdrój w sezonie

Dzięki szczęśliwej okoliczności, zdrojowisko Duszniki, w powiecie kłodzkim, nie odniosło żadnych szkód z powodu działań wojennych i mogło być w tym roku, przy niedużym stosunkowo wkładzie pieniężnym, uruchomione. Od pierwszego maja br. rozpoczął się w Dusznikach-Zdroju pełny sezon kuracyjny. Podobnie rzecz przedstawia się w Chudobicach (Kudowa), Polanicy-Zdroju (Puszczyków) i innych ośrodkach kuracyjnych powiatu kłodzkiego i bystrzyckiego.

DUSZNIKI - ZDRÓJ JAKO MIEJSCOWOŚĆ LECZNICZA

Romantycznie położone, wśród przepięknych dolin, gór i lasów pełne odorczającego zapachu kwiatów i balsamicznego powietrza, Duszniki — wraz ze swoimi światowej sławy źródłami mineralnymi zdejmuja z przybyszającego w te strony ciężar jego lat i trudów i wzmacniają nadwątłone ciała. Dziewięć źródeł (3 odkrył burmistrz m. Dusznik Demuler przyjaciel Polaków), które są ześrodkowane w parku zdrojowym posiadają dużą wartość bezwodnika węglowego i żelaza, siarkę, borowinę termicznie wysoko wartościową i inne rzadko spotykane składniki. Działają one skutecznie tak przy kuracji kąpielowej, jak i w picciu na chroniczne schorzenia płucne, chroniczne katarry żołądka i kiszki, na choroby sercowe, nerwowe, reumatyczne, artretyczne są skuteczne w leczeniu chorób kobiecych, niemocy męskiej (impotentia virilis), zagrożonych organów trawienia i oddechowych, chorób pęcherza moczowego, histetrii, anemii itd.

Ceny kuracyjne i zniżki

Zarząd Państwowych Uzdrowisk Dolnośląskich w Solicach Zdroju sporządził cennik na zabiegi lecznicze, obowiązujący od dnia 1 kwietnia br. we wszystkich zdrojowiskach na terenie Dolnego Śląska oraz wykaz zwolnień i zniżek na zabiegi. Według tego rozporządzenia taksy płatnicze za zabiegi lecznicze w Dusznikach-Zdroju przedstawiają się obecnie następująco: kąpiele zwykłe — 25 zł., mineralne — 60 zł., łożkowe — 60 zł., szczotkowe — 50 zł., elektryczne — 60 zł. Okłady borowinowe (do 10 kg borowiny) kosztują 80 zł. Masaże pełne — 60 zł., częściowe — 40 zł., tusze — 30 zł., nasiadówki — 30 zł. Inhalacje zwykłe przy poszczególnych aparatach — 30 zł., w pojedynczych kabinach — 40 zł., inhalacje zbiorowe od 3—4 godzin — 30 zł. Inhalacje glicerynianem i pneumatyczne od 40—50 zł. Najwyższą cenę trzeba zapłacić (infestety) za przepłukiwanie jeliu bo 150 zł.

Prócz tego można korzystać z naświetlań i nagrzewañ w cenach: naświetlanie pełne (Sollux, kwarcowe, słonco wysokogórskie) po 60 zł., naświetlanie częściowe 40 zł. W tej samej cenie można korzystać z nagrzewañ całkowitych lub częściowych.

Zwolnienia od powyższych taks otrzymują: a) lekarze b) dziennikarze należący do Syndykatu dziennikarzy, ale tylko do 20 zabiegów, c) pracownicy P. U. D. z rodzinami do 30 zabiegów.

Jeżeli natomiast chodzi o zniżki, to przysługują one według okólnika do 50 proc.: a) żonom i dzieciom lekarzy b) oficerom, podoficerom i szeregowym służby czynnej Wojska Polskiego, c) pracownikom umysłowym i fizycznym państwowej administracji z wyłączeniem przedsiębiorstw i inwalidom wojennym, d) emerytom państwowym, wreszcie osobom skierowanym przez Związki Zawodowe.

Duszniki miejscem narodowych pamiątek

Z miejscowością Duszniki (dawniej Reinerz) wiąza się miłe sercu polskiemu nazwiska osób i tak: króla polskiego Jana Kazimierza, który tutaj w mieście Dusznikach zatrzymał się w dniu 17 sierpnia 1669 r. w „Gospodzie pod Niedźwiedziem”, mistrza tonów światowej sławy Fryderyka Szopena, który będąc wraz z matką i siostrą na kuracji sercowej w Dusznikach-Zdroju grał swój pierwszy koncert w sierpniu 1826 r. na rzecz dwóch ubogich sierót. Wśród powodzi kwiatów stoi w parku zdrojowym pomnik na jego cześć projektowany przez Polaka Lewandowskiego a wykonany przez firmę G. Łopieńskiego w Warszawie w 1897 r. Słowa, które zostały wówczas wyrzeźbione na pomniku (tekst pełny jest w archiwum dusznickim zachowany) Niemcy w nienawiści do Narodu polskiego usunęli.

Z Dusznikami i ich okolicą splottły się tak liczne pamiątki narodowe, że trudno w tym krótkim ujęciu wszystko wyluszczyć. Innym razem lub na innym miejscu do spraw tych jeszcze szczegółowiej powrócimy.

Chorzy i strudzeni pracą do Dusznik

Obecnie w Dusznikach-Zdroju trwa pełny sezon. Zdrój odżył życiem polskim, wypełnił się mową polską i rozśpiewał się pieśnią ludową. Przybyszą tu liczni kuracjusze tak ze Śląska jak i z Polski centralnej, przeważnie ze sfer robotniczych, urzędniczych i naszej młodzieży.

Jeżeli do tej przepięknej „panoramy zdrojowej”, którą tylko w kilku słowach na początku opisałem, dodamy dogodne drogi i bite szosy, polepszający się z dniem każdym stan komunikacji autobusowej i kolejowej, a przede wszystkim odpo-

wiednie zaopatrzenie zdrojowisk w środki żywnościowe, to wówczas ośrodki uzdrowisk dolnośląskich staną przed nami w jeszcze bardziej imponującej i kuszącej szacie.

A więc chorzy i strudzeni pracą — do Dusznik - Zdroju!

Gazeta Robotnicza Nr 157/46

Wspaniałe zdrojowiska wśród wspaniałej przyrody. Zdrowiska bogactwem Dolnego Śląska.

W nawałe problemów na Ziemiach Odzyskanych mało dotąd uwagi zwrócono na skarb Dolnego Śląska, równy wartości tego bogatym kopalniom — na zdrojowiska.

Jest ich na Dolnym Śląsku 17, nie licząc wielu stacji klimatycznych. Wśród zdrojowisk znajdujemy wiele o światowej sławie. Takimi przede wszystkim są trzy zdrojowiska dla chorych na serce: Puszczyków (Altheide), Duszniki (Reinertz) i Kudowa (dalej Solice — słynny Salzbrunn) — dla astmatyków, artretyków itp., Cieplice (Warmbrunn) — przedmieście Ieleniej Góry — leczące reumatyzm artretyzm, stany pourazowe, inwalidzi wojenni, stany wyczerpania i choroby kobiece, wreszcie Wieniec, leżący u stóp gór Iżerskich, zdroj radioaktywny — oprócz chorób serca, krwi, kobiecych, reumatyzmu i stanów wyczerpania zalecony dla osób pragnących przywrócenia młodości i młodzieńczej energii.

Zeylandowo — taką nazwę, od nazwiska bohateręskiego lekarza z warszawskiego szpitala na Wolę, nosi wspaniałe bodaj największe w Europie zespół sanatoriów przeciwgruźliczych.

Należą do niego wspaniałe sanatoria w Krzyżatce, Zeylandowie, Kamienogórze, Wysokiej Łące — wyposażone we wszystko — we wszystko, co nauka lekarska w walce z gruźlicą może zastosować.

Wszystkie sanatoria — od tych dla gruźlicy otwartej czy chirurgicznej, do sanatorium w Twardowie w którym uzdrowieńcy pracując w warsztatach przygotowują się do normalnego życia, są czynne. Dyrektor Zeylandowa dr Węgrzynowski ma zamiar w najbliższym czasie uruchomić jeszcze jedno sanatorium tzw. „Lupozorium” poświęcone gruźlicy skóry.

Gdy wszystkie uzdrowiska dolnośląskie mają już dzisiaj aprowizację dostateczną, Zeylandowo — głoduje.

Cztery majątki, należące dawniej do zespołu sanatoryjnego, zostały oddzielone od Zeylandowa i przekazane instytucjom i urzędowi, nic z lecznictwem nie mającym wspólnego (Majątek Nowy Dwór przekazano MSZ-owi, Korczakowo — Uniwersytetowi Ludowemu, Buchwald — Ministerstwu Rolnictwa, wreszcie Turońsk — Monopolowi Spirytusowemu!?).

A gruźlicy w sanatoriach otrzymują zamiast 3500 — 3000 koniecznych kalorii dziennie — zaledwie 1500 do 1800 kalorii.

U stóp Karkonoszy

Urok uzdrowisk Śląska Dolnego podnosi wspaniała przyroda i najłagodniejszy w Polsce ciepły klimat.

Kotlina Kłodzka ze zdrojami Łądek Puszczyków, Duszniki i Kudowa leży wśród niewysokich, lecz malowniczych i częściowo skalistych wzgórz nad górną Niszą. Wśród skał wyróżnia się fantastycznymi kształtami położona niedaleko czeskiej granicy Hejszowina. Od wschodu odgranicza Kotlinę Kłodzką pasmo Sowich Gór (1125 m). Przedłużeniem ich są wałbrzyskie wzgórza, wśród których leży w malowniczym położeniu zdrojowisko Solice.

Pozostałe uzdrowiska i stacje klimatyczne leżą u stóp wysokiego pasma Karkonoszy. Wędlnie przez niektórych tłumaczących nazwę niemiecką, nazywanych Górą Olbrzymią. Choć ich porasta do wysokości 1250 metrów wspaniały las sosnowo-jodłowy — wyżej grzbieć gór jest bezleśny, zarosły górska łąką lub kępami kosodrzewiny. Nad pasmem góruje charakterystyczny stożek Śnieżki (1605 m n. p. m.).

Wojna nie zniszczyła uzdrowisk Dolnego Śląska. „Szaber” ich nie dotknął. Lüksowe komfortowe wyposażenia hoteli, pensjonatów i domów zdrojowych, wspaniałe urządzenia zakładów kąpielowych, życiodajne źródła szczałw alkalicznych, ciepłe, wody radioaktywne — wszystko to czeka na dziesiątki tysięcy kuracjuszy i wczasowiczów.

SPROSTOWANIE.

W artykule mgra Ryszarda Słupika „Środki biologiczne w medycynie” Cz. I w Nrze 6/46 str. 396 II szpalta, wiersz 11 od dołu winien brzmieć: „powinien zawierać 2,000 jednostek żabich”.

Śląska Gazeta Lekarska

Miesięcznik

Organ Izby Lekarskiej Śląsko - Dąbrowskiej, Wojewódzkiego Wydziału Zdrowia, Związku Zawodowego Lekarzy Okr. Śl.-Dąbr. i Polskiego Czerwonego Krzyża Okr. Śl.-Dąbr.

Redakcja i administracja: Cieszyn, Plac św. Krzyża 1, m. 4. Tel. Nr. 12-15 Konto P. K. O. Nr. III-4264.
Redaktor i wydawca: Dr Albin Garbień, Cieszyn, Plac św. Krzyża 1. Tel. Nr. 12-15.

Konkurs

„Śląska Gazeta Lekarska” ogłasza konkurs na następujące prace

o gruźlicy :

- 1) „**Gruźlica**” — podręcznik naukowy dla użytku personelu pielęgniarского, wyczerpujący w wiadomościach teoretycznych i praktycznych, z uwzględnieniem pracy pielęgniarской i administracyjnej przychodni przeciwgruźliczych. 8—10 ark. druku. — Termin nadsyłania prac: **31 lipiec 1946.**
Nagroda konkursowa: **20.000 zł.** (dwadzieścia tysięcy złotych), płatna po uchwale sądu konkursowego dnia 5. IX 1946.
- 2) „**Gruźlica u dzieci**” — podręcznik dla lekarzy. — Termin nadsyłania prac: **31. sierpień 1946.**
Nagroda konkursowa: **15.000 zł.** (piętnaście tysięcy złotych), płatna po uchwale sądu konkursowego dnia 16. X. 1946.
- 3) „**Gruźlica pozapłucna**” — podręcznik naukowy dla lekarzy. — Termin nadsyłania prac: **31 sierpień 1946.**
Nagroda konkursowa: **15.000 zł.** (piętnaście tysięcy złotych), płatna po uchwale sądu konkursowego dnia 16. X. 1946.
- 4) „**Chirurgiczne leczenie gruźlicy płuc**” — podręcznik naukowy dla lekarzy. — Termin nadsyłania prac: **31. sierpień 1946.**
Nagroda konkursowa: **15.000 zł.** (piętnaście tysięcy złotych), płatna po uchwale sądu konkursowego dnia 16. X. 1946.
- 5) „**Gruźlica płuc**” — podręcznik naukowy dla lekarzy, uwzględniający klinikę gruźlicy płuc, całokształt leczenia, walkę z gruźlicą. — Termin nadsyłania prac: **30 wrzesień 1946.**
Nagroda konkursowa: **30.000 zł.** (trzydzieści tysięcy złotych), płatna po uchwale sądu konkursowego dnia 15. XI. 1946.

Warunki :

- a) prace mogą być napisane tylko przez lekarzy Polaków, na których nie ciąży zarzut współpracy wzgl. wysługiwania się okupantowi niemieckiemu,
- b) prace mają uwzględnić doświadczenia angielskie, ogłoszone w „Śląskiej Gazecie Lekarskiej” Nr. 1/46 z dnia 1 stycznia 1946 „**Gruźlica — zbiór współczesnych poglądów i zasad w praktyce w Wielkiej Brytanii**”.

- c) prace mają być nadesłane pod godłem, do pracy ma być dołączona koperta, na niej wypisane godło, wewnątrz koperty zalakowanej nazwisko, imię i dokładny adres autora.
- d) prace muszą być nadesłane do redakcji „Śląskiej Gazety Lekarskiej” w takim czasie, by najpóźniej w ostatni dzień terminu znalazły się w Cieszynie. Prace nadesłane po terminie nie będą uwzględnione.
- e) „Śląska Gazeta Lekarska” zastrzega sobie prawo wydania prac nagrodzonych, autorzy otrzymują 30% ceny księgarskiej, jako tantiemę autorską, rozliczenia półroczne.

Redaktor i wydawca „Śląskiej Gazety Lekarskiej”

Dr. Albin Garbień

Skład Sądu Konkursowego:

- | | |
|---|---|
| 1) Naczelnik Wydziału Zdrowia Urzędu Wojew. Śl. Dąbr. — Dr Presser. | 6) Dyrektor Sanatorium w Istebnej — Dr Leśniewski. |
| 2) Prezes Izby Lekarskiej Śląsko-Dąbrowskiej — Dr Golonka. | 7) Dyrektor Kliniki Ftyzjologicznej we Wrocławiu — Prof. Dr Skibiński. |
| 3) Prezes Związku Zawod. Lekarzy Woj. Śl. Dąbr. — Dr Hanke. | 8) Kierownik akcji przeciwgruźliczej w Sosnowcu — Dr Molicki. |
| 4) Pełnomocnik Zarz. Gł. P.C.K. na Okr. Śl. Dąbr. — Dr Schebesta. | 9) Dyrektor Zakładów Leczenia Gruźlicy w Zeylandowie — Dr Węgrzynowski. |
| 5) Referent ftyzjolog przy Woj. Wydz. Zdrowia w Katowicach — Dr Dadlez. | 10) Dr Stanisław Radwan, Katowice. |
| | 11) Dr Albin Garbień, Cieszyn. |

Regulamin Sądu Konkursowego:

Członkowie Sądu Konkursowego otrzymują prace do oceny wraz z arkuszem kwalifikacyjnym.

W rubrykach: 1) ścisłość naukowa, 2) układ i przejrzystość, 3) język, 4) grafika (ilustracje, fotografie, wykresy) — wpisuje każdy z członków sądu swoją ocenę w punktach od 1—5 (5 punktów najlepsza ocena) — w rubryce „ogólna ocena” podaje sumę punktów z rubryk poprzednich, wypisaną słownie.

Na posiedzeniach Sądu Konkursowego (w oznaczonych terminach, o godz. 12 w biurze Naczelnika Wojew. Wydziału Zdrowia w Katowicach)

po ustaleniu wyników oceny z arkuszy kwalifikacyjnych zostanie przyznana nagroda tej pracy, która uzyska najwyższą cyfrę punktów. W wypadku równej ilości punktów zadecyduje losowanie.

Do ważności uchwał Sądu Konkursowego konieczna jest obecność 3 (trzech) członków, w tym obowiązkowa obecność wydawcy „Śląskiej Gazety Lekarskiej” i ocena w arkuszach kwalifikacyjnych członków Sądu, wymienionych powyżej pod 5, 6, 7, 8 i 9.

Redakcja „Śląskiej Gazety Lekarskiej”.

Dział urzędowy

Z Wojewódzkiego Wydziału Zdrowia

Stosunek pracowników służby zdrowia do zagadnienia walki z alkoholizmem

Rzeczpospolita Polska
Ministerstwo Zdrowia
Nr. N. III. 1156/46

Warszawa, dn. 23 kwietnia 1946 r.

PISMO OKÓLNE

W związku z szerzącym się na terenie całego kraju, alkoholizmem w dużym stopniu rezultat działalności okupanta, a będącym klęską dla społeczeństwa, w trosce o zdrowie Narodu, pracownicy Służby Zdrowia, poza służbową działalnością w zwalczaniu alkoholizmu, winni również i w życiu prywatnym być przykładem dla społeczeństwa.

Z powyższego wynika moralny obowiązek unikania przez nich, zarówno w lokalach i miejscach publicznych a nawet i w miejscach prywatnych zebrań towarzyskich nadużywania alkoholu.

Każdy pracownik Służby Zdrowia powinien być jednocześnie propagatorem idei zdrowia Narodu i walki z chorobami społecznymi, do których w pierwszym rzędzie należy alkoholizm.

Wobec tego należy wezwać podległy sobie personel, do stosowania wspomnianych wyżej zasad, przy czym nadmieniam, że ich niespełnienie dyskwalifikuje pracownika do służby zdrowia.

MINISTER ZDROWIA
(—) Litwin
(dr. med. Fr. Litwin)

Personel powiatowych i grodzkich kolumn przeciwepidemicznych N. K. Katowice korzysta ze świadczeń przydziałowych

Wojewoda Śląsko-Dąbrowski
Nr. Z. 4/22/5/46.

Katowice, 1 czerwca 1946 r.

Dot. przydziałów żywnościowych i tekstylnych.

Do wszystkich Starostów Powiatowych
i Grodzkich wojew. śląsko-dąbrowskiego

PISMO OKÓLNE

W związku z powtarzającymi się wypadkami pomijania przy rozdziale świadczeń (przydziały żywnościowe, materiałowe, paczki UNRRA) pracowników przydzielonych lekarzom powiatowym i grodzkim przez Nadzwyczajny Komisariat do Walki z Epidemiami wyjaśniam, że personel wchodzący w skład powiatowych i grodzkich Kolumn Przeciwepidemicznych, a opłacany przez Nadzwyczajny Komisariat jest nieodłączną częścią Powiatowego wzgl. Grodzkiego Referatu Zdrowia i przysługują

mu wszystkie uprawnienia obowiązujące w stosunku do pozostałych pracowników Starostw.

W związku z powyższym polecam personel Pow. i Grodzkich Kolumn Przeciwepidemicznych wciągnąć na listę uprawnionych do korzystania ze świadczeń przydziałowych, realizowanych na terenie odpowiednich Urzędów.

Wojewoda:
w z. Arka Bożek
Wicewojewoda.

Kwartalne sprawozdania z rozliczeń subwencji przeciwwenerycznych

Urząd Wojewódzki Śląsko-Dąbrowski
Wydział Zdrowia
Nr. Z. 2/2/46

Katowice, dnia 26 kwietnia 1946.

Dot.: sprawozdań kwart.
rozliczeń z subwencji.

Uprasza się o punktualne przesyłanie tut. Urzędowi tylko kwartalnych sprawozdań z przychodni p-wenerycznych. Sprawozdania miesięczne (zielone arkusze) należy przechowywać w aktach przych. p-wenerycznych.

Równocześnie uprasza się o przesłanie sprawozdań z wszystkich dotychczasowych subwencji na przychodnie p-weneryczne w/g wzoru nadesłanego przez Ministerstwo Zdrowia.

Sprawozdanie.

Z kredytów przyznanych przez Ministerstwo
na miesiąc rok

Zdrowia w wysokości
na walkę z chorobami wenerycznymi.

Rozchodowano.

Miejsco- wość	Na przy- chodnie: a) zakup sprzętu i narzędzi b) inne wydatki inwesty- cyjne (co zakupiono)	Na szpitale p-wene- ryczne: a) zakup sprzętu i narzędzi b) inne wydatki inwesty- cyjne	Na opłatę lekarzy i pielę- gniarek	Na zakup leków p-wene- rycznych (jakie, ile)	Na koszta zwalczania nie- rządu:	Na inne wydatki związane z akcją p-wene- ryczną	Uwagi
------------------	--	---	---	--	---	--	-------

W razie braku sprawozdań z przyznanych subwencji zostaną wstrzymane dalsze dotacje na ten cel.

Za Wojewodę:
Dr. Feliks Presser
Naczelnik Wydziału

Kwartalne sprawozdania Miejskiej Rady Zdrowia

Urząd Wojewódzki Śląsko-Dąbrowski
Wydział Zdrowia
Nr. Z. — 2-1-46

Dot.: Sprawozdań Miejskiej
Służby Zdrowia

Katowice, dnia 8. maja 1946.

jącego po kwartale sprawozdawczym w/g załączonego formularza.

Za Wojewodę:
Dr Feliks Presser
Naczelnik Wydziału.

Starostwa Powiatowe i Grodzkie
Lekarze Powiatowi i Grodzcy —
Województwa Śląsko-Dąbrowskiego.

Zgodnie z zarządzeniem Ministerstwa Zdrowia z dnia 16. IV. 46 r. Nr. Org. I. 1112/46 należy przysłać sprawozdania kwartalne z działalności Miejskiej Służby Zdrowia z miast wydzielonych i powiatowego związku samorządowego w 2-ch egzemplarzach za pośrednictwem Wojewódzkiego Wydziału Zdrowia, do dnia 15-go miesiąca następu-

Kwartalne sprawozdanie M. S. Z.

Miejska służba Zdrowia w
kwartał 1946 r.

- I. Urodzenia
Zgony
Ogólna liczba ludności w ost. dni kwart.
- II. Stan liczbowy pracowników Miejskiej Służby Zdrowia
w tym lekarzy
prac. umysłowych
prac. fizycznych

- III. Liczba Miejskich Ośrodków Zdrowia
Liczba Poradni jakie
w tym utworzone w ciągu ubiegłego kwart.:
Ośrodków Zdrowia
Poradni
IV. Liczba Miejskich Szpitali
Liczba oddziałów jakie
Liczba łóżek
V. Liczba Urzędów Sanitarnych
Lekarzy sanitarnych
Kontrolerów sanitarnych
Dezynfektorów
VI. Liczba szkół dzieci szkolnych
lekarzy szk. lekarzy-dent. szk.
higienistek liczba dzieci zbadanych
przez lekarzy szkolnych liczba dzie-
ci przejranych przez higienistki szk.
VII. Czy istnieje współpraca Miejskiej Służby
Zdrowia i na jakim odcinku z:
Ubezpieczalnią Społeczną
P. C. K.
P. U. R.
Opieką Społeczną
innymi organizacjami
VIII. Uwagi (projekty zmian organizacyjnych itp.).

Miesięczne sprawozdania z subwencji na przychodnie przeciwgruźlicze

Uprasza się o przesłanie sprawozdania z wszystkich subwencji przyznanych na przychodnie prze-
ciwgruźlicze w/g załączonego wzoru.

Sprawozdanie miesięczne
z otrzymanych kwot z Ministerstwa Zdrowia
Wydział Walki z gruźlicą i rozchodowanych
w miesiącu 194 r.

L. Dz.	§	tytuł	Przychód:			Rozchód:			Pozostałość na następny miesiąc	U w a g i
			do mies. sprawo- zdania.	W mies. spraw.	Razem od pocz. okresu budżet.	Do mies. spraw.	W mies. spraw.	Razem od pocz. okresu budżet.		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Za Wojewodę:
Dr Feliks Presser
Naczelnik Wydziału.

Wykazy dzieci nadających się do leczenia w Sanatorium w Istebnej

Urząd Wojewódzki Śląsko-Dąbrowski
Wydział Zdrowia
Nr. Z. — 7b-1-46

Katowice, dnia 25 kwietnia 1946.
Starostwa Powiatowe i Grodzkie
Lekarze Powiatowi i Grodzcy —
Województwa Śląsko-Dąbrowskiego.

Wobec tego, że Zakład Leczniczo-Wychowaw-
czy w Istebnej ma być obecnie uruchomiony dla
większej ilości chorych (300), Wydział Zdrowia
prosi o interwencję w przychodniach przeciwgru-

źliczych, by przygotowały w jak najkrótszym cza-
sie zespół dzieci, nadających się do leczenia sana-
toryjnego i przesyłały wykaz do Wydziału Zdrowia
w/g załączonego wzoru:

L. p.	Nazwisko i Imię	wiek	adres	diagnoza	wynik badania roentg.	O. B.	kto ponosi koszta leczenia
-------	-----------------	------	-------	----------	-----------------------------	-------	----------------------------------

Za Wojewodę:
Dr Feliks Presser
Naczelnik Wydziału.

W sprawie tępienia szczurów

Wojewoda Śląsko-Dąbrowski
L. dz. Z. 35/2

Katowice, dnia 11 maja 1946 r.

Zarządzenie Nr. 365

W związku z zarządzeniem Nr. 291/45 z dnia 10
listopada 1945 r. — L. dz. Z. — 35/2 — w sprawie
tępienia szczurów — przedłużam ze względu na
trudności techniczne, termin zakończenia akcji na
terenie Województwa Śląsko-Dąbrowskiego do dnia
30 czerwca 1946 r.

Równocześnie zwracam ponownie uwagę na ko-
nieczność wykorzystania wszelkich do dyspozycji
stojących środków transportowych, celem wywie-
żenia zawartości śmietników i dołów kloacznych,
które po oczyszczeniu należy wydezynfekować
wapnem chlorowanym.

Ob. Ob. Starostowie i Prezydenci Miast Wy-
dzielonych wydadzą potrzebne zarządzenia.

Otrzymują do wiadomości i wykonania:
Starostwa Powiatowe i Grodzkie
Lekarze Powiatowi i Grodzcy
Województwa Śląsko-Dąbrowskiego.

Wojewoda w. z.
(—) **Arka Bożek**
Wicewojewoda.

Przetargi i dostawy dla szpitali, a Prem. Pożyczka Odbudowy Kraju

Ministerstwo Zdrowia
Nr. O. III. — 525/46.

Warszawa, dnia 1 kwietnia 1946 r.

Okólnik Nr. 21/46.

Celem uzyskania możliwie najlepszych wyników subskrypcji Premiowej Pożyczki Odbudowy Kraju, mającej dopomóc wysiłkom Rządu do przywrócenia normalnych warunków życia gospodarczego i wykonania programu odbudowy kraju, polecam przeprowadzenie akcji propagandowej na rzecz subskrybowania Pożyczki oraz wykorzystanie wszelkich okoliczności umożliwiających uzyskanie przedpłaty na Premiową Pożyczkę Odbudowy kraju.

Wszelkie przetargi i dostawy winny być uwarunkowane dokonaniem wpłaty na Premiową Po-

życzkę Odbudowy Kraju. W tekstach odpowiednich ogłoszeń winno znajdować się pouczenie o obowiązku przedkładania zaświadczeń o dokonaniu przez oferenta wpłaty na Premiową Pożyczkę Odbudowy Kraju oraz o prawie pierwszeństwa i o korzyściach wynikających z subskrypcji.

O wynikach uzyskanych w zakresie przeprowadzenia akcji Premiowej Pożyczki Odbudowy Kraju polecam zawiadamiać Ministerstwo Zdrowia.

Minister
(—) Dr med. Franciszek Litwin.

Z Izby Lekarskiej:

Sprawozdanie ze zjazdu delegatów Izb Lekarskich w Warszawie 12. V.

Zebraniu przewodniczył rektor prof. Dr Michałowicz. Wśród zebranych był również minister zdrowia Dr Litwin. Odczytano sprawozdanie z działalności Naczelnej Izby Lekarskiej, z którego wynikało, co następuje:

- Zarząd Naczelnej Izby Lekarskiej składa się z prezesa prof. Dr Michałowicza, wiceprezesa prof. Dr Szenajcha oraz członków: Dr Dr Bacia, Czarnocki, Choćko, Huszcza, minister zdrowia Dr Litwin, Misiewiczowa, Popowski, Rutkiewicz.
- Naczelna Izba Lekarska przedstawiła ministrowi Opieki Społecznej względnie ministrowi Zdrowia projekty nowelizacji rozporządzenia o ordynacji wyborczej do Izb Lekarskich, — projekt tymczasowych przepisów o specjalizacji oraz projekt dekretu o organizacji lecznictwa i zapobieganiu chorobom.
- Wydaje organ Izby Naczelnej pod tyt. „W Służbie Zdrowia”, który otrzymują wszyscy lekarze bezpłatnie.
- Wynajęła dom wypoczynkowy dla lekarzy w Karpaczu u podnóża Gór Olbrzymich, w pobliżu Jeleniej Góry oraz robi starania o dalsze domy nad Bałtykiem.
- Zwróciła się do Ministerstwa o zalegalizowanie wszystkich Zarządów Izb, u których potrzeba taka zachodziła.
- Postawiła wniosek o wydzielenie oddzielnego korpusu sanitarnego w wojsku polskim, z tym, że lekarze nie przechodziliby długotrwałego szkolenia żołnierskiego.
- Zaproponowała Ministerstwu Zdrowia, by w ciągu najbliższych lat każdy lekarz, niezależnie od tego, w jakim kraju uzyskał dyplom lekarski, mógł mieć prawo praktyki lekarskiej w Polsce, nawet wówczas, gdy jego przynależność państwowa nie jest wyraźnie ustalona.

W ożywionej dyskusji nad działalnością Izby Naczelnej krytykowano projekty przygotowanych dekretów, szczególnie sprawę poruszoną pod g). Domagano się, by dekret uregulował definitywnie sprawę dwuletniego stażu na wsi, by załatwił problem dyplomów doktorskich nadanych przez okupanta i specjalizację w tym okresie w szpitalach niemieckich, by wprowadził tymczasowe Sądy Dyscyplinarne z nominacji oraz specjalne sądy dla oceniania przewinień narodowościowych w czasie

okupacji. Min. Litwin przyrzekł, że odczeka pisemnej opinii Okręgowych Izb Lekarskich.

Przystąpiono do omawiania różnych wniosków Izb Lekarskich:

- Na wniosek Izby Łódzkiej uzgodniono postępowanie przy rejestracji lekarzy (równy typ kart rejestracyjnych i legitymacji; przysyłania aktów personalnych z Izby do Izby w razie przeprowadzki).
- Izba Warszawska referowała projekt dekretu Ministra Zdrowia w sprawie organizacji władz izbowych, który wywołał różne zastrzeżenia.
- Dr Golonka przedstawił w referacie zagadnienie planowego rozsiedlenia lekarzy, które ma szczególne znaczenie na terenach do Polski nowo przyłączonych. Ilustrował swe wywody mapą rozsiedlenia lekarzy na Śląsku. W długiej dyskusji wypowiedzieli się wszyscy zebrani za tezą referenta, a delegaci Izby Śląskiej, Poznańskiej, Gdańsko-Pomorskiej i Wrocławskiej w sposób zdecydowany. Inni pragnęli, by dekret nie obejmował wyłącznie lekarzy, a został rozciągnięty również na inne zawody i by zapewnił przesiedlonym lekarzom należyte utrzymanie, bo lekarz nie będzie pracował pod przymusem i głodno. Podkreślano, że dekret o przesiedlaniu winien również regulować przymus do pracy w instytucjach lecznictwa społecznego, przynajmniej w skromnych rozmiarach, w innym bowiem razie przesiedlenie minie się z swym celem.
- Na wniosek Warszawskiej Izby Lekarskiej postanowiono, by Naczelna Izba Lekarska wznowiła działalność Biura Pośrednictwa Pracy, by w swym organie publikowała regularnie wolne posady i by rozpatrywała i zatwierdzała umowy lekarskie, obejmujące lekarzy całego państwa.
- Koszta wydawnicze organu Izby „W Służbie Zdrowia” wynoszą miesięcznie 90.00 zł. Komisja redakcyjna ulegnie rozszerzeniu. Przystąpi do wydawania historii stanu lekarskiego w czasie okupacji.
- Izba Łódzka podniosła sprawę lekarzy-volks-deutschów i przedłożyła projekt Komisji Weryfikacyjnej, który Naczelna Izba przy-

rzekła zatwierdzić w najbliższym numerze organu urzędowego.

7. Postanowiono uznać granice województw za identyczne z granicami Izb w nich działających. Nazwy Izb zostaną zmienione według ich siedziby, np. Izba Lekarska w Poznaniu.
8. Omawiano finanse Izby Naczelnej i uchwalono, by od 1. lipca wszystkie Izby pobierały jednakową składkę 100 zł. miesięcznie i odprowadzały 20 proc. wpływów do centrali.
9. Liczba członków rejestrowanych w poszczególnych izbach przedstawia się mniej więcej jak następuje:

Warszawa	1.000 lekarzy
Poznań	700 "
Pomorze — Gdańsk	682 "
Śląsk	800 "
Dolny Śląsk	350 "
Kraków	1.200 "
Łódź	800 "
Lublin	330 "
	5.862 "

Izba Lekarska w sprawie lekarzy szpitalnych

Izba Lekarska
Wojew. Śląsko-Dąbrowskiego
Katowice, ul. Wita Stwosza 16
L. dz. II B — 810/46.

Do

Katowice, dnia 11 maja 1946.

Związku Zawodowego Lekarzy
Sekcja Lekarzy Szpitalnych
na ręce

Dra Wilimowskiego Maksymiliana
Katowice

ul. Bogucicka, Szpital Miejski

Zarząd Izby Lekarskiej Wojew. Śl.-Dąbr. po rozpatrzeniu wniosków Sekcji Lekarzy Szpitalnych, odesłał je z opinią przychylną do Naczelnej Izby Lekarskiej.

Nadto uchwalił Zarząd Izby Lekarskiej po myśli wniosku Kolegów, by przy zastępowaniu nieobecnego lekarza odrynatorem lub szefa szpitala przez lekarza asystenta, w razie wykonania przez zastępcę samodzielnej ordynacji lub zabiegu, pólowa płaconego honorarium stanowiła dochód zastępcy.

Dr Kazimierz Golonka **Dr Edward Hanke**
Prezes Izby Lekarskiej Wiceprezes Izby Lek.
Województwa Śl.-Dąbr. Województwa Śl.-Dąbr.

Składki do Izby

Uchwałą Naczelnej Izby Lekarskiej z dn. 12. 5. 1941. zostaną we wszystkich Izbach składki członkowskie od 1. 7. 1946 zrównane i wynosić będą zł. 100,— od członka miesięcznie. 20% tej kwoty zostanie przekazane do Naczelnej Izby Lekarskiej.

Oprócz składki członkowskiej, każdy lekarz jest zobowiązany wpłacać na Fundusz Społeczno-lekarski zł. 50,— miesięcznie i rocznie zł. 300,— na Fundusz Pośmiertny.

Otwarcie czyteln i biblioteki Izby

Z dniem 15 czerwca 1946 r. została otwarta **czytelnia i biblioteka** w lokalu Izby Lekarskiej Wojew. Śl.-Dąbr. w Katowicach, przy ul. Wita Stwosza Nr 16, II. p.

Z czyteln i biblioteka można korzystać w po-niedziałki, środy i piątki od godz. 18-tej do 20-tej.

Obostrzenie wskazań do przerwania ciąży

Zarząd Śląskiej Izby Lekarskiej wystosował przez Naczelną Izbę Lekarską do Ministerstwa Zdrowia prośbę o wydanie do art. 12. Rozp. Prez. Rzeczyposp. o wykonywaniu praktyki lekarskiej rozporządzenia wykonawczego, któreby utrudniło nadużycia, jakie dzieją się niestety w dziedzinie przerwania ciąży.

Tekst tego pisma podajemy poniżej:

„Na terenie Województwa Śląskiego, a zapew-ne i w innych dzielnicach przewyższa od półtora roku liczba zgonów liczbę urodzin. Groźny ten dla narodu polskiego stan rzeczy wymaga natych-miastowej interwencji. Jednym z koniecznych kro-ków jest obostrzenie indykacji do przerywania ciąży.

W tej myśli prosimy Ministerstwo o niezwłoc-zne wydanie następujących przepisów wyko-nawczych do Rozporządzenia Prezyd. Rzeczyposp. z dn. 25. września 1932 o wykonywaniu praktyki lekarskiej (Dz. U. R. P. nr 81, poz. 712 art. 12 punkt 3, który brzmi:

„W przypadkach, gdy zabieg spędzenia płodu ciężarnej, lekarz może dokonać takiego zabiegu po uprzednim złożeniu mu oświadczenia dwóch leka-rzy, stwierdzających powyższą okoliczność.”

Proponowane rozporządzenie wykonawcze:

„Okręgowe Izby Lekarskie wydadzą spis leka-rzy upoważnionych do wydawania zaświadczeń, stwierdzających konieczność przerwania ciąży. Za-bieg ten może być wykonany tylko w szpitalu, a protokół winien być przesłany w 3 dniach leka-rzowi powiatowemu.

Księga pamiątkowa Izby

Aby upamiętnić męczeństwo stanu lekarskiego w czasie okupacji, Zarząd Izby wzywa rodziny ofiar gwałtu hitlerowskiego o nadsyłanie fotogra-fii zmarłych lekarzy z danymi biograficznymi i szczegółami śmierci. Materiał będzie publikowany w organie Izby, a później w oddzielnej książce. Prosimy nadto o przysyłanie opisów przeżyć oso-bistych z czasów okupacyjnych.

Obowiązek przedkładania umów Izbie Lekarskiej

Izba Lekarska Śląsko-Dąbrowska przypomina wszystkim lekarzom obowiązek przedkładania wszystkich umów przed ich zawarciem do zatwier-dzenia z podaniem ew. zauważonych niedociąg-nięć. Projekt umowy należy przesłać w dwóch wykonaniach, z których jeden zostaje w aktach Izby.

Obowiązek zarejestrowania się do 7 dni w Urzędzie Skarbowym

Przypominamy, że po myśli Ordyn. Podatko-wej (Dz. U. R. P. nr 14 poz. 134 z r. 1936), każdy nowo osiedlający się lekarz jest obowiązany za-rejestrować się w przynależnym Urzędzie Skar-wym w 7 dniach od rozpoczęcia praktyki lekar-skiej.

Spirytus dla lekarzy

Monopol spirytusowy zgodził się wydawać le-karzom miesięcznie po 2 litry spirytusu i 2 litry denaturatu (cena za litr zł. 700,— wzgl. zł. 100,—) na karty poboru spirytusu, za okazaniem legity-

macji Izby. Spirytus wydają lokalne placówki Monopoli.

Legitymacje i karty spirytusowe można otrzymać w Izbie Lekarskiej w Katowicach (ul. Wita Stwosza 16) w dni powszednie w godzinach od 8 do 11-tej.

Dom wypoczynkowy w Karpaczu

Dom wypoczynkowy Naczelnej Izby Lekarskiej w Karpaczu (koło Jeleniej Góry) na Śląsku Dolnym. Utrzymanie zł. 250,— dziennie.

Walne zebranie Naczelnej Izby Aptekarskiej

Ostatnio odbyło się doroczne Walne Zebranie Naczelnej Izby Aptekarskiej, w którym wziął udział minister Zdrowia dr Fr. Litwin wraz z przedstawicielami Ministerstwa Zdrowia. Po omówieniu i przyjęciu do wiadomości rocznych sprawozdań Zarządu, głównym tematem obrad były sprawy: 1) zapewnienia społeczeństwu dostatecznej ilości oraz sprawa rozprawienia ich do wszystkich za-

kątków kraju przez tworzenie aptek wiejskich i filialnych w najmniejszych nawet skupiskach ludzkich; 2) uchwalono wezwać apteki do ścisłego przestrzegania obowiązującej taksy zatwierdzonej przez Ministerstwo Zdrowia i Główny Inspektorat Ochrony Skarbowej, z zagrożeniem bezwzględnego stosowania represji organizacyjnych w wypadku jakichkolwiek wykroczeń w tej dziedzinie. Następnie radzono nad sposobem zapobieżenia stałej

Ograniczenia w zapisywaniu recept

Stosownie do polecenia Inspektora Farmaceutycznego Ministerstwa Zdrowia z dnia 1. ub. m. Nr F. V. 545/46, prosimy uprzejmie o

- 1) Przepisywanie recept, uwzględniając preparat (synonim), a nie nazwę patentowaną, np. 1) Vitam. C. amp. a nie „Redoxon” lub „Cebion”; 2) inj. z zawartością fosforu, a nie „Tonophosphan”.
- 2) Ograniczyć proszki z Codeiną, Coffeiną i papaveriną do maksymalnej liczby 6 (sześć) szt.

Ze Związku Zawodowego Lekarzy Województwa

Sprawozdanie z zebrania Zarządu Związku 18. V. 1946

Obecni:

- Dr Hanke, Chorzów — przewodniczący
 „ Urbanowicz, Chorzów, I wiceprzewodniczący
 „ Cienciała, Siemianowice — II przewodniczący
 „ Zawadzki Katowice — I sekretarz
 „ Pojda, Katowice — I skarbnik
 „ Galocz, Chorzów — członek Zarządu
 „ Golonka, Katowice — członek Zarządu
 „ Stawiński, Chorzów — członek Zarządu
 „ Wojcieszyn, Świętochłowice — członek Zarz.
 „ Czechanowski, Katowice — przewodniczący Obwodu Katowice
 „ Stefański, Rybnik — przewodniczący Obwodu Rybnik — Pszczyna
 „ Lisiecki, Czerwionka — gość
 „ Starzyński, Sosnowiec — przewodniczący Obwodu Zagł. Dąbr.
 „ Znaniecki — delegat Zagł. Dąbr.
 „ Marschall, Gliwice — gość
 „ Zahorski, Zabrze — przewodn. Obw. Zabrze
 „ Wilimowski, Katowice — przewodn. Sekcji Lek. Szpit.
 „ Wierzba, Chorzów — przew. Sekcji Lek. Asyst.
 „ Wójcikiewicz — przew. Sekcji Lek. Dentystów.
 I. W następstwie odbytego dnia 28. IV. br. Walnego Zebrania Związku wysłano obszerny protokół do „Śl. Gaz. Lek.”, a uchwalone rezolucje do „pracy. Gazeta Robotnicza i inne pisma opublikowały je w całej rozciągłości.
 II. W myśl § 19 Statutu, zatwierdzonego przez Związek, jak następuje:
 Dr Hanke — przewodniczący
 „ Urbanowicz — I wiceprzewodniczący
 „ Cienciała — II wiceprzewodniczący
 „ Zawadzki — I sekretarz
 „ Polski — II sekretarz
 „ Pojda — I skarbnik
 „ Smoleński — II skarbnik.
 III. Sformułowano i uchwalono na Walnym Zebraniu Związku zmiany statutu w sposób następujący:
 § 11. Członkowie opłacają wpisowe oraz składki uchwalone przez Zarząd na mocy uchwały Walnego Zebrania.

§ 16. (Po pierwszym zdaniu): Dwa lub więcej obwodów mogą utworzyć półokręg. Wszystkie obwody danego województwa tworzą okręg.

§ 18. Zarząd Okręgowy składa się z 12 członków, oraz przewodniczących Obwodów i Sekcji, którzy wchodzić automatycznie w skład Zarządu Okręgow.

IV. Przewodniczący referował przebieg pertraktacji Związku z Centr. Zarządem Przemysłu Węglowego w sprawie umowy ramowej w dniu 7. V. 1946 i przedstawił uzgodniony tam tekst. Lekarze kopalniani otrzymać mają pobory według kategorii 6 — 3 (4.000 — 5.300 zł.), a ponadto premię (ca 100%), oraz dodatki socjalne w naturaliach, stawki specjalne za badania nowo przyjętych pracowników, prowadzenie poradni, kursów dokształcających, obozów itd. Stawki ulegną wyższe przy zmianach ekonomicznych.

Zebrani upoważnili dra Hankego i dra Zawadzkiego do podpisania umowy.

V. Zakład Ubezpieczeń Społecznych w Łodzi podniósł pismem z dnia 24. 4. br. stawki za orzeczenia inwalidzkie i pierwszo-wypadkowe od 1. 1. br. wstecz na 100 zł., a stawki za ponowne orzeczenia wypadkowe na 50 zł.

Pismem z dnia 8. 5. br. zakomunikowaliśmy w odpowiedzi, że domagamy się automatycznej wyższki tych stawek w miarę wzrostu drożyzny, a nadto zaliczki z góry w wysokości 5.000,— zł. dla każdego lekarza rzeczoznawcy.

VI. Po pierwszej bezowocnej konferencji ze Spółką Bracką w dniu 10. 4. br. w sprawie stawek za orzeczenia brackie, uzgodnił dr Hanke dnia 8. 5. br. sprawę definitywnie. Spółka Bracka przysłała nam do podpisu gotową umowę z datą 15. 5., w której godzi się płacić po 150,— zł. za orzeczenie oraz w razie dodatkowych badań rentgen. itd. stawki oddzielne. Stawki obowiązują wstecz od 1. stycznia i mogą być na nowo uregulowane z miesięcznym wypowiedze-

niem. Lekarze-rzeczoznawcy otrzymują zaliczkowe przedpłaty.

Zebrani upoważnili dra Hankego i dra Zawadzkiego do podpisania umowy i uznali przyjazne ustosunkowanie się Spółki Brackiej.

VII. Ministerstwo Komunikacji wyznaczyło pismem z dnia 12. 2. 46 r. jako stawkę za orzeczenie emerytalne dla kolejarzy 100,— zł. Wyśle się pismo domagające się stawki wyższej, oraz automatycznej zwyczajki.

VIII. W uzupełnieniu umowy z Milicją Obywatelską otrzymaliśmy obszerny cennik płatnych zabiegów, które wolno likwidować w miesięcznych rachunkach, wystawianych Ubezpieczalniom Społecznym. Cennik rozesłało Biuro Rozliczeń zainteresowanym lekarzom.

IX. Swego czasu zatwierdziła Izba Lekarska umowę między Związkiem Samopomocy Chłopskiej a niektórymi lekarzami, zawartą na okres próby 6-miesięcznej z 2-tygodniowym terminem wypowiedzenia. Ponieważ warunki uległy w międzyczasie całkowitej zmianie, lekarze nie przyjmują chorych, a Samopomoc nie płaci i korzysta z usług lekarzy tylko w sporadycznych wypadkach; stan ten wymaga nowego uregulowania. Upoważnia się kol. Lisieckiego, by w porozumieniu z innymi zainteresowanymi lekarzami problem omówił i przedłożył Zarządowi konkretne propozycje.

X. Ubezpieczalnia Społeczna w Chorzowie nawiązała 8. 2. br. pertraktację ze Związkiem o obniżenie 20%-owego honorarium ze składek na 16%. W toku rozmów uwarunkowali lekarze odpowiedź od ujawnienia im warunków prolongowania umowy. W piśmie z dn. 25. 4. br. sprecyzowała je Ubezpieczalnia. Przewodniczący odczytał projekt odpowiedzi na poszczególne warunki (6 godzin ordynacyjnych, specjalne honorowanie przez Biuro Rozliczeń wizyt domowych; potrącanie z kwoty globalnej wyłącznie kosztów Biura Rozliczeń; oddawanie 50% należności lekarzom ambulatoryjnym do dyspozycji Ubezpieczalni; kontrola rachunkowości Biura Rozliczeń; rozdzielanie kwot przekazanych przez Ubezpieczalnię Społeczną Chorzów wyłączenie między lekarzy tejże Ubezpieczalni).

XI. Przewodniczący zakomunikował zmianę zasad obliczeniowych, wprowadzonych przez Biuro Rozliczeń, a obowiązujących wstecz od 1. 1. 46 r.

Zniesienie zasad ograniczających ilość płatnych punktów zabiegowych, a mianowicie:

- a) zasady ustalającej, że ilość punktów zabiegowych nie może przekraczać 3-krotnej ilości punktów kartkowych;
- b) zasady ustalającej maksymalną ilość płatnych punktów zabiegowych na 3.000.

Uwzględniane będą wobec tego wszystkie punkty zabiegowe, z tym jednak, że kwota przypadająca na ich opłatę nie może przekraczać 10% ogólnej kwoty płatnej za punkty kartkowe.

Wobec tego będzie wartość złotowa punktu zabiegowego odmienną od wartości punktu kartkowego. Nadto będą wartościowane punkty zabiegowe według ich ilości, przy pomocy tabeli obniżeniowej. Do 2.000 pun-

któw zabiegowych będą płatne 100%-wo, potem następuje redukcja po 10% w każdej dalszej 1.000, do minimum 20% opłaty.

Biuro Rozliczeń przyznało lekarzom ambulatoryjnym 33 $\frac{1}{3}$ % dodatek wyrównawczy wstecz od 1. 1. 46 r. Preliminuje się wpływ do Biura Rozliczeń Ubezpieczalni w maju na 5,4 milionów. Do podziału przypadnie 1. 6. br. ca 4,5 milionów.

XII. Zarząd postanowił zwrócić się do Obwodu Zagłębia Dąbrowskiego i Cieszyńskiego, by koledzy ci przystąpili do pertraktacji z Ubezpieczalniami o rozciągnięcie systemu śląskiego również na ich teren.

XIII. Sekcja Lekarzy Szpitalnych przedstawiła nowy projekt ruszenia z miejsca sprawy poborów lekarzy szpitali ubezpieczalnianych przez pobieranie symbolicznych dopłat zwrotnych do czasu uzgodnienia umowy. Po ożywionej dyskusji, w której brali udział koledzy Urbanowicz, Golonka, Wojcieszyn, Stefański, Znaniecki, Wilimowski, przyjęto wniosek kol. Golonki, by Sekcja Lekarzy Szpitalnych przedstawiła stan rzeczy w piśmie, które będzie treścią rozmów, prowadzonych z Okręgową Komisją Zawodową.

XIV. Wnioski Sekcji Lekarzy-Asystentów zostały wysłane z poparciem do Naczelnej Izby Lekarskiej, a wniosek o przyznanie połowy zarobku w wypadku zastępstwa nieobecnego szefa przez lekarza-asystenta — został przyjęty.

XV. Omówiono projekt dekretu „o organizacji lecznictwa i zapobiegania chorobom”, oraz „o Publ. Służbie Zdrowia”. Przewodniczący wskazał na pewne niebezpieczeństwa projektu, polegające na tym, że Ośrodki Zdrowia mogłyby po myśli art. 35 pkt. 2 dekretu o Publicznej Służbie Zdrowia scentralizować nie tylko leczenie osób dotąd ze zbiorowego leczenia wyjętych, lecz również ubezpieczonych w Ubezpieczalniach, w kolejniectwie, przez to gabinetowe leczenie stałoby definitywnie wyeliminowane. Ponieważ w dyskusji zdania były podzielone, wybrano komisję dla przestudiowania problemu, do której weszli koledzy: Cienciała, Golonka, Hanke, Jurek, Starzyński, Urbanowicz.

XVI. Wypowiadano się przeciwko brzmieniu § 7 projektu. Rozporządzenia Ministerstwa Zdrowia w sprawie specjalizacji, po myśli którego Naczelna Izba Lekarska mogła by przyznawać tytuły specjalistyczne lekarzom, nie odpowiadającym wymogom naukowym. Podkreślano, że relatywny nadmiar specjalistów powstały przez wyeliminowanie zniszczonej Warszawy i odpadnięcie Lwowa i Wilna, pogarsza zaopatrzenie wsi w lekarzy, w której specjaliści nie mogą osiąść.

XVIII. Uskarżano się na całkiem nieuzasadnione podniesienie względem lekarzy norm subskrypcji Pożyczki Odbudowy Kraju, dokonywanych przez lokalne Komitety Obywatelskie, w sposób niezgodny z wytycznymi Naczelnego Komitetu Obywatelskiego w Warszawie z dnia 28. 3. 46 r. („Dla wolnych zawodów 10% dochodu z roku 1945”). Radzi się lekarzom pokrzywdzonym, by złożyli na ręce Komitetu, który dokonał wymiaru, odwołanie, ewent. poparte przez Związek.

2. Lekarz ubezpieczalnianiy nie może wyjechać na urlop bez uprzedniego uregulowania swego zastępstwa, za które ponosi odpowiedzialność.
3. Lekarza specjalistę może zastąpić tylko lekarz-specjalista tego samego działu.
4. W miejscowościach, w których praktykuje tylko 1 lekarz ogólnopracujący, zastępstwo winien objąć albo specjalnie umówiony i opłacony przez lekarza wyjeżdżającego zastępcą, albo sąsiad, o ile odległość nie przekracza 3 km. Przy większych odległościach winien sąsiad dojeżdżać do gabinetu lekarza zastępowanego.
5. Związek porozumie się z Ubezpieczalniami, aby stawily dla takiego zastępstwa do dyspozycji lekarzy-asystentów (patrz pkt. 18).
6. W miejscowościach, w których ordynuje 2 lekarzy ubezpieczalnianych, winni oni uregulować wzajemne zastępstwo we własnym zakresie.
7. W miejscowościach, w których ordynuje więcej ogólnopracujących lekarzy, winni oni na wspólnym zebraniu ułożyć plan kolejnego zastępstwa, tak, aby każda dzielnica była należycie zaopatrzona.
8. Dla uregulowania czasokresów urlopów zwołują przewodniczący Kół Ubezpieczalnianych w najbliższych dniach zebrania. Rozstrzygają oni spory w pierwszej instancji. Następną instancją są Lekarze Naczelni.

9. Koła Ubezpieczalniane prześlą rozdzielnik urlopów do wiadomości Biura Rozliczeń i Lekarza Naczelnego.
10. Niezależnie od tego powiadamiają dani lekarze od siebie zarówno Biuro Rozliczeń jak i Lekarza Naczelnego przed wyjazdem.

Karty zastępcze.

11. Na czas urlopowy wprowadza Biuro Rozliczeń karty zastępcze urlopowe, honorowane na równi z innymi kartami porad. Będą nimi formularze ubezpieczalniane, przewidziane dla przekazywania chorych do innych lekarzy, z tym, że na górnym brzegu formularza wypisać należy literę „ZU” (zastępstwo urlopowe). Kartę zastępczą należy zaopatrzyć w nazwisko i imię chorego oraz ubezpieczonego, miejsce pracy i nazwę Ubezpieczalni, datę i pieczętkę lekarza.

Karty zastępcze wypisuje albo personel urlopowanego lekarza, albo on sam po powrocie (patrz pkt. 13). Są one ważne tylko na czas urlopu. Chorzy winni zatem wracać do lekarza, któremu oddali kartę porady.

12. Jeżeli lekarz wyjeżdża na urlop **dokładnie z początkiem kwartału**, wystawianie kart zastępczych nowe karty porady, z którymi udostępnych staje się zbędne, bo pacjenci jego wać się mogą do innego lekarza.
13. Gdy wyjazd następuje **w ciągu kwartału**, a w danej miejscowości ordynuje tylko 2 lekarzy, wręcza lekarz wyjeżdżający lekarzowi pozostającemu alfabetyczny spis swych kart porad. Zastępca odnotowuje w spisie wypadki zastąpione z podaniem daty konsultacji. Po powrocie zastąpiony wypisuje dla zastępcy karty zastępcze.
14. O ile w danej miejscowości ordynuje więcej lekarzy, należy w tych wypadkach utrzymać zasadę wolnego wyboru. Personel lekarza, który wyjechał, wystawia wtedy każdemu pacjentowi, który oddał już kartę porady — kartę zastępczą, z którą może się udać do wybranego przez siebie pozostałego lekarza.

Wywieszka informacyjna.

15. Lekarz wyjeżdżający na urlop wywiesza w miejscu widocznym dla chorych zawiadomienie o czasokresie urlopowym oraz o tym, kto go zastępuje. Gdy zastępstwo rozdziela się na resztę lekarzy, informacji tej udziela personel przy wręczaniu karty zastępczej.

Umowa Z. Z. L. ze Spółką Bracką

Umowa, zawarta między Spółką Bracką w Tarnowskich Górach a Zawodowym Związkiem Lekarzy Województwa Śląsko-Dąbrowskiego w Katowicach, reprezentowanym przez Dra Edwarda Hannekego i Dra Witolda Zawadzkiego.

§ 1.

Określenia zawarte w umowie niniejszej oznaczają: 1) „Umowa” — umowę niniejszą w brzmieniu obowiązującym, 2) „Związek” — Zawodowy Związek Lekarzy Województwa Śląsko-Dąbrowskiego w Katowicach, 3) „Spółka” — Spółkę Bracką w Tarnowskich Górach.

§ 2.

Spółka powierza lekarzom Związku dokonywanie na zlecenie Dyrekcji Spółki badań lekarskich na okoliczność, czy zdolność do pracy zawodowej

Odprawa urlopową.

16. Aby umożliwić lekarzom korzystanie z urlopu, postanowił Zarząd Biura Rozliczeń przyznać tym lekarzom, którzy wypełnią dokładnie podane poniżej warunki, a w szczególności uregulują sumiennie zastępstwo i wszystkie z nim związane formalności, wypłacić po ukończeniu ich urlopu wynagrodzenie w wysokości $\frac{1}{3}$ dochodu ostatniego kwartału przed urlopem, niezależnie od tego, czy urlop trwał krócej lub dłużej niż miesiąc. Wynagrodzenie to ma charakter dobrowolny.
17. Lekarze, którzy mieli prawo do urlopu, lecz z niego nie korzystali, otrzymać mogą odprawę urlopową w grudniu na wniosek.

Zastępcy z poza grona lekarzy ubezpieczalnianych.

18. O ile dany lekarz nie zdobędzie lekarza-zastępcy we własnym zakresie, może zgłosić się o pośrednictwo do Lekarza Naczelnego. Lekarz zastąpiony umawia się ze swym zastępcą indywidualnie o warunki finansowe. Biuro Rozliczeń nie ponosi tych kosztów. O ile zastąpiony wyrazi na to zgodę piśmienną, Biuro rozliczeń zapłaci zastępcy uzyskane przez niego karty porady i zabiegi bezpośrednie na ogólnych warunkach i w terminach właściwych. Zastępca winien w tych wypadkach wysłać karty porady do Biura Rozliczeń w oddzielnej paczce, dołączając do niej rewers zastąpionego.

IV.

Szkice terenowe.

Protokolarne przesłuchanie pacjentów ujawniło ponownie przykre nadużycia, które będą suwo tępione. W związku z tym zarządza się, co następuje:

Każdy lekarz, który pragnie wysłać w przyszłości zestawienie punktów wyjazdowych, sporządzi kilku kreskami schematyczny szkic miejscowości, „do których mogłoby być wezwany przez ubezpieczonego, z podaniem dokładnej odległości od swego mieszkania w km. Chodzi tylko o miejscowości odległe o więcej niż 2 km (nie liczyć drogi powrotnej!), o ile nie wchodzą one w zakres działalności innego, bliżej zamieszkłego lekarza ubezpieczalnianego. Lekarze, pracujący w mieście, podadzą dzielnice, odległe od ich mieszkań ponad 2 km. Szkice te zostaną sprawdzone i posłużą w przyszłości za podkład orientacyjny przy kontroli rachunków wyjazdowych. Szkice należy dołączyć do rachunku za II kwartał 1946 r. Rachunki wyjazdowe lekarzy, którzy nie dostarczą takiego szkicu, nie zostaną na razie załatwione.

Kierownik Biura Rozliczeń.

w sprawie orzeczeń inwalidzkich

istnieje lub nie istnieje u osób, zgłaszających roszczenia o pensję inwalidzką.

§ 3.

Lekarze Związku zobowiązują się w przeciągu najdłużej 2 tygodni od dnia otrzymania od Spółki zlecenia, przeprowadzić badanie lekarskie danej osoby i wydać orzeczenia według przesłanego przez Spółkę formularza.

§ 4.

Odszkodowanie lekarzy, związane z przeprowadzaniem badań i wydaniem orzeczeń, ustala się na 150 zł. od pierwotnego orzeczenia na niezdolność do pracy zawodowej, a na 100 zł. od kontrolnego orzeczenia stwierdzającego, czy niezdolność do pracy zawodowej nadal istnieje.

Odszkodowanie Spółka przekazywać będzie na

ręce danego lekarza zbiorowo z początkiem miesiąca następnego za wszystkie orzeczenia wydane w poprzednim miesiącu. Na poczet wynagrodzenia za badanie w bieżącym miesiącu Spółka będzie przekazywać zaliczkę w wysokości kwoty przysługującej za miesiąc poprzedni.

Koszty za poniesione opłaty pocztowe przekazywać będzie Spółka również raz na miesiąc po otrzymaniu od danego lekarza zestawienia wysokości poniesionych w danym miesiącu kosztów.

§ 5.

Ustalone w § 4. stawki mogą podlegać rewizji w razie istotnej zmiany warunków gospodarczych.

Rewizja stawek może nastąpić tylko po uprzednim jednomiesięcznym wypowiedzeniu.

§ 5.

Stosownie do ust. 1. § 63 statutu Spółki Brackiej, Spółka porucza orzecznictwo w zasadzie dyrektorom szpitali ubezpieczalni społecznych. W okręgach, w których nie są czynne szpitale ubezpieczalni społecznych Spółka porucze orzecznictwo lekarzom pozaszpitalnym, po czym rozdzieli zlecenia według możliwości równomiernie na poszczególne lekarzy stosownie do miejsca zamieszkania osób podlegających badaniu.

§ 7.

Jeżeli lekarz pozaszpitalny uzna potrzebę wykonania badania specjalistycznego lub wykonania analiz laboratoryjnych, zdjęć i prześwietlań rentgenologicznych itp., przeprowadzi on owe pomocnicze badanie za pośrednictwem właściwej ubezpieczalni społecznej na koszt Spółki według stawek Wojewódzkiej Taryfy Minimalnej. Przedmiotowe rachunki lekarz przesyła wraz z orzeczeniem Spółce celem bezpośredniego uiszczenia należności.

§ 8.

Umowa niniejsza obowiązuje od 1. 6. 1946 r.

z tym, że za orzeczenia lekarskie, wydane dla Spółki poczynając od 1. 1. 1946 r. przez lekarzy Związku, Spółka przekaże lekarzom tym po otrzymaniu odpowiedniego zestawienia różnicę w wysokości między wypłaconą już kwotą, a kwotą 150 zł.

§ 9.

Umowa niniejsza obowiązuje na czas nieograniczony z tym, że stronom przysługuje prawo wypowiedzenia w całości lub części tej umowy na 3 miesiące przed końcem każdego roku kalendarzowego.

§ 10.

Umowa niniejsza wygasa automatycznie z chwilą przejścia przez Spółkę ponownie ubezpieczenia chorobowego górników w myśl art. 6 ust. 3' dekretu Rady Ministrów z 8. 1. 1946 r. o zmianie i uzupełnieniu ustawy o ubezpieczeniu społecznym z 28. 3. 1933 r.

§ 11.

Umowa niniejsza sporządzona jest w 2 egzemplarzach, z których jeden przeznaczony jest dla Związku, drugi dla Spółki.

§ 12.

Wszelkie koszty i opłaty stemplowe związane z zawarciem niniejszej umowy, ponoszą obie strony po połowie.

Katowice, dnia 18 maja 1946 r.

Tarnowskie Góry, dnia 14 maja 1946 r.

Upelnomocnieni zastępcy

Zawodowego Związku Lekarzy Województwa Śląsko-Dąbrowskiego:

podpis	podpis
(—) Dr E. Hanke	(—) Dr W. Zawadzki
Zarząd Spółki Brackiej	
z pol. Dyrektor:	
podpis: (—) Dr. Potyka.	
Pieczęć okrągła.	

Projekt ubezpieczeń indywidualnych

Warszawa. (SAP). Około półtora miliona rencistów Ubezpieczeń Społecznych (według statystyki 1.100.000 pracowników fizycznych i 280.000 umysłowych) z otuchą przyjmie zapowiedź wiceministra Pracy i Opieki Społecznej, E. Giebartowskiego, że Ministerstwo dąży do 4-krotnego zwiększenia rent w stosunku do marca r. ub., aby urealnić ich wartość dla emerytów pracy.

Inne, interesujące projekty są w tej chwili przygotowywane w zakresie ubezpieczeń społecznych i systemu emerytalnego. Emerytury, jak zapowiada wiceminister Giebartowski, będą miały mniejszą niż dotychczas skalę rozpiętości i sprawadzone będą do trzech, niezbyt odległych poziomów, zależnie od stanu rodzinnego emeryta. Zdemokratyzowanie poziomu rent łączy się ze słusznymi względami życiowymi na dobro rodziny.

Nowym momentem w systemie ubezpieczeń emerytalnych będzie wprowadzenie dodatkowych ubezpieczeń indywidualnych, przyznawanych specjalnie wyróżniającym się wydajnością pracy robotnikom i pracownikom. Opracowując taki system, Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej ma na widoku stworzenie bodźców do pracy i zwiększonego wysiłku w celu osiągnięcia większej produkcji.

Zasada współzawodnictwa w pracy w celu wzmocnienia wydajności nie jest powrotem do taylorizmu i kapitalistycznego wyzysku sił robotnika. Granice wysiłku musi ustalać lekarz. Nasz system pracy nie powinien jednak być pozbawiony bodźców do pracy, która dając państwu i społeczeństwu większe korzyści, przysporzy również

pracownikowi większy dobrobyt. Przykładem jest ruch stachanowski w Związku Radzieckim.

Wprowadzenie ubezpieczeń indywidualnych odbywałoby się tą drogą, że zakład pracy ubezpieczałby specjalną polisą dodatkową swego zasłużonego pracownika. Mogło by to być ubezpieczenie, przeznaczone na określone cele, np. na dodatkową rentę, na jednorazową większą kwotę, wywczas i kurację, własne mieszkanie, wyjazdy na studia itp.

Te słusznie zdobyte „przywileje” ubezpieczeniowe zwiększyłyby dobrobyt i podnosiłyby poziom życiowy i kulturalny pracowników. Stwarzałyby warunki rozwoju dla utalentowanych pracowników. Równocześnie byłyby zachętą do zwiększenia wydajności pracy, w perspektywie której pracownik widziałby nagrodę za swój wysiłek indywidualny.

Poszukiwania za lekarzem, zbrodniarzem wojennym

Starostwo Grodzkie w Chorzowie wywiesiło następujące obwieszczenie:

Poszukiwani przestępcy wojenni w Polsce.

Dr. Urtel Walter, kierownik szpitala w Pianikach koło Lipin.

Jako lekarz obchodził się z chorymi Polakami w sposób nieludzki i bił ich. Chorych kwalifikował jako zdrowych i wysyłał ich do pracy. Na chorych Polakach robił doświadczenia chirurgiczne. Donosił do gestapo i polecał aresztować chorych Polaków i wysyłać do obozów. Za mowę polską zwalniał chorych ze szpitala.

Polski Czerwony Krzyż

Polski Czerwony Krzyż, Okręg Śląsko-Dąbrowski w uroczystościach majowych na terenie Katowic i Góry św. Anny.

Zadaniem naczelnym Polskiego Czerwonego Krzyża jest ochrona zdrowia i życia obywateli. W zrozumieniu tych obowiązków P. C. K. Okręg Śląsko-Dąbrowski w czasie uroczystości skupiających wielkie masy ludzi, oddaje na usługi społeczne wyszkolone kadry sanitariuszy i ratowników, których obowiązkiem jest interwencja w wypadkach zachorzeń.

Dnia 1 maja uruchomiono w Katowicach 27 patroli sanitarno-ratowniczych, które udzieliły pomocy w 189 przypadkach, przeważnie lekkich zemdleń i porażen słonecznych.

3 maja udzielono pomocy w 145 przypadkach zemdleń i w 6 wypadkach opatrzone rany tłuczone, przewożąc karetkami pogotowia do ambulatorium centralnego P. C. K. przy ul. Dworcowej.

9 maja, w czasie uroczystego obchodu Święta Zwycięstwa udzielono pomocy w 87 przypadkach.

Dzień 19 maja br. Święto 25-ciolecia powstań śląskich, obchodzone na Górze św. Anny, ma swoją specjalną kartę pomocy czerwonokrzyżskiej, gdyż na skutek pięknej pogody i około 300.000 rzeszy manifestujących z drugiej strony opieka P. C. K., jak zresztą mówią cyfry, było konieczna. Uwzględniając położenie Góry św. Anny, jak i ruch dojazdowy, zorganizowano służbę zdrowia,

przed, w czasie i po uroczystościach następująco:

1 punkt główny sanitarno-ratowniczy w Domu Katolickim na Górze św. Anny (całkowicie wyposażony w sprzęt chirurgiczny z udziałem lekarzy specjalistów).

3 punkty polowe z pełną obsługą lekarską, pielęgniarzką i pomocniczą, oraz

2 punkty kolejowe na dworcach dojazdowych w Leśnicy i Zdzeszowicach.

W obsłudze było: 12 lekarzy, 14 pielęgniarek, 114 siostr i ratowników P. C. K. (38 patroli stałych), 48 siostr i ratowników P. C. K. (16 patroli ruchomych) .Stan ogólny 188 osób.

Udzielono pomocy: w 180 cięższych przypadkach w tym dwa śmiertelne, złamanie nogi, rany szarpane i tłuczone, zwichnięcia, udary słoneczne i ciepłne; 589 lżejszych omdleń (zastrzyki, cudeniał); 8.432 drobnych przypadków (powierzchnowe rany, zadrapania, odparzenia, bóle głowy itp.). Razem 9.201.

Do obsługi przypadków ciężkich, wymagających natychmiastowego zabiegu szpitalnego, były w dyspozycji 3 samochody sanitarne P. C. K., które łącznie z samochodami dla potrzeb technicznych przejechały 2,179 km.

Ubezpieczalnia Społeczna w Rybniku z tymczasową siedzibą w Pszczynie

ogłasza

K O N K U R S

na stanowiska

**lekarzy ogólnie - praktykujących
i lekarzy szpitalnych.**

Kandydaci winni posiadać kwalifikacje odpowiadające normom, ustalonym przez Naczelną Izbę Lekarską i Zakład Ubezpieczeń Społecznych.

Warunki pracy i płacy lekarzy ogólnie-praktykujących są unormowane umową ramową, zawartą pomiędzy Komisarzem Organizacyjnym Ubezpieczalni Społecznych a Zawodowym Związkiem Lekarzy Woj. Śląsko-Dąbrowskiego. Uposażenie lekarzy szpitalnych unormowane jest przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych.

Podania wraz z odpisem dyplomu lekarskiego, dowodem odbycia obowiązkowej praktyki szpitalnej i własnoręcznie napisanym życiorysem, należy kierować do Ubezpieczalni Społecznej w Rybniku z tymczasową siedzibą w Pszczynie, ul. Dworcowa nr. 10, do dnia 1 lipca 1946 r.

K O Ź L I K
dyrektor

Ubezpieczalnia Społeczna w Katowicach Oddział w Gliwicach

ogłasza

K O N K U R S

na następujące stanowiska:

1 lekarza ogólnie-praktykującego w Gliwicach

1 lekarza ogólnie-praktykującego w Tworogu.

Kandydaci na stanowisko lekarzy Ubezpieczalni winni posiadać kwalifikacje odpowiadające normom, ustalonym przez Naczelną Izbę Lekarską i Zakład Ubezpieczeń Społecznych.

Warunki pracy i płacy normowane są umową ramową, zawartą pomiędzy Komisarzem Organizacyjnym Ubezpieczalni Społecznych Województwa Śląsko - Dąbrowskiego w Katowicach, a Zawodowym Związkiem Lekarzy.

Podania wraz z odpisem dyplomu lekarskiego, dowodem odbycia obowiązkowej praktyki szpitalnej i własnoręcznie napisanym życiorysem, należy nadsyłać do Ubezpieczalni Społecznej w Gliwicach, ul. Ks. Ziemowita Nr. 1 do dnia 15 czerwca 1946 r.

Dyrekcja
Oddziału Ubezpieczalni Społecznej
w Gliwicach

Pisownia z r. 1936

Prace naukowe, notatki terapeutyczne, szczegóły dotyczące życia lekarskiego w czasie wojny i po wojnie (dwa maszynopisy jednostronne) należy nadsyłać pod adresem redakcji: Cieszyn, Plac św. Krzyża 1, m. 4

Materiał nadesłany będzie drukowany w kolejności zgłoszeń. Autor otrzyma 50 odbitek pracy oryginalnej.

Honoraria autorskie (wierszowe) zostaną wysłane po zamknięciu rachunkowym każdego zeszytu.

Ogłoszenia firmowe będą zamieszczane tylko te, które mają związek z zawodem lekarskim, jako wkładki na osobnych kartkach, artystycznie wykonane. Jednorazowe umieszczenie wkładki dwustronicowej, prócz kosztów druku i papieru 5,000 zł. Ogłoszenia mogą być dostarczone do administracji w formie gotowej w ilości 4,000 kartek.

Administracja zastrzega sobie prawo decyzji co do umieszczenia nadesłanych gotowych ogłoszeń.

Zapowiedź administracji „Śląskiej Gazety Lekarskiej”.

Wobec podrożenia robocizny drukarskiej z dniem 1 lutego 1946 r. o 100—300%, musi być podwyższona cena „Śląskiej Gazety Lekarskiej” **około 50%**, t.j. od dnia 1. IV. 1946 r. od Nr. 4/46 będzie kosztować pojedynczy numer (3 arkusze druku) 100,— zł. (zamiast 75,— zł.), numery podwójne (5—8 arkuszy druku) 150,— zł. (zamiast dotychczasowych 100,— zł.).

Ceny numerów, wydanych do dnia 1. III. 1946 r. pozostają bez zmiany,

t. j. Nr. 1—3/45 (na wyczerpaniu) kosztuje	75,— zł.
Nr. 1/46	100,— „
Nr. 2—3/46	100,— „
Nr. 4/46	100,— „
Nr. 5/46	150,— „
Nr. 6/46	150,— „

Ceny papieru wzrosły w czerwcu 1946 r. o 30% — od Nr. 7—8/46 cena podwójnego numeru „Śląskiej Gazety Lekarskiej” wynosi 200 zł., pojedynczego numeru 130 zł.

Nakładem „Śląskiej Gazety Lekarskiej” ukazały się następujące książki:

1. „Gruźlica” — zbiór współczesnych poglądów i zasad w praktyce w Wielkiej Brytanii . . . 100,— zł
2. Franciszek Popiołek — Opieka społeczna w przemyśle hutniczo-górnictwie na ziemiach polskich 100,— „
3. Dr Wiktor Bincer — Wojny i choroby zakaźne (Z rozważań epidemiologicznych) . . . 75,— „
4. Mgr Ryszard Słupik — Sulfonamidy, ich budowa chemiczna, zastosowanie i dawkowanie . . . 30,— „

W druku:

Dr Leonard Lisiecki — O durze brzuszny.

Do nabycia we wszystkich księgarniach

Zapowiedź redakcji. Następny numer „Śląskiej Gazety Lekarskiej” (Nr. 9-10/46) ukaże się około 10 września 1946 r.

V. Dr. Edward Hanke (Chorzów) — Z czasów okupacji. O działalności niemieckiej izby lekarskiej w Katowicach	506
VI. Wiadomości personalne: naczelný lekarz Spółki Brackiej	503
VII. Głosy prasy polskiej: Instytut Inżynierii Sanitarnej we Wrocławiu	503
Tajemnica malarii w rękach b. więźnia Dachau Polaka	503

NOTATKI TERAPEUTYCZNE:

1. Mgr Ryszard Słupik (Cieszyn) — Środki biologiczne w medycynie. Część II	504
2. Źródle i uzdrowiska dolnośląskie w prasie polskiej:	
(Źródle i uzdrowiska dolnośląskie	508
Solice Źródł ratują astmatyków	508
Duszniki Źródł w sezonie	509
Wspaniałe zdrojowiska wśród wspaniałej przyrody — zdrojowiska bogactwem Dolnego Śląska	510

Sprostowanie	510
------------------------	-----

DZIAŁ URZĘDOWY:

Konkurs „Śląskiej Gazety Lekarskiej” na prace o gruźlicy.	LXXXV
Skład i regulamin sądu konkursowego	LXXXVI

Z WOJEWÓDZKIEGO WYDZIAŁU ZDROWIA:

1) Stosunek pracowników służby zdrowia do zagadnienia walk z alkoholizmem	LXXXVI
2) Personel powiatowych i grodzkich kolumn przeciwepidemicznych N. K. Katowice korzystają ze świadczeń przydziałowych	LXXXII
3) Kwartalne sprawozdania z rozliczeń subwencji przeciwwenerycznych	LXXXVIII
4) Kwartalne sprawozdania Miejskiej Służby Zdrowia	LXXXVIII
5) Miesięczne sprawozdania z subwencji na przychodnie przeciwgruźlicze	LXXXVIII
6) Wykazy dzieci nadających się do leczenia w Sanatorium w Istebnej	LXXXVIII
7) W sprawie tępienia szczurów	LXXXVIII
8) Przetargi i dostawy dla szpitali, a Prem. Pożyczka Odbudowy Kraju	LXXXIX

Z IZBY LEKARSKIEJ ŚLĄSKO-DĄBROWSKIEJ:

1) Sprawozdanie ze zjazdu delegatów Izby Lekarskich w Warszawie 12. V.	LXXXIX
2) Izba Lekarska w sprawie lekarzy szpitalnych	XC
3) Składki do Izby	XC
4) Otwarcie czytelní i biblioteki Izby	XC
5) Obostwienie wskazań do przerywania ciąży	XC
6) Księga pamiątkowa Izby	XC
7) Obowiązek przedkładania umów Izbie Lekarskiej	XC
8) Obowiązek zarejestrowania się do 7 dni w Urzędzie Skarbowym	XC
9) Spirytus dla lekarzy	XC
10) Dom wypoczynkowy w Karpaczu	XCI
11) Walne zebranie Nacz. Izby Aptekarskiej	XCI
12) Ograniczenia w zapisywaniu recept	XCI

ZE ZWIĄZKU ZAWODOWEGO LEKARZY WOJ. ŚLĄSKO-DĄBROWSKIEGO:

1) Sprawozdanie z zebrania Zarządu Związku 18. V. 1946	XCIII
2) Okólnik Biura Rozliczeń Nr. 3	XCIII
3) Umowa Z.Z.L. ze Spółką Bracką w Tarnowskich Górach w sprawie orzeczeń inwalidzkich	XCIV
4) Projekt ubezpieczeń indywidualnych	XCV
5) Poszukiwania za lekarzem zbrodniarzem wojennym	XCV

POLSKI CZERWONY KRZYŻ:

P.C.K. Okręg Śląsko-Dąbrowski w uroczystościach majowych na terenie Katowic i Góry św. Anny	XCVI
Konkursy: Ubezpieczalni Społecznej w Gliwicach i Ubezpieczalni Społecznej w Rybniku	XCVI

3) GINEKOLOGIA I POŁOŻNICTWO:

- 1) **Herszenhorn** — O czynniku Rh i jego znaczeniu w klinice 487
- 2) **Halbrecht** — Niedostrzeżona gruźlica narządów rodnych jako główna przyczyna niedrożności jajowodów 478
- 3) **Cookson** — Budowa i obsada szpitala położniczego w czasie wojny 488

5) CHOROBY WEWNĘTRZNE I ENDOKRYNOLOGIA:

- 1) **Trenchard** — Objawy wczesnej gruźlicy płuc 448
- 2) **Joergen, Lehman** — Kwas para - aminosalicylowy w leczeniu gruźlicy 488
- 3) **Antidotum zatrucia arsenem** 488
- 4) **Cooper** — Zatrucia pokarmowe 488
- 5) **Błok sercowy zależny od pozycji** 489
- 6) **Zgłębnikowanie serca** 489
- 7) **Alfes Blair** — Intenzywne leczenie schistosomiasis antymonem 489
- 8) **Mills** — Leczenie schistosomiasis 489
- 9) **Niebezpieczeństwo nosicielstwa w jamie nosowej** 489
- 10) **Campbell** — Choroby bydlęce przenoszone na człowieka 489
- 11) **Periodyczność grypy** 490
- 12) **Spiess** — Leczenie niedokrwistości wielkokomórkowej kwasem folinowym 490
- 13) **Leczenie pneumokokowe zapalenia opon mózgowych** 490
- 14) **Crawley** — Zapalenie opon mózgowych na tle pałeczki okrężnicy leczone sulfathiazolem 490
- 15) **Doc. dr Tomaszewski** — Odżywianie dożylne białkami, ze szczególnym uwzględnieniem wycieńczenia głodowego 490

6. ANTIBIOTICA:

- 1) Porównanie skuteczności sulfamidów i penicyliny w zapaleniu płuc (Anderson, Fergusson) 491
- 2) Aseptyczna zamartwica w miejscach stałej wlewki domięśniowej penicyliny (Nelson, Jones, Williams) 491
- 3) Leczenie penicyliną zakażeń jam surowiczych (Adam, Duguid, Challinor, Mc Call) 491
- 4) Pneumokokowe zapalenie opon mózgowych po urazie głowy leczone penicyliną dordzeniowo (Jepson, Whitsy) 491
- 5) Zakrzep zatoki jamistej leczony sulfamidami i penicyliną (Young) 491
- 6) Wpływ stężenia jonów wodorowych w środowisku na skuteczność streptomycyny i penicyliny (Abraham, Duthie) 491
- 7) Leczenie ostrej rzeżączki penicyliną „jednym zamachem” (Lloyd Jones, Domaldson, Allen) 492
- 8) Penicylina w leczeniu kiły 492
- 9) Chemia penicyliny 492

ŚWIAT LEKARSKI POLSKI

- I. SYLWETKI LEKARZY ŚLĄSKICH:** Dr Franciszek Chłapowski 493
Dr Józef Rostek 493
Dr Maksymilian Hager 493

II. ZMARLI

- III. AKADEMIA SPOŁECZNO - LEKARSKA W BYTOMIU - ROKITNICY:** 494

- 1) **Dr Stanisław Radwan** — Dalsze kroki w realizowaniu Akademii Społeczno - Lekarskiej w Bytomiu - Rokitnicy. 494
- 2) **Redaktor Jan Szczyrek** (Chorzów) — Aktualność sprawy Śląskiej Akademii Społeczno - Lekarskiej. 495
- 3) **Dr Jan Marszałek** (Nowy Bytom) — O nastawienie Akademii Społeczno - Lekarskiej. 497
- 4) **Głosy prasy śląskiej** (Śląska Społeczna Akademia Lekarska. Czy Instytut Paderewskiego powróci z Edynburga do Polski. 498
Przedstawiciele edynburskiego wydziału medycznego przybyli do Katowic. 499
Akademia medyczna z Edynburga będzie przeniesiona do Polski. 499
Sprawa Akademii Lekarskiej na Śląsku. Z pobytu miłych gości z Edynburga. 499

IV. Posiedzenia naukowe:

- 1) Koło Naukowe Z. Z. Lekarzy w Rybniku 500
- 2) Posiedzenie naukowe Z. Z. L. w Gliwicach 500
- 3) Posiedzenie Sekcji Naukowej Z. Z. L. w Cieszynie 500

ZARZĄD CENTRALNEGO KOLPORTAŻU

„CZYTELNIK”

SPÓŁDZIELNIA WYDAWNICZA, WARSZAWA

ODDZIAŁ w KATOWICACH, MŁYŃSKA 9

KOLPORTUJE

DZIENNIKI i CZASOPISMA własne:

Dzienniki:
Dziennik Zachodni
„ Bałtycki
„ Polski
„ Łódzki
„ Pionier
„ Rzeczpospolita
„ Życie Warszawy

Dwutygodniki:
Odra
Twórczość

Tygodniki:
Chłopi
Wieś
Świerszczyk
Skarpa
Szpilki
Przyjaciel
Przekrój
Odrodzenie
Kuźnica

Miesięczniki:
Książka i Kultura

oraz wszystkie inne wydawnictwa obce.

MÓZG I JEGO MECHANIZM

napisali

Pawłow I. P. Członek Ros. Akad. Nauk. Sherrington C. Prof. Uniw. w Oxford Adrian
E. Prof. Uniw. w Cambridge Laureaci Nagrody Nobla

Przełożyli, wstępem i przypisami zaopatrzyli Dr. Konorski J. i Dr. Miller S.

WYDANIE DRUGIE — CENA ZŁ. 120,—

WYDAWNICTWO SPÓŁDZIELNI WYDAWNICZEJ „CZYTELNIK”

Inne powieści „Czytelnika”



Andrzejewski J., Noc. Opowiadania	Zł. 140.—
Hołuj T., Próba ognia	Zł. 140.—
Boy-Zeleński, Znaszli ten kraj	Zł. 160.—
Mikosz C., Ocalenie (poezje)	Zł. 170.—
Szmaglewska S., Dymy nad Birkenau	Zł. 140.—
Tuwił J., Lutnia Puszkina	Zł. 180.—

KOLOROWY ATLASIK GRZYBÓW i ZIOŁ LECZNICZYCH

Cena zł 80.00

DR. EDWARD SZCZEKLIK

ZAWAŁ MIĘŚNIA SERCOWEGO

W obrazie klinicznym i elektrokardiograficznym

Cena zł. 300,00

Posiada na składzie i ekspeduje za pobraniem lub po wpłacie, należn. na konto PKO Nr. III-4802

Księgarnia Spółdzielni Wydawniczej „Czytelnik”

KATOWICE, UL. 3 MAJA 12

KONTO PKO III 4802