

Śląska

Gazeta Lekarska

Miesięcznik

Organ Izby Lekarskiej Śląsko-Dąbrowskiej, Wojewódzkiego Wydziału Zdrowia, Związku Lekarzy Województwa Śląsko-Dąbrowskiego, Polskiego Czerw. Krzyża Okr. Śląsko-Dąbr. i Rady Lekarskiej Centralnego Zarządu Przemysłu Hutniczego

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

Cena 500 zł

Skład główny: Księgarnia Lekarska, Warszawa, Chocimska 22.

Treść:

DZIAŁ NAUKOWY:

PRACE ORYGINALNE I REFERATY:

	Strona
1. Prof. dr Kornel Michejda (Gdańsk) — „Zagadnienie raka w chirurgii“ . . .	407
2. Doc. dr Stefan Kwaśniewski (Katowice) — „Wrzód żołądka i dwunastnicy w świetle nowszych badań“. 24 rycin . . .	414
3. Dr Zbigniew Godłowski (Edynburg) — „Eozynopenia wywołana wlewami dożylnymi dużych dawek adrenaliny oraz insulinowym niedocukrzeniem krwi“. 2 ryciny . . .	427
4. Dr Franciszek Mikinka (Łódź) — „Wypadki porażen prądem w elektrowni“. .	432
5. Dr Aleksander Śliżyński (Bielsko) — „Czy młodzież wiejska jest zdrowa“. .	435
6. Dr Stanisław Tokarski (Warszawa) — „Leczenie, etiologia i patogeneza promienicy“.	436
7. Dr Henryk Kławe (Wrocław) — „Odległe przerzuty nowotworów narządu rod-nego kobiety ze szczególnym uwzględnieniem przerzutów do skóry“. . . .	449
8. Tadeusz Janik (Bielsko) — „W sprawie wykrywania pętki okrężnicy w wo-dzie“.	452
9. Dr Jacek Szmyt (Łódź) — „Choroby oczne o znaczeniu społecznym“. . . .	456
10. Dr Franciszek Naróg (Opole) — „Jaglica i metody jej leczenia“ (w naświetle-niu XV zjazdu okulistycznego w Kairze)	464
11. Dr Tadeusz Krwawicz (Lublin) — „W sprawie patogenezy keratitis parenchy-masa heredo-luetica“.	468
12. Dr Bronisław Karolczak (Katowice) — „Elektrokardiogram w praktyce lekar-skiej“. 1 rycina.	469
13. Dr Aleksander Śliżyński (Bielsko) — „Mikroskop elektronowy w medycynie“. 9 rycin.	474

II. PRZEGŁĄD POLSKICH CZASOPISM LEKARSKICH (Dziennik Zdrowia, Polski Tygodnik Lekarski, Przegląd Lekarski, Nowiny Lekarskie, W Służbie Zdrowia, Kronika Wenerologiczna, Medycyna Weterynaryjna)	479
III. REDAKCJA OTRZYMAŁA	483
Dr Henryk Dorski — Choroby zębów i ich leczenie.	
Dr Janusz Peter — Szkice z przeszłości miasta kresowego.	
Ernest Fletcher — Medical Disorders of the Locomotor System.	
S. C. Dyke — Recent advances in Clinical Pathology.	
Sir Arthur Salusbury Mac Nalty — The Renaissance and its influence on English Medicine, Surgery and Public Health.	483
Ostatnie publikacje lekarskie W. Brytanii (cennik)	483
Guzewicz i Sierejskij — Podręcznik psychiatrii. Moskwa 1946	484
Rocznik M. C. S. w Lublinie T. I. Lublin 1946	485
Prof. dr Jan Lenartowicz — Czym są i czym grożą choroby weneryczne.	
Problemy osadnictwa rolniczego. III Sesja Rady Nauk. dla zagadnień Ziemi Odzyskanych. Zeszyt II. Kraków 1947.	
Morze i Odra — IV Sesja Rady Nauk. dla zagadn. Ziemi Odzyskanych. Zeszyt I. Kraków 1947.	
„Czytelnik“ w Krakowie — Sprawozdanie z działaln. za 1946 r. Kraków 1947.	

IV. STRESZCZENIE PIŚMIENNICTWA ZAGRANICZNEGO:

	Strona		Strona
1. Medycyna pracy:		3. Hart — Chemoterapia gruźlicy. Badania ostatnich 100 lat	492
a) Medycyna urazowa:		4. Sweet — Lobektomia i pneumonektomia w gruźlicy płuc	494
1. Reah — Carcinoma basocellulare w miejscu urazu	485	5. Meade, Kay, Hughes — 196 lobektomii... z jednym przypadkiem śmierci	494
2. Leczenie uszkodzeń nerwów obwodowych (art. red. Lancet 6417	485	6. Irena Mc Cain, P. Mc Cain — Extrapleuralna pneumonoliza	494
3. Paraplegia urazowa (art. red. Lancet 6442)	486	Vide: Padiatria 3, 4, 5.	
4. Blaine — Zastosowanie „plastyków“ w chirurgii	486	7. James H. Lade — Zwalczanie chorób wenerycznych w Stanach Zjednoczonych, W. Brytanii i w krajach skandynawskich — zreferowane i uzupełnione przez dra Zbigniewa Capińskiego, Kraków	494
5. Galatti — Wypadki śmierci w Alpach	486	8. Budowa „stosu atomowego“ dla celów pokojowych (Usis)	501
b) Choroby zawodowe:		9. Jones — Chirurgia raków pochodzenia oskrzelowego	501
1. Fairhall — Toksykologia nowszych metali	487	10. Jesberg — Leczenie chirurgiczne raka krtani	502
2. Vignoli, Poursines, Ollivier, Merland — Przyczynę do badań doświadczalnych toksycznego działania indu	488	11. Lenz — Leczenie rentgenowskie raka krtani	502
3. Smith, Oltlingen — Toksyczność chlorku metylu	488	12. Buschke, Cantril — Leczenie raka przełyku promieniami Rentgena	502
4. Szejnberg, Ajzensztadt — Objawy kliniczne zatrucia czterochlorkiem ołowiu	488	13. Parran — Opieka lekarska w przyszłości	502
5. Drogiczyna, Rieźnikow — Objawy zatrucia mieszaniną benzyny ołowiowej i gynu etylowego zawierającą czteroehtylek ołowiu	488	3. Chirurgia:	
6. Duvoir, Dérobet, Hadengue, Fallot — Ziarnistości zasadochłonne jako czasowy dowód w przebiegu zawodowego zatrucia ołowiem	489	1. Chirurgia u starców (art. red. Lancet 6421)	504
c) Higiena pracy:		2. Patey, Scarff — Patologia zatok pozaodbytnicznych	505
1. Henr- Ress — Przewodzenie ciepła przez helny tropikalne	489	3. Zatoki pozaodbytniczne (art. red. Lancet 6423)	505
2. Townsend — Opieka lekarska w zakładach fabrycznych (Usis)	489	4. Reid, Penfold, Lones — Bezmocz leczony dekapsulacją nerek i dializa ostrzewnową	506
2. Medycyna społeczna:		5. Bailey, Harrens — Korekcja koślawego ustawienia stopy za pomocą ćwiczeń pronacyjnych	507
1. Dwork — Początkowe objawy gruźlicy (Usis)	491	Vide: Medycyna urazowa 1, 2, 4, medycyna społeczna 4, 5, 6, 9, 10.	
2. Feldman — Chemoterapia gruźlicy	492		

Śląska Gazeta Lekarska

Miesięcznik

Organ Izby Lekarskiej Śląsko-Dąbrowskiej, Wojewódzkiego Wydziału Zdrowia, Związku Lekarzy Wojew. Śląsko-Dąbrowskiego, Polskiego Czerwonego Krzyża Okr. Śląsko-Dąbrowskiego i Rady Lekarskiej Centralnego Zarządu Przemysłu Hutniczego

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

Z Kliniki chirurgicznej Akademii Lekarskiej w Gdańsku

Zagadnienie raka w chirurgii

Podał

prof. dr Kornel Michejda

kierownik Kliniki

Zagadnienie nowotworów złośliwych, a w szczególności raka ma dwojake oblicze: naukowe i lecznicze. Oba te kierunki lekarskiej myśli i działania są ściśle ze sobą powiązane. Praca teoretyczna tylko pozornie jest oderwana od praktycznej strony problemu. Poświęcona przede wszystkim etiologii nowotworów, dąży do celu, którego osiągnięcie stworzy dla lekarza warunki do wejścia na jasno wytykniętą drogę postępowania leczniczego. Z drugiej strony klinika zbierając liczne spostrzeżenia z dziedziny patologii i terapii raka ludzkiego, daje naukom teoretycznym mnóstwo materiału naukowego, wskazującego tym naukom kierunek badań i stwarzającego możliwość porównywania niezbitych faktów z zakresu patologii ludzkiej z wynikami badań doświadczalnych i laboratoryjnych.

Trzecim już bezpośrednio zainteresowanym czynnikiem jest chory na raka. Ten szuka pomocy i ratunku przed nieuchronną śmiercią. Szuka go zarówno u lekarza internisty, jak u chirurga, jak wreszcie u rentgeno- wzgl. radologa. Pierwszy z całym swoim arsenałem leków jest całkowicie bezradny. Rozwój nauki doprowadził do tego, że między chirurga, i rentgeno- wzgl. radologa podzielił się kontyngent chorych na raka o najpospolitszym usadowieniu. Przy chirurgii pozostały raki wargi, gruczołu piersiowego, żołądka, jelita grubego i odbytnicy, a więc znacznej części przewodu pokarmowego, a ponadto przerzuty

w gruczołach chłonnych, o ile są ograniczone do pewnego zamkniętego obszaru (np. gruczoły podszczękowe, podbrodowe, szyjne itd.). Rentgeno- względnie radolodzy objęli raki narządów rodnych kobiecych, raki jamy ustnej wraz z językiem, raki skórne o budowie płaskokomórkowej z tym, że gruczoły chłonne zajęte w przebiegu ostatnio wymienionych postaci wymagają leczenia chirurgicznego.

Rozważania niniejsze są poświęcone wyłącznie tej grupie raków, które pozostały polem pracy chirurgicznej. Nie znaczy to niestety, że chirurgia jest zdolna wyleczyć wszystkie te postaci. Faktem jednak jest bezsprzecznym, że pewien — u różnych autorów różny — odsetek tych postaci może być i bywa wyleczony na drodze operacyjnej, nie mogąc być wyleczonym na żadnej innej drodze.

Toteż chirurgia już od dawna pracuje nad tym zagadnieniem. W roku 1826 prof. **Gałęzowski** w swojej Chirurgii Praktycznej sprawie raka poświęca jeden ustęp w związku z opisem operacji odjęcia piersi. „Wskazana jest ta operacja w skirze i raku; z powodu odradzania się tej choroby po operacji zachodziły spory między lekarzami w jej przedsięwzięciu. Skir jednak bezpiecznie wycinać można, a to zawsze całkowitą pierś, choćby tylko część jej skirem była zajęta. Raka otwartego niektórzy radzą lekać się, jednak wykonywamy i tu, bo przynajmniej na czas pewny ulgę przyniesiemy znosząc okropne bóle przeszywające. Przeciwwskazana jest, gdy

obie piersi razem i gruczoły pod pachowe są zayęte. gdy jest zbyteczny upadek sił, wiek.” „Gdy oprócz piersi i gruczoły pod pachą są zayęte, to i te wyciąć, a to albo wypychając je palcami do kąta wyższego rany v. haczykiem wyciągając, ale to czasem trudno, dlatego lepiej kąt wyższy rany rozciąć po pachą, gruczoły wyextyrpować, naczynia zawiązać, a gdy naczynia do gruczołu przyrosłe i gruczoł zawiązać. Gdyby gruczoły były głęboko pod pachą, to je wyextyrpować, a to wedle metody Lucat, dając cięcie litery V, lub B. Bell przez jedno cięcie z kątem wyższym rany łączące się” (B. Bell — Edinbourg 1749—1806).

Ze następne dziesięciolecia nie przyniosły szczególnego postępu, tego dowodem uwagi **Dieffenbacha** z roku 1845: „Wskazania do operacji powstają z powodu postępującego powiększenia się guzów i zwiększającego się przez to niebezpieczeństwa. Operacja natomiast jest niedozwolona, nawet przy dużych guzach, jeśli one znajdują się w miejscach, których zranienie połączone jest z większym niebezpieczeństwem, niż trwanie nowotworu, np. przy nowotworach jamy brzusznej. Bo wiem otwarcie jamy brzusznej, nie licząc usunięcia guza, budzi znacznie większe obawy, niż nietykanie guza.”

W rok po napisaniu tych słów stworzone zostały podstawy anty- i aseptyki i znieczulenia. To naturalnie spowodowało duże zmiany. Postęp polegał na: 1. otwarciu dostępu do terenów uważanych przez chirurgów doby wcześniejszej za niedostępne, a więc w szczególności otwarty został dostęp do jamy brzusznej, wskutek czego o możliwości wykonania zabiegu decyduje nie tyle siedziba nowotworu, ile stopień jego rozwoju; 2. równolegle postępujący rozwój techniki operacyjnej rozszerzył zakres pojedynczych zabiegów i z biegiem czasu ustalił granice naszego działania na tym polu, ustalając jednocześnie granice, do których sięga operabilitas, a od których zaczyna się inoperabilitas. 3. granice operacji w przypadkach nadających się do operacji doszczętnej są ściśle określone zarówno w dół, jak i w górę, i są niezależne od stopnia rozwoju guza w granicach operabilitatis; 4. ustalone zostały zasady postępowania operacyjnego w nowotworach złośliwych, prowadzące się do tego, by usuwać nie nowotwór z chorego narządu, a chory narząd będący siedzibą nowotworu, a wraz z nim przynajmniej pierwszą stacją gruczołową razem z naczyniami chłonnymi do tej stacji prowadzącymi. Należy przy tym postępować tak, by operację rozpoczynać od obszaru wcale, albo najmniej dotkniętego przez nowotwór, kończąc ją w obszarze ogniska pierwotnego i usuwając preparat w całości. Zasady te doprowadziły do opracowania typów operacji dla pewnych usadowień nowotworu, typów od których nie wolno odstępować niezależnie od tego, czy operujemy przypadki wczesne, czy też zbliżające się do granicy operabilitatis.

Wymagania te nie zostały w całej pełni uzyskane. I tak gruczoł piersiowy można usuwać zgodnie z powyższymi zasadami; ale rak wargi, np. nie dopuszcza do usunięcia narządu wraz z gruczołami i naczyniami chłonnymi. Naczynia chłonne, łączące ognisko pierwotne z pierwszą stacją gruczołową, pozostają nieknięte. Podobne warunki istnieją w raku odbytu, z którego naczynia chłonne spływają do gruczołów pachwinowych. Wszelkie doszczętne operacje żołądka, czy jelita grubego też nie czynią zadość wyżej wymienionym wymaganiom, gdyż nie usuwamy ani całego żołądka, ani całego jelita grubego. Jednakże, jak doświadczenie uczy, nie możemy ani żołądka ani jelita grubego uważać za narząd w tym znaczeniu, w jakim za narząd uważać możemy gruczoł piersiowy. Dlatego wolno nam usuwać część żołądka i część jelita grubego bez naruszenia zasady usuwania narządu.

Poprzestaję na tych uwagach, nie omawiając szczegółowo pytania, w jakim stopniu poszczególne typy operacji odpowiadają przyjętym zasadom doszczętności; zaprowadziło by to zbyt daleko. Sprawę tę szerzej omówiłem przed laty w Pamiętniku Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego.

Powyższe prawidła znajdują swą teoretyczną podstawę w patologii komórkowej **Virchowa**. Według tego badacza rak wychodzi ze ściśle ograniczonego miejsca tkanki, rozrastając się z tego miejsca do granic guza, dającego przerzuty w gruczołach chłonnych i w odległych narządach. Jest zatem rak — zgodnie z tym poglądem — sprawą w początkach swych miejscową, a powstaje przez zadziałanie na to miejsce jakiegoś przewlekłego bodźca, lub też zaburzenia krążeniowego.

Z wiarą w miejscowy charakter złośliwego nowotworu, uzbrojeni w środki znieczulające i usypiające, w zasady postępowania antyseptycznego i aseptycznego rozpoczęli chirurdzy systematyczną i bardzo uciążliwą walkę z nowotworami. Z biegiem lat doskonaliła się technika operacyjna, nauczono się zwracać uwagę na rozpoznanie wczesnych okresów nowotworu, skrzętnie zbierano doświadczenia. Lata, a nawet dziesiątki lat musiały minąć, aby móc krytycznie ocenić wyniki tej pracy. Druga wojna światowa prawie wszystkim chirurgom polskim bezlitośnie zniszczyła cały ich dorobek; wielu z nas zostało wyrwanych z terenu naszego długoletniego działania; nie dość, że zginęły wszystkie skrzętnie zbierane historie choroby; zerwany został kontakt z chorymi, którzy powierzali się naszej opiece. Jedynie pamięć, nieraz zawodna, utrwalała co ciekawsze spostrzeżenia i doświadczenia. By zatem zobrazować osiągnięte wyniki muszę się posłużyć obcym zestawieniem. **König** zebrał 637 przypadków chorych, którzy przeżyli co najmniej pięć lat po operacji raka. Z nich 461 dotyczy przypadków raka piersi i raka przewodu pokarmowego. Z pozostałych 176 na raka skóry wypada 96; reszta chorych miała różne usadowienie raka. Najdłuższy

okres wyleczenia miał chory, u którego operacja wykonana została przed 29 laty (rak odbytnicy); 135 chorych mogło się cieszyć wyleczeniem 10—20 letnim. Z moich chorych najdłuższy okres wyleczenia, bo 18 lat, miał chory na raka żołądka, zabity przez Niemców jako żyd w r. 1941; lat 20 po operacji żył chory z rakiem odbytnicy (operowany w roku 1925, ostatni raz spotkany przez mnie w Wilnie w marcu 1945; od tego czasu straciłem z nim kontakt, gdyż chory z powodu podeszłego wieku nie repatriował się z Wilna).

Są to fakty, mówiące bardzo wiele; żaden inny sposób leczenia nie może podać lepszych wyników. Dowodzą one niezbicie, że **wyleczenie raka na drodze chirurgicznej jest w pewnych warunkach możliwe.**

Operując chorych na raka, chirurdzy mogli poczynić szereg spostrzeżeń, godnych uwagi i rzucających szczególne światło na przebieg tej choroby i na wpływ działania chirurgicznego na los chorych, chorobą tą dotkniętych.

Wśród nich na pierwsze miejsce zasługuje fakt, że tym lepsze są wyniki operacyjnego leczenia, im wcześniejszy okres rozwoju wykazuje rak. Najlepiej można ten fakt prześledzić na przykładzie raka piersi. Przypadki te bywają do chirurga kierowane w bardzo różnych okresach cierpienia. Widujemy przypadki z nieznaczną zmianą miejscową, obok przypadków z daleko posuniętymi zmianami przerzutowymi w gruczołach, z rozpadem ogniska pierwotnego itd. Wieloletnie wyleczenie obserwujemy przede wszystkim u chorych ze zmianami wczesnymi. Fakt ten jest zbyt dobrze znany, by się dłużej nad nim zatrzymywać.

Z drugiej strony równie dobrze wiadomy jest fakt, że spory odsetek chorych, zakwalifikowany przez nas do grupy przypadków wczesnych mimo doszczętnie i prawidłowo wykonanego zabiegu operacyjnego, zapada w niespodziewanie krótkim czasie na nawroty i przerzuty. Fakt ten jest dobrze znany i tym chirurgom, którzy ściśle przestrzegają wszystkich ustalonych zasad operowania nowotworów złośliwych.

Nawroty w bliźnie są dość częstym zjawiskiem, zwłaszcza w raku piersi. Mogą one być następstwem niedość szerokiego wycięcia piersi lub innych uchybień techniczno-operacyjnych. Podejrzenie w tym kierunku istnieje przede wszystkim u tych chorych, u których nawroty w bliźnie pojawiają się wkrótce po operacji doszczętniej. Zdarzają się jednakże nawroty w bliźnie, występujące po upływie szeregu lat po operacji. Trudno to zjawisko pogodzić z tezą, że podczas operacji pozostały nietknięte, albo też zostały zasiane komórki rakowe. Raczej należy tu przyjąć inną przyczynę nawrotu miejscowego.

Z anatomii patologicznej i kliniki dobrze jest znana skłonność raków do tworzenia przerzutów na drodze naczyń chłonnych. Charakterystyczne przy tym jest zachowanie się tychże naczyń chłonnych. Gdy w sprawie

zapalnej naczynia te, zanosząc czynnik chorobotwórczy do gruczołów, same ulegają działaniu tego czynnika, to w przerzutach nowotworowych naczynia chłonne przenoszą żywą komórkę nowotworową do gruczołu, same zaś pozostają wolne od zmian nowotworowych. Opowiadał mi prof. **M. Rutkowski** o chorym, któremu, z powodu raka skórniego na palcu usunięto palec, a ponadto gruczoły pachowe. Wkrótce potem wzdłuż naczyń chłonnych przedramienia i ramienia zjawily się postronki twarde, pochodzące od zatrzymywania się w naczyniach chłonnych komórek rakowych. Podobne zjawisko spostrzegamy w nawrotach miejscowych po usunięciu rakowo zmienionego prącia i gruczołów pachwinowych. Wytwarza się wówczas na drodze między prąciem, a okolicą pachwinową nacieczenie nowotworowe, którego mechanizm powstania można wytłumaczyć zastojem w naczyniach chłonnych, sprowadzającym zaleganie komórek nowotworowych w tych tu tak bardzo obfitych naczyniach i ich niepowstrzymany rozwój w warunkach zastoju chłonki.

Zdarza się niestety bardzo często, że chory zgłasza się w okresie, w którym o wykonaniu doszczętnego zabiegu nie może być mowy. Ograniczamy się wówczas albo do wykonania operacji pomocniczej (przetoka żołądkowo-jelitowa, odbyt sztuczny itp.), albo też nawet do wycięcia guza w sposób niedoszczętny, lub też tylko do stwierdzenia stanu rzeczy (laparatomia próbna). W największej liczbie przypadków chorzy ci giną na szybko postępującą chorobę rakową. Odnosi się nawet nieodparte wrażenie, że dokonany zabieg przyspieszył rozwój nowotworu i zejście śmiertelne. Jednak nie zawsze; każdy starszy chirurg może przytoczyć przypadki wręcz zdumiewające, tak bowiem odbiegają od zwykłego schematu.

W zakresie pomocniczych operacji mam do zanotowania dwa takie przypadki, które w skróceniu podaję: 1) W roku 1928 stwierdziłem u 64 letniej chorej rozpadowego raka bańki odbytnicy; silny zrost z kością krzyżową. Badał chorą wraz ze mną prof. Clairmont. Zgodnie uważaliśmy przypadek za nie nadający się do zabiegu doszczętnego. W tymże roku we wrześniu założony został odbyt sztuczny. W 8 lat później prof. Clairmont u tej samej chorej wykonał zabieg doszczętny z powodu raka lewej piersi. Chorą miałem w obserwacji przemijająco do roku 1938; rak odbytnicy trwał w stanie rozpadu z cuchnącą wydzieliną. Chora zmarła poza granicami kraju w roku 1942, a więc po 14 latach od stwierdzenia raka i założenia odbytu sztucznego, a w 6 lat po odjęciu piersi. Umierając miała lat 78; przyczyna śmierci jest mi nieznana. —2) Chory lat 60, w roku 1936 zachorował na ostrą niedrożność przewodu pokarmowego. Otwarcie jamy brzusznej pozwoliło stwierdzić, że przyczyną jest guz w zstępnicy, całkowicie nieruchomy. Założyłem odbyt sztuczny na poprzecznicy. Licząc na poprawę stanu miejscowego pod wpływem odbytu sztucznego nakłoniłem chorego do powtórnego za-

biegu, którego dokonał prof. M. Rutkowski. Potwierdził on rozpoznanie, stwierdzając, że guz z powodu wzrostu z tylną ścianą jamy brzusznej nie nadaje się do zabiegu doszczętnego. Pozostało przy laparatomii próbnej. W roku 1939 chory zapadł nagle na bezmocz (anuria) z następowymi, szybko postępującymi objawami mocznicy (uraemia). W stanie bardzo ciężkim została odsłonięta lewa nerka. Podczas zabiegu stwierdziłem, że guz zstępnicy był nieco większy, niż w roku 1936, poza tym niezmieniony. Nerka mała. Wykonałem drenaż miedniczki poprzez nerkę (w obecności i za poradą prof. M. Rutkowskiego). W ciągu pierwszej doby po operacji mocz poszedł obficie przez dren i per vias naturales. Mocznica szybko się cofnęła, przetoka moczowa zamknęła się w ciągu dni 14. Chory przeżył w czasie wojny z górą dwuletnie więzienie, dziś żyje i pracuje. Minęło 11 lat od stwierdzenia guza w lewej połowie okrężnicy i założenia sztucznego odbytu. A przecież dobrze znana jest wielka złośliwość lewostronnych guzów okrężnicy, jak również fakt, że po lewej stronie nie spotykamy zapalnych guzów okrężnicy.

Nie mam własnego doświadczenia w zakresie niedoszczętnych operacji nowotworów złośliwych. Jeżeli jednak tacy chirurdzy, jak König i Anschütz, opisują przypadki przeżycia chorych po niedoszczętnej resekcji żołądka przez 58½ lat po operacji, to nie można takim autorom nie dać wiary i nie podobna oprzeć się wrażeniu, że operacja mimo swej niedoszczętności zahamowała rozwój nowotworu.

Wszystko to daje dużo do myślenia, gdyż trudno to pogodzić z prostym ujęciem nowotworu, jako sprawy miejscowej. Ale bywają spostrzegane jeszcze inne trudne do wytłumaczenia zjawiska. Mam na myśli wielokrotność ognisk pierwotnych. Nie są to przypadki częste. Zdarzają się jednak i to w różnej postaci zarówno co do punktu wyjścia, jak i czasu zjawiania się tych ognisk. Opisywane są bowiem przypadki dwóch ognisk w jednym narządzie. Sam operowałem w roku 1921 chorą, u której obok raka odbytnicy istniał guz rakowy jelita ślepego. Obydwa ogniska były operowane. Los chorej nie jest mi niestety znany. Można by takie zjawisko tłumaczyć wszczepieniem się raka z ogniska wyższego do ogniska niższego. Takiego jednak wszczepiania się pospolicie nie widujemy. Gdyby takie wszczepianie się miało warunki istnienia, to przypadki podwójnych nowotworów były by zapewne znacznie częstsze, niż to w klinice widzimy. Równie dobrze można by zjawisko podwójnych ognisk nowotworowych tłumaczyć przemianą na złośliwy nowotwór polipów rozrzuconych w różnych odcinkach przewodu pokarmowego. Bardziej zagadkowe jest zjawisko powstawania podwójnych ognisk nowotworowych w różnych narządach. Przykładem jest wspomniana już powyżej chora z rakiem odbytnicy i rakiem piersi. Dwa te przykłady wskazują jeszcze i na to, że podwójne ogniska mogą występować jedno-

cześnie, albo też mogą być przedzielone mniej lub więcej długą przestrzenią czasu. W piśmiennictwie chirurgicznym można znaleźć wiele podobnych przykładów.

W sprawie złośliwego zwyrodnienia nowotworów dobrotliwych i przewlekłych spraw zapalnych klinika może dać bardzo wiele takich przyczynki i spostrzeżenia. Znana jest wielka skłonność wszelkich brodawczaków pęcherza moczowego do złośliwego zwyrodnienia. Rzadziej takie zjawisko spostrzegamy w polipach przewodu pokarmowego, przy czym polipy jelita cienkiego budzą znacznie mniej obaw, jak polipy jelita grubego. Jest prawdopodobne, że związek między rakiem odbytnicy, a tworami polipowatowymi tego narządu jest znacznie ściślejszy, niżby można sądzić na podstawie klinicznej obserwacji gotowych raków odbytnicy. — Blizny na ogół nie grożą rozwojem nowotworu; jednakże blizny po oparzeniu, lub blizny obciążone troficznymi zmianami, bywają często siedliskiem raka. O wrzodzie żołądka, zwłaszcza wrzodzie modelowatym, mówi się, że często ulega przemianie nowotworowej. Osobiście spostrzegałem takie przemiany, jednakże rzadko. Tak częsty wrzód dwunastnicy nie ulega prawie nigdy przemianie nowotworowej; co prawda modelowate jego postacie są rzadkie. W związku z obserwacjami dotyczącymi dwunastnicy należy przyjąć, że nie tylko proces patologiczny (w danym wypadku wrzód), ale i jego siedziba ma wpływ na powstanie raka. Można bowiem z pełnym prawem mówić o narządowej dyspozycji do zwyrodnienia złośliwego. Cały przewód pokarmowy zawiera ogromne ilości elementów nabłonkowych; cały przewód jest przez całe życie czynny, przy czym czynność ta ma charakter falisty, jej natężenie bywa różne, zależnie od okresu trawienia — okresy spoczynkowe zmieniają się z okresami natężonej czynności trawiennej, wydzielniczej i wchłaniającej. A jednak nowotwory rozwijają się tylko w odcinku początkowym (jama ustna, przełyk, żołądek) i końcowym (okrężnica). Granica między odcinkiem nowotworowym, a nie ulegającym zmianom nowotworowym (jelito cienkie) jest ostra, ostrzejsza na górnej granicy, mniej ostra na dolnej granicy odcinka odpornego na nowotwór. Odźwiernik stanowi tak ostrą granicę, że nowotwór z żołądka na dwunastnicę nie przechodzi. Osobiście widziałem tylko jeden przypadek pierwotnego raka zagięcia dwunastniczego (flexura duodeno-jejunalis).

Aby wyczerpać trudności, z jakimi spotykamy się w ocenie spraw nowotworowych, należy wspomnieć o badaniach histologicznych. Między klinicystą a histopatologiem zachodzi nieraz sprzeczność w ocenach pewnych zjawisk. Klinicysta np. rozpoznaje sprawę dobrotliwą i ma do tego słuszne podstawy; histopatolog zbadawszy wycięty preparat rozpoznaje nowotwór i także ma do tego słuszne podstawy. Bywa i odwrotnie, choć może rzadziej. U pewnej młodej kobiety, żony dyrektora gimnazjum, stwierdziłem typowy włókniak

piersi. Tak byłem pewny rozpoznania, że nie czekając wyniku badania histologicznego wyciętego guza, wypisałem chorą z kliniki. Przed jej wyjazdem z Wilna odebrałem wynik badania histologicznego: adenocarcinoma. Chorą zawróciłem z drogi i wbrew przekonaniu dokonałem amputacji piersi. Chorą przez wiele następnych lat była zupełnie zdrowa. Od początku wojny straciłem z nią kontakt. — Inny przypadek: Chorą z typowym rakiem piersi. Odjęcie piersi. Badanie histologiczne: gruczlica! U chorej po operacji rozwinęło się zapalenie oskrzeli, które pod sugestią orzeczenia histopatologicznego zostało rozpoznane jako gruczlica płuc. Lekarz domowy, który to rozpoznał, skierował chorą do Meranu. Z powodu bólów w kręgosłupie chorą z Meranu została skierowana do Leysin do prof. Rolliera z rozpoznaniem gruczlicy kręgosłupa. Prof. Rollier zbadałszy kręgosłup mimo, że miał wiadomości o rzekomej gruczlicy piersi, zapytał mnie listownie o powód odjęcia piersi. Odpowiedziałem, że operowałem z rozpoznaniem raka piersi, którego badania histologiczne nie potwierdziło. Wówczas prof. Rollier chorą odeśłał do Wilna z tym, że chodzi o przerzut nowotworowy do kręgosłupa. Chorą obserwowałem jeszcze kilka miesięcy; nastąpił przerzut do uda ze złamaniem patologicznym i przerzuty do wątroby. Zmarła z powodu rozsianego raka. Miałem jeszcze zachowany preparat piersi. Ponowne badanie histologiczne obok gruczlicy wykryło i ogniska rakowe. — Jeszcze jeden przypadek: 57 letni mężczyzna ze zwyczajnym znamieniem (naevus pigmentosus) w prawej okolicy pachwinowej, zauważył, że suche dotychczas znamię zaczęło wydzielać wodojasny płyn, który krzepnąc pokrywał znamię powłoką łatwo dającą się zdjąć i wyglądającą, jak jasno-brunatna plastelina. Znamię usunięto cięciem niezbyt szeroko okrażającym zmianę patologiczną. Badanie histologiczne: melanoma, wykazujące histologicznie wybitnie złośliwe cechy. Minęło już przeszło dwa lata, żadnych śladów nawrotu mimo niedoszczędności zabiegu nie ma.

Przykładów tych starczy na to, by wskazać na omyłność i niepewność badania histologicznego, na rozbieżności, jakie zachodzą mogą między klinicystą, a anatomem patologicznym. Pamiętać należy o tym, że histolog bada często nieodpowiedni wycinek i to z winy kierującego lekarza. Często te wycinki są zbyt małe. Poza tym histolog nie zawsze może wypowiadać się o tendencjach rozwojowych guza, a więc o jego złośliwości. Bywa, że kliniczna ocena jest bardziej zbliżona do prawdy, niż ocena histologiczna.

Oczywiście — i kliniczna ocena nie jest niezawodna. Dwa przykłady niech zilustrują trudności klinicznej oceny złośliwości nowotworu. W r. 1925 operowałem w ciągu jednego tygodnia dwa przypadki raka odbytnicy. Jeden dotyczył mężczyzny lat około 45 z niedużym guzem bańki кишки stolcowej, dobrze ruchomym. Zabieg (krzyżowa amputacja odbytnicy) nie nastęrczał żadnych trudności, operowało

się, jak na niezmiennym narzędzie. Rokowanie według klinicznej oceny oczywiście dobre. Drugi mężczyzna lat około 50 z dużym guzem bańki, słabo ruchomym. Aby nie oddzielać guza od kości krzyżowej resekowałem ją. Gruczoły na ścianie кишки twarde i powiększone. Przez wybitnego chirurga królewieckiego chory był zakwalifikowany jako nienadający się do operacji; chirurg ten nie podjął się wykonania operacji. Rokowanie wedle oceny klinicznej niedobre. U obu chorych jednakowy wynik badania histologicznego: adenocarcinoma. Pierwszy z nich po roku już nie żył, zmarł z przerzutów raka. Drugi żył jeszcze w chwili wyjazdu mojego z Wilna tj. w r. 1945, a więc po 20 latach od chwili wykonania zabiegu operacyjnego.

W świetle powyżej przytoczonych przypadków i okoliczności jest widoczne, że klasyczne zdobycze anatomii patologicznej i kliniki w dziedzinie patologii nowotworów nie wystarczają na to, by nam wyjaśnić te liczne pomyłki i błędy, jakie popełniamy w zakresie rozpoznawania i rokowania w chorobach nowotworowych; są jednak te przykłady wystarczające na to, by nam uświadomić, po jak niepewnych drogach stąpamy w walce z nowotworami. W słowach pełnych wątpliwości wypowiedział ten stan Schönbauer: „Widujemy chorych, noszących całymi latami powierzchownego raka, operujemy ich, badamy histologicznie i uzyskujemy wynik leczniczy na długie lata, — albo też nie. Odnosimy niekiedy wrażenie, jakoby przez zabieg operacyjny rak uzyskał intensywniejszy wzrost, że zabieg przyniósł raczej szkodę. Operujemy raka w najkorzystniejszym okresie — tak nam się przynajmniej wydaje — ku naszemu zdumieniu po krótkim czasie następuje nawrót. W innych wypadkach operujemy doszczętnie, sądzymy, że naświetlając chorego uczyniliśmy wszystko — i dziwimy się, z jaką szybkością nastąpił nawrót. Zdarza nam się operować niedoszczętnie, albo też nie zrobiliśmy nic — a chory żyje latami i nawrotu nie ma“.

Wiele z przytoczonych przeze mnie faktów nie mieści się w żaden sposób w ramach teorii o miejscowym charakterze nowotworów. W ramy te możemy z trudem zmieścić chyba tylko bardzo wczesne stadia rozwojowe nowotworów, dalsze studia wybiegają daleko poza te ramy. Ich wytłumaczenia nauka od dawna szuka na drodze licznych badań, przede wszystkim na drodze doświadczeń na zwierzętach.

Badania te ustaliły dwa ważne fakty: Pierwszym z nich jest przeszczepialność raka ludzkiego na zwierzęta, drugim możliwość wywołania raka u zwierząt pod wpływem przewlekłe działających bodźców natury chemicznej (pędzlowanie smołą). W związku z tymi badaniami stwierdzone zostały jeszcze inne fakty, wykazujące pewne analogie ze zjawiskami znanymi z patologii ludzkiej. I tak przekonano się, że nie wszystkie zwierzęta danego gatunku zapadają na raka, że pewne indywidua są jakby rakoodporne, że łatwiej

zapadają jednostki starsze, niż młodsze; że pewne gatunki zwierząt łatwiej zapadają, jak inne; że krzyżowanie jednostek z rodzin łatwo zapadających zwiększa wybitnie zapadalność na raka u potomstwa. Badając mechanizm działania chemicznych bodźców rakotwórczych stwierdzono niezmiernie ważny fakt, że oparzenie zwierzęcia doprowadzonego smołą do progu wytworzenia się raka, powodowało raczej powstanie raka w bliźnie po oparzelinowej, niepoddawanej miejscowo działaniu smoły, niż w miejscu pędzlowania smołą. Stwierdzono dalej, że zewnętrzne działanie smoły u zwierząt można z równym powodzeniem zastąpić przez wewnętrzne podawanie arsenu. A co może mieć wspólnego zewnętrzne smołowanie z wewnętrznym podawaniem arsenu? Chyba tylko wytworzenie pewnych fizyko-chemiczno-biologicznych zmian w ustroju zwierzęcym, stwarzających nie miejscowe, ale ogólne podłoże, sprzyjające rozwojowi nowotworu w miejscu podlegającym czy to chemicznemu, czy mechanicznemu czy termicznemu działaniu. Zmiany zapalne rozwijające się na tle i w następstwie tych bodźców mogą również stanowić locus minoris resistentiae.

Zestawiając wyniki tych badań z doświadczeniami, poczynionymi na materiale klinicznym, wolno nam stwierdzić, że w pewnym stopniu zjawiska spostrzegane u ludzi mogą być wytłumaczone zdobyciami doświadczeń na zwierzętach. Uprawniają nas do tego liczne uderzające analogie między rakiem zwierząt i ludzi. Analogie te istnieją w zakresie indywidualnej zapadalności na raka, w zakresie zależności powstawania raka od wieku, w zakresie wpływów czynników chemicznych, termicznych, mechanicznych i zapalnych na powstawanie raka. Dość wskazać na zapadalność na raka u robotników fabryk chemicznych, o powstawaniu raka w bliznach oparzelinowych, o raku wargi u palaczy fajek. Wszystko to nasuwa pewne hipotetyczne myśli, zbliżające nas do zrozumienia wielu trudno zrozumiałych zjawisk.

Jeżeli przyjmiemy, że z biegiem lat życia ludzkiego w ustroju następują pewne mało jeszcze znane przemiany fizyko-chemiczno-biologiczne, że zmiany te u jednych indywidualów odbywają się szybciej, u innych wolniej, że mogą być w związku z przemianami zachodzącymi również pod wpływem wieku w pewnych narządach dokrewnych (grasica, śledziona), a niemniej z przewlekłymi bodźcami chemicznymi i innymi działającymi z zewnątrz i wewnątrz — to możliwe staje się następujące tłumaczenie zjawisk, spostrzeganych w raku. W młodym wieku układ fizyko-chemiczno-biologiczny człowieka chroni go od zapadania na raka. Z biegiem lat przesuwają się ten układ w kierunku, stwarzającym skłonność do raka. Pewne miejscowe zmiany mogą wówczas łatwo dać powód zewnętrznej manifestacji owej skłonności w postaci raka w danym miejscu. Produkty przemiany materii i rozpadu gotowego ogniska rakowego w spo-

sób niejako swoisty przyspieszają rozwój zmian fizyko-chemiczno-biologicznych, tworzących ogólne podłoże rakowe, stwarzając przez to jak najkorzystniejsze warunki do powstania przerzutów i chery (cachexia) rakowej.

W tym świetle chirurgiczna interwencja w postaci doszczętnej operacji przestaje być działaniem mechanicznym, usuwającym miejscowy proces patologiczny: staje się natomiast ponadto działaniem, wkraczającym w złożony mechanizm przemian fizyko-chemiczno-biologicznych w ustroju przez usunięcie miejscowego i pierwotnego zewnętrznego wyrazu tych przemian i przez przecięcie niekorzystnego wpływu ogniska miejscowego na dalszy bieg tych przemian. W ten sposób mechanizm działania zabiegu na nowotworze zbliża się w pewnej mierze do mechanizmu działania zabiegów w ostrych sprawach zapalnych. Przecinając karbunkul leczymy bowiem nie tylko miejscowe ognisko, lecz ponadto przez stworzenie odpływu dla produktów tego ogniska na zewnątrz znosimy niekorzystny wpływ tego ogniska na ogólny stan ustroju.

W związku z tym narzuca się dalsze pytanie. Co się dzieje w zakresie tego szczególnego rako-twórczego układu po usunięciu pierwszego zewnętrznego, miejscowego produktu zmian, zaszytych w tym układzie? Czy zabieg doszczętny zatrzymuje postępowanie tych zmian w miejscu, w którym się zmiany te znajdowały w chwili wykonywania zabiegu, czy też może stworzyć warunki do restitutio ad integrum, a więc do cofnięcia się wspomnianych przemian? Pewne spostrzeżenia kliniczne zdają się przemawiać za tym, że możliwość restitutionis ad integrum istnieje. Przemawiają za tym przypadki z wyleczeniem nie trzypięcioletnim, ale wieloletnim, nie zapadające już do końca długiego życia na raka. Te same doświadczenia kliniczne zdają się przemawiać za tym, że taki powrót do całkowitego zdrowia jest zjawiskiem co najmniej rzadkim, jeżeli nie wyjątkowym. Wydaje się, że znacznie częściej przez doszczętny zabieg zostaje wstrzymany rozwój przemian w ustroju, ale granica ich, osiągnięta w chwili wytworzenia się pierwszego ogniska nie ulega cofnięciu. Wynikiem tego jest gotowość do nawrotów w czasie bliższym, lub dalszym. Pomijając błędy techniczne w wykonaniu zabiegu (pozostawienie skupień komórek nowotworowych), a przyjmując zupełną poprawność techniczną zabiegu, liczyć się musimy z nawrotem. Jest oczywiste, że przy tak pojętym stanie pooperacyjnym nie możemy mówić o powrocie chorego do stanu prawidłowego, choćby nawrót nie występował po trzech, pięciu, a nawet ośmiu latach. Przetrwowało bowiem ogólne podłoże rakowe, tłumaczące zarówno wczesne, jak i późne, po 8 i więcej latach, występujące nawroty. Na podstawie doświadczenia klinicznego należy wypowiedzieć nieco pesymistyczny sąd, że pośród tzw. wyleczonych znacznie większa

część chorych należy do tej właśnie grupy. Trzecia grupa była by ta, w której zabieg — nawet doszczętny — nie wstrzymał rozwoju i postępu zmian fizyko-chemiczno-biologicznych w ustroju. Wczesny nawrót jest tego wyrazem i następstwem.

Wyżej podany stosunek zmian miejscowych do ogólnego podłoża wyjaśnia także wpływ zabiegów pomocniczych. Możemy do nich zaliczyć zarówno świadomie jako niedoszczętnie wykonane wycięcia chorego narządu, jak i zabiegi odciążające (odbyt sztuczny, przetoka żołądkowo-jelitowa). I te zabiegi mogą wpływać na podłoże, w bardzo wyjątkowych wypadkach może nawet cofając poziom tych zmian (cofanie się guza, ale chyba nigdy jego zniknięcie), znacznie częściej wstrzymując lub też hamując rozwój przemian podłoża ogólnego (długoletni dobry stan chorych, brak postępu zmian nowotworowych miejscowych). Jeśli zabieg pomocniczy nie spowodował żadnego zahamowania postępu w przemianach fizyko-chemiczno-biologicznych, to i żadnej poprawy klinicznej nie można się spodziewać.

Jeszcze inne zjawiska stają się nam nieco jaśniejsze: np. podwójne pierwotne ogniska rakowe w tym samym układzie narządowym (przewód pokarmowy), lub też w różnych narządach (pierś i przewód pokarmowy). W pewnym stopniu można nawet wyrazić zdziwienie nad rzadkością tego zjawiska. — Rola nowotworów dobrotliwych i ich związek z nowotworami złośliwymi, rozwijającymi się na ich podstawie, jest również dość wyraźna; tak samo występowanie nowotworów w późniejszym wieku.

Na działanie energii promieniotwórczej na ustrój dotknięty rakiem patrzeć możemy nie tylko pod kątem widzenia niszczenia komórek nowotworowych przez tę energię. Energia ta działa niewątpliwie i na stan ogólny ustroju. W jaki sposób i w jakim kierunku zmienia się wskutek tego układ sił fizyko-chemiczno-biologicznych, wpływających na pogotowie rakowe chorego, tego oczywiście nie wiemy; jednakże wolno przypuszczać, że dawki małe a wielokrotnie wpływają raczej korzystnie na ten współczynnik powstawania raka, tj. hamują jego rozwój, a może go nawet cofają.

Na zakończenie należy się jeszcze zastanowić nad praktycznymi wnioskami, jakie dla lekarza i klinicysty wynikają z powyższych rozważań. Wnioski te możemy przede wszystkim wyprowadzić w kierunku rokowania. Na rokowanie składają się dwa współczynniki: stan ogólny ustroju w powyższym rozumieniu i stan miejscowy (stan nowotworu, poprawność wykonania doszczętnego zabiegu itp.). Ten drugi współczynnik jest nam do pewnego stopnia — ale tylko do pewnego stopnia — znany; pierwszy jest nieznan. Z tego układu współczynników możemy zatem ułożyć równanie pierwszego stopnia o dwóch niewiadomych. Zadanie matematycznie nierozwiązalne — odpowiedź zatem na pytanie o rokowaniu jest niemożliwa; może

się ona opierać tylko na jednym współczynniku, a i ten jest niezbyt dokładnie znany.

Czy jednak współczynnik pierwszy (stan ogólny ustroju) jest nam istotnie całkowicie nieznan? Zarówno rozważania teoretyczne, jak również bogate, a krytycznie ugruntowane doświadczenie kliniczne uczą nas, że przypadki choroby rakowej schwyte u progu, albo tuż za progiem zewnętrznej manifestacji tej choroby w postaci miejscowego, „pierwotnego“ ogniska rakowego zapewnione mają najlepsze szanse na to, że doszczętny zabieg w tym okresie prawidłowo wykonany spowoduje wstrzymanie, a może nawet cofnięcie rozwoju zmian fizyko-chemiczno-biologicznych, stanowiących podłoże wytworzenia się pierwotnego ogniska. Zdanie to przetłumaczone na prosty język kliniczny brzmi: **Wczesne przypadki mają zapewnione najlepsze szanse wyleczenia.** Rokowanie jest zatem w tych wczesnych przypadkach bardziej określone, niżby wynikało z wyżej ustawionego równania. Chodzi tylko o to, by schwytać te przypadki we „wczesnym“ okresie rozwoju choroby. Pojęciem wczesności objaśnić można przypadki, które nazwałbym przedrakowymi, tj. te, w których w tkance jest skupisko komórek rakowych, dające może nawet pewne zaburzenia czynnościowe, ale dla oka jeszcze niewidoczne, a tym mniej wyczuwalne dla palca. Jeden taki przypadek miałem sposobność operować. Klinika wewnętrzna prof. Januszkiewicza rozpoznała u chorego raka żołądka na podstawie objawów czynnościowych i drobnych zmian radiologicznych. Laparotomia pozornie nie potwierdziła tego rozpoznania. Guza w żołądku ani nie widziałem, ani też wyczuwałem. Wykonałem mimo to rozległą resekcję żołądka wychodząc z założenia, że najczęstszą siedzibą raka żołądka jest odźwiernik, względnie część przyodźwiernikowa krzywizny małej. Badanie histologiczne: carcinoma gelatinosum. Chory żył 18 lat aż do zabicia go przez Niemców jako Żyda. Wczesne mogą jeszcze być przypadki, nie daleko poza progiem, na którym choroba rakowa się ujawniła, a więc przypadki z guzem, ale oczywiście niekoniecznie wyczuwalnym przez powłoki. Nie tu miejsce pisać o objawach klinicznych tego okresu. Okres ten nie jest bezobjawowym, trzeba tylko, by objawy były przez lekarza dostrzeżone i ocenione jako objawy, kierujące podejrzenie na chorobę rakową. Nie nam klinicyście dane jest widywać chorych w tym okresie. Sposobność tę mają lekarze więcej, lekarze przychodni Ośrodków Zdrowia, Ubezpieczalni itp. instytucji. W ich ręku leży klucz do poprawy dotychczasowych wyników operacyjnego leczenia nowotworów złośliwych. Oby nie zapomniano o tym, że klucz ten winien być stale pod ręką i że w właściwym przypadku powinien być zastosowany dla uświadomienia sobie choćby podejrzenia na istnienie choroby rakowej, a w konsekwencji dla skierowania chorego do odpowiedniego zakładu chirurgicznego.

Wrzód żołądka i dwunastnicy w świetle nowszych badań

Podał

doc. U. P. dr med. Stefan Kwaśniewski

Już po pierwszej wojnie światowej stwierdzono znaczny przyrost wrzodów żołądka i dwunastnicy, a w Rosji obserwowano podczas wojny domowej nasilenie o nagminnych wprost rozmiarach. Sposób odżywiania, głód, zaburzenia równowagi nerwowej odgrywały według **Sokołowa** rolę czynników społecznych w powstaniu tego schorzenia. **Bergmann** analizując ówczesne stosunki przyszedł do ciekawej, ale według mego zdania, niezupełnie słusznej koncepcji. Twierdzi mianowicie, że w rzeczywistości liczba wrzodów nie wzmożła się tak, jak na ogół przypuszczano, tylko po wojnie ujawniono w miarę udoskonalenia techniki badania, a zwłaszcza rentgenologii, wrzody częściej i pewniej, niż przedtem. Nie odmawiając pewnej słuszności powyższemu twierdzeniu, trudno sobie wyobrazić, żeby nasilenie o takich rozmiarach mogło ująć uwagę klinicystów, chociażby wyrzec się mieli pewnych zdobyczy technicznych.

Doczekaliśmy się drugiej wojny światowej, która ogromem i potwornością wydarzeń upamiętniła się po wszystkie czasy w dziejach ludzkości. Wlokły się za nią, jak za każdą wojną, wśród nieszcześć ludzkich także i choroby. Gruźlica dziesiątkowała ludność naszą, a choroba wrzodowa stała się po prostu klęską społeczną.

Mogę podzielić się spostrzeżeniami jedynie ze Śląska, Zagłębia Dąbrowskiego i powiatu chrzanowskiego, ponieważ z innych województw Polski nie posiadam bliższych danych. Od 1. 3. 1941 r. do 1. 3. 1945 r. kierowałem oddziałem chorób wewnętrznych Szpitala Powiatowego w Chrzanowie, dokąd mnie Niemcy wysiedlili. We wspomnianym czasie wykonaliśmy około 14 tysięcy prześwietleń żołądka. Po odliczeniu powtórek (około 2.000) pozostaje około 12.000 przypadków badanych rentgenologicznie. Stwierdziliśmy 1.670 wrzodów, w tym 1.240 dwunastnicy i 430 żołądka, poza tym 48 raków przełyku, żołądka i jelita grubego, 1 przypadek linitis plastica, 1 brodawczak, 3 duże przepukliny żołądka przez otwór przełykowy przepony, 1 przepuklinę przeponową pourazową z przemieszczeniem całego żołądka do klatki piersiowej i równoczesną odmą. Spośród 11 ciał obcych przytaczam tylko olbrzymi trichobezoar (980 g!) u dziewczynki piętnastoletniej.

Masowe pojawienie się wrzodów i olbrzymi napływ chorych sprawiały nam dużo kłopotów. Mimo nawoływania niemieckiej izby lekarskiej do ograniczenia badań rentgenologicznych, liczba prześwietleń narastała z roku na rok tak gwałtownie, że w roku 1944 musieliśmy się dzielić prześwietleniami ze szpitalem w Jaworznie. Przypadków ze szpitala w Jaworznie nie uwzględniłem w mojej statystyce.

Dla porównania przytaczam kilka liczb z terenu śląsko-dąbrowskiego. W szpitalu Spółki Brackiej w Katowicach zanotował dr Gwóźdź od 1. 1. 1941 r.: wrzodów dwunastnicy 916, żołądka 584, żołądka i dwunastnicy 32, przedziurawień 71. Resekcji wykonano 183. W Spółce Brackiej w Chorzowie stwierdzono w roku 1943 przeszło 400 wrzodów żołądka i dwunastnicy. Na oddziale chirurgicznym w Dąbrowie Górniczej wykonał dr Kubacki od r. 1940 do 1944 260 resekcji i operował poza tym jeszcze 160 przedziurawień. Od rentgenologów w Katowicach i Sosnowcu nie mam dokładnych danych, ale wiem, że w latach wojennych liczba wrzodów przekraczała kilka tysięcy. W pierwszym roku powojennym daje się zauważyć pewna poprawa, lecz poziom krzywej unosi się jeszcze wysoko ponad stan przedwojenny. W jednym tylko miesiącu wykonał w Szpitalu Ubezpieczalni w Katowicach prof. Bross 37 resekcji (luty 1946 r.).

Jak już wspominałem stwierdziliśmy w latach od 1. 3. 1941 r. do 1. 3. 1945 r. 1670 wrzodów, w tym 1240 dwunastnicy i 430 żołądka. Zgodnie z dawnymi spostrzeżeniami częstość wrzodów dwunastnicy u kobiet była zdumiewająco niska i wynosiła 3% (36 przypadków). Nieco inaczej przedstawia się u kobiet częstość zapadania na wrzody żołądka, z 430 bowiem obserwowanych wrzodów żołądka 87 dotyczyło kobiet. Także we wrzodach przedziurawionych udział kobiet był bardzo mały i wynosił 6 na 131, w tym 3 żołądka, 2 w dwunastnicy i 1 w zespoleńiu po gastroenterostomii.

Przytaczam teraz liczby przypadków operowanych:

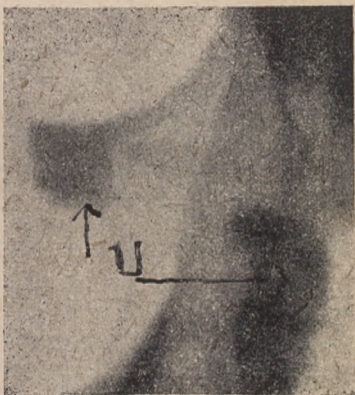
Wrzody przebite	126 + (5)
Gastroenterostomia	89 + (27)
Resekcja	135 + (19)
Przepuklina przeponowa	(1)
Brodawczak	1
Ciała obce	6
Razem	357 + (52)
	409

Liczby w nawiasach oznaczają pacjentów operowanych w innych klinikach i dotyczą przeważnie Niemców. Przepuklinę przeponową operował prof. Glatzel w Krakowie. W szpitalu chrzanowskim wykonał za wyjątkiem kilku zespoleń i resekcji wszystkie operacje dr Heftman.

Przechodzę teraz do omówienia danych klinicznych rozpoczynając od wrzodów przedziurawionych. Każdy, kto zastanawiał się nad przyczyną i istotą bólów, stawiał sobie niewątpliwie nieraz pytanie, dlaczego organizm nie sygnalizuje bólami tak groźnego niebezpieczeństwa, jakim jest istotnie przebicie wrzodu. Jeżeli wraz z tłumaczeniami

celowości zarządzeń organizmu będziemy interpretować zjawienie się bólów jako objaw celowy i ostrzegawczy, to staje się dla nas zupełnie niezrozumiałe, dlaczego tak banalnemu wydarzeniu, jakim jest uwięźnięcie kamyczka w moczowodzie towarzyszą tak potworne bóle, a przebiecie wrzodu zdradza się tak często dopiero po fakcie dokonanym. Uwięźnięcie kamienia nigdy nie zagraża bezpośrednio życiu, przebiecie wrzodu zawsze. Dotychczas nie udało się ujawnić przyczyny tej zagadkowej bierności organizmu.

Mniej więcej połowa chorych z wrzodami dziurawiącymi nie miała żadnej „przeszłości żołądkowej“, przy czym znamienny jest fakt, że na 135 wrzodów przebitych tylko 46 chorych było poprzednio badanych klinicznie i rentgenologicznie. Rozpoznanie przedziurawienia wrzodu w pierwszym momencie nie sprawia na ogół większych trudności. Wywiad, nagłe i gwałtowne bóle oraz ich umiejscowienie tworzą zespół typowy dla tego zjawiska. Znaczne trudności mogą powstać w późniejszym okresie, kiedy w miarę rozprzestrzenienia się zapalenia otrzewnej bóle i tkliwość całej jamy brzusznej przytłumiają zespół pierwotny. Wówczas bolesność, umiejscowiona często w dolnej części brzucha z przeważającą tkliwością okolicy wyrostka, może nasunąć rozpoznanie ostrego zapalenia wyrostka z powikłaniem otrzewnej. Podkreślam to dlatego, ponieważ w tym okresie bolesność okolicy wyrostka na ucisk może być znacznie większa, niż w miejscu pęknięcia wrzodu żołądka. Widziałem dotychczas 12 przypadków z różnych klinik, operowanych z dwóch cięć, to jest dolnego skośnego prawego z późniejszą poprawką w linii środkowej. Wydaje mi się, że główną przyczyną tego przeoczenia jest zaniedbanie szczegółowego wywiadu. Niemniej ważne jest zagadnienie bólów w przypadkach wrzodów drażących. Na zdjęciu Nr 1 widzimy dwa wrzody



Ryc. 1

żołądka, górny drażący i dolny zwykły. Przypadek ten, jak i 3 inne z różnych względów zasługują na szczególną uwagę. Przede wszystkim możemy obserwować skuteczność naszego leczenia na dwóch wrzodach różnego charakteru w jednym żołądku. We

wszystkich 4-ch przypadkach wrzody zwykle wygoiły się w 3 do 5 tygodniach, wrzody drażące były jeszcze po dwóch do trzech miesiącach widoczne. Sytuacja, jaka się wytworzyła w tego rodzaju wrzodach, utrudnia często właściwe postępowanie, zwłaszcza,



Ryc. 2

jeżeli chorzy sami nie zdają sobie sprawy z rzeczywistego stanu rzeczy. Pozorna poprawa, na którą składają się: okresowa bezbolesność, dobre samopoczucie, przyrost wagi, sprawiają, że chorzy często uchylają się od dalszego leczenia. W przytoczonym powyżej przypadku chory po wyleczeniu wrzodu zwykłego czuł się tak dobrze, że powrócił do swej ciężkiej pracy, jako górnik. Pięć miesięcy pracował bez większych dolegliwości, mimo że wrzód drażący był zawsze widoczny. Potem zjawily się bóle, które tak się spotęgowały, że chory sam zażądał operacji, o której przedtem słyszeć nie chciał. Na zdjęciu Nr 2, wykonanym w 6 miesięcy po zdjęciu Nr 1, widzimy, że wrzód drażący znacznie się powiększył, i sądząc z dwóch teraz widocznych pęcherzyków powietrznych nad niszą, rozpoczął drażyć w nowym kierunku. Na zdjęciu Nr 2 widoczna jest obok wrzodu drażącego duża blizna po wrzodzie wygojonym przed pięcioma miesiącami (+). Operacja wykazała wrzód drażący do wątroby i trzustki, oraz twardą bliznę poniżej wrzodu (dr Heftman). Jeden z moich pacjentów pracował przez 3 lata z wrzodem drażącym. Miewał okresy bezbolesności, które niekiedy trwały do 6-ciu miesięcy, a częsta kontrola rentgenologiczna wykazywała zawsze obecność wrzodu drażącego tej samej wielkości. Chory zmarł nagle podczas krwotoku. Podobny los spotkał jeszcze trzech innych chorych z wrzodem drażącym. Wrzód drażący otorbiony grubą warstwą tkanki łącznej często nie zdradza swej obecności, aż zdarzy się możliwość nowego drażenia. Niestety w większości przypadków poprawa nie trwa zbyt długo, a nasilenie bólów wskazuje na nowe pogłębienie wrzodu.

Łącznie z zagadnieniem bólów wspomnieć należy o krwawieniach wrzodowych, ponieważ i tu częściej spotykamy przypadki, w których wywiady w kierunku bólów są zupełnie puste. Nie mogę powiedzieć, ilu cho-

rych — ale zdarzało się to częściej — przyszło do szpitala z bólami głowy, zawrotami itd., a już sama bledność twarzy zdradzała silne krwawienie wewnętrzne. Niejeden z nich przyjął z niedowierzaniem rozpoznanie krwawienia z wrzodu żołądka, nigdy bowiem nie odczuwał przedtem z tej strony żadnych dolegliwości. Nie zapomnę chorego, który zgłosił się w szpitalu do kontroli płuc po ukończonej odmie. Badanie kliniczne, rentgenologiczne i opadanie krwinek wykazały doskonały wynik leczenia uciskowego płuc, tak, że chory bardzo zadowolony opuścił szpital. W drodze powrotnej odczuł dziwne osłabienie i tylko z największym wysiłkiem zawlókł się do domu. Tu chlusnęła mu krew z ust, a w godzinę później znalazł się w szpitalu z rozpoznaniem krwotoku płucnego. Przykra to była dla nas niespodzianka, ale obfite krwawe wymiociny ujawniły rzeczywistą przyczynę krwotoku. Kilka dni później stwierdziliśmy wrzód wielkości fasoli na ścianie tylnej żołądka. Chory oświadczył, że dotychczas w ogóle nie wiedział „o istnieniu u siebie żołądka” i nie mógł zrozumieć, że krwawi z wrzodu żołądka. Mam w pamięci z czasów przedwojennych dwa przypadki, w których oględziny pośmiertne wykryły wrzodziki wielkości dużego łebka od szpilki. Jeden z żołądków badanych histologicznie nie wykazał żadnych zmian w śluzówce poza obrębkiem zapalnym około nadżartej tętnicy.

Zejszcia śmiertelne należą w krwawiących wrzodach zwykłych do rzadkości, główne niebezpieczeństwo pod tym względem stanowią wrzody drażące i modelowate. **Kalk** przytacza statystykę zgonów przez krwawienie z 30 klinik. Odsetek zgonów wahał się między 1—22% krwawień ciężkich, a razem wziawszy wynosi przeciętna na 7.000 przypadków 9,4%. Na 110 krwawień, w których hemoglobina wynosiła mniej niż 50% zmarło u nas 9 chorych, w tym 8 mężczyzn i 1 kobieta. Wszyscy skrwawili się z wrzodów żołądka. Poza wrzodami mogą powstać krwotoki żo-



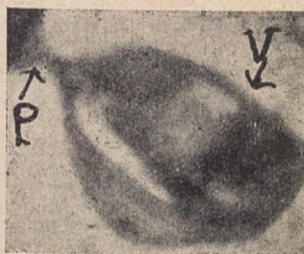
Ryc. 3

łądka także i na innym tle, jak np. z żyłaków w przypadkach marskości wątroby, w nieżyście krwotocznym, zatruciach, mocznicy itd. Z naszych autorów **Neugebauer** omówił szczegółowo tę sprawę, tak że uważam wyliczenie wszystkich wchodzących tu w grę możliwości za zbyt liczne. Pozwolę sobie tylko przytoczyć dwa ciekawsze przypadki. Pierwszy dotyczy mężczyzny lat 49, który chorował od dwóch lat. Przekazano go do szpitala

z rozpoznaniem wrzodu żołądka w stanie silnie wykrwawionym. (Hb. 30%.) Podczas prześwietlenia stwierdzono bez większego trudu na dnie żołądka guzek dobrze odgraniczony, bez oznak rozrostu wielkości czereśni (Ryc. nr 3.). Uwzględniając dane kliniczne, a zwłaszcza od dwóch lat datujące się krwawienie, wyraziłem przypuszczenie, że będzie to naczyniak albo brodawczak. Badania histologiczne wyciętego guzka potwierdziły rozpoznanie brodawczaka. **Berg** przytacza identyczne zdjęcie małego guzka, który okazał się przerzutem mięsaka do ściany żołądka. Wynika więc z tego, że identyczne obrazy rentgenologiczne mogą mieć różne podłoża, a rozpoznanie nie może opierać się wyłącznie na danych rengenologicznych. Jeszcze ciekawiej przedstawia się przypadek drugi, obserwowany przed wojną. Mężczyzna lat 53 miewał od kilkunastu lat prawie co roku silne krwotoki żołądkowe. Wymioty występowały nagle bez widocznej przyczyny i trwały niekiedy 3—4 dni, a w jednym roku zdarzyło się to nawet 5 razy. Mimo licznych badań i prześwietleń nie udało się ustalić rozpoznania. Chory miał pięcioro dzieci, które także krwawiły i to z nosa, z dziąseł i nerek, a jeden syn z opuszki kciuka. Okazało się, że krwawienia pochodziły z małych naczynek, co ułatwiło rozpoznanie skazy jako chorobę Oslera. (Teleangiectasia haemorrhagica hereditaria). Najlepszym dowodem dziedziczności wspomnianego schorzenia jest nazwisko chorego **Blutok**.

Przechodzę teraz do omówienia zwyrodnienia złośliwego wrzodu żołądka. Niezgodność statystyk klinicznych i brak potwierdzeń ze strony patologów sprawiły, że przez szereg lat kwestionowano z różnych stron możliwość zrakowacenia wrzodu. Do ustalenia tego poglądu przyczyniła się swego czasu pośrednio praca **Strohmeiera i Peysera**, którzy badając materiał rakowy w instytucie Aschoffa, doszli do wniosku, że zrakowacenie wrzodu należy do rzadkości. Sprzeczność tych spostrzeżeń z doświadczeniami klinicznymi skłoniła **Aschoffa** do skontrolowania materiału opisanego przez wspomnianych autorów, a wynik tych badań był wprost rewelacyjny. Okazało się bowiem, że wszystkie przez St. i P. opisane raki rzekomo pierwotne wywodziły się z wyjątkiem jednego z wrzodów modelowatych. Zwyrodnienie złośliwego wrzodu żołądka jest więc zjawiskiem nie tak rzadko spotykanym, a **Finsterer** podaje, że na 143 przypadków rozpoznanych zarówno przez internistę, jak i przez niego na stole operacyjnym jako wrzód żołądka 31 razy (20%) histologicznie stwierdzono rozpoczynające się zwyrodnienie rakowe. **Moynihan** powiada, że wrzody których średnica przekracza 2 cm należy uważać za złośliwe. Te zresztą słuszne uwagi odnoszą się jednak tylko do raków pierwotnych zwłaszcza grzybiastych, które rengenologicznie przedstawiają się jako głębokie nisze kraterowate z powierzchnią wklęsłą kształtu miseczki. Raki natomiast powstałe na tle wrzodów modelowatych różnią się zasadniczo od tych postaci, a

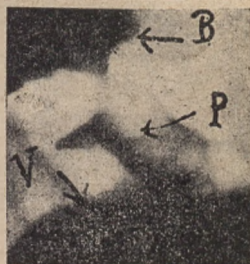
właściwie każdy wrzód modelowaty może w okresie późniejszym ukrywać zarodki rakowe. Tak więc zacieśnia się zagadnienie do pytania, jakie cechy znamionują zrakowacenie wrzodu modelowatego. W każdym razie można potwierdzić, że nowo powstały ubytek w starym wrzodzie modelowatym, wskazujący na rozpad tkanki, jest często oznaką zwrócenia złośliwego. W tych przypadkach rokowanie będzie też nienomysłne, ogólnie bowiem biorąc raki powstałe na podłożu wrzodowym wykazują bezwzględnie większą skłonność do przerzutów niż wspomniane pierwotne raki grzybiaste. Dla porównania pozwolę sobie najpierw przytoczyć zdjęcia raka pierwotnego w części przyodźwiernikowej żołądka. Był to guz wielkości śliwki o krawędziach występujących stromo ponad otoczenie, a w części środkowej wydrążony przez duże owrzodzenie. Guz dobrze odgraniczony dał się łatwo usunąć, a gruczoły i narządy sąsiadujące były wolne od przerzutów (Dr Heftman).



Ryc. 4

Na zdjęciu nr 4. widzimy ukształtowaną przez rozpad tkanki „miseczkę”. Delikatną tylko warstwą kontrastową pokryte ścianki dają doskonały wgląd we wnętrze miseczki. Pozwolę sobie teraz przedstawić dla porównania szereg zdjęć wrzodów zrakowaciałych. Nie mogę ze względów zrozumiały pokazać całego szeregu zdjęć typowych dla każdego okresu. Opuszczam też wszystkie dane kliniczne i pracowniane, które omówię w późniejszej rozprawie.

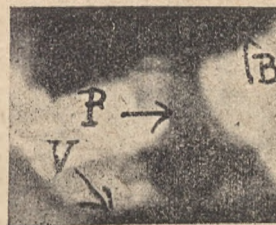
M. K. — lat 39 — bóle żołądka od 3-ch miesięcy (Ryc. Nr 5.) w odźwierniku niska kołcowa na ścianie przedniej.



Ryc. 5

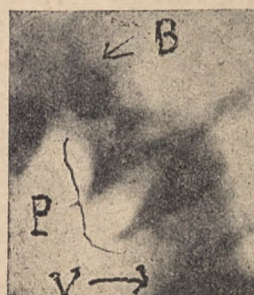
Zdjęcie wykonane 9 miesięcy po Nr 5-tym. Nisza powiększyła się znacznie, tworząc okrężny ubytek w miejscu niszy poprzednio kołcowatej. (Ryc. Nr 6.) Zdjęcie wykonane 14 miesięcy po Nr 6-tym. Cały odźwiernik

rozszerzony, głębokie wręby i bruzdy na całej przestrzeni odźwiernika. (Ryc. Nr 7.) Chory nie zgadza się na operację.



Ryc. 6

Zdjęcie wykonane 13 miesięcy po Nr 7-mym. Odźwiernik nie daje się odgraniczyć od części przyodźwiernikowej żołądka. Podczas kompresji widoczny



Ryc. 7



Ryc. 8

podłużny głęboki ubytek. (Ryc. Nr 8.). Chory wyniszczony, żółtaczka. Operacja (Dr. Heftman). Twardy guz w okolicy odźwiernika, silne nacieczenie gruczołów, duże przerzuty w wątrobie. Cał. inoperabile.

Widzimy w tym przypadku trzy okresy rozwoju wrzodu. Najpierw stwierdzamy mały wrzód kołcowaty, który się pogłębia, potem przechodzi w modelowaty, wreszcie rozpadem swym zdradza charakter rakowaty. Chociaż owrzodzenie było mniejsze, niż w poprzednim opisanym raku pierwotnym, to jednak przerzuty w gruczołach i wątrobie udaremniły operację.



Ryc. 9



Ryc. 10

W przypadku następnym widzimy gwałtowne, wprost piorunujące przejście z wrzodu modelowatego w raka.

S. W., lat 46. Mała okrągła niska w środku odźwiernika (ryc. nr 9). Drugie zdjęcie wykonane 9 miesięcy później. Głębokie wręby i bruzdy w bardzo rozszerzonym odźwierniku. Opuszka dwunastnicza ogromnie rozdęta (Ryc. nr 10). Taki stan utrzymuje się bez zasadniczych zmian przez 14 miesięcy. Chory miewa okresy pogorszenia, to znowu podmiotowej poprawy. W dwóch ostatnich miesiącach występuje znaczne pogorszenie. Gwałtowny rozpad całej części przy-

odźwiernikowej prowadzi do groteskowego wprost zniekształcenia (Ryc. Nr 11).

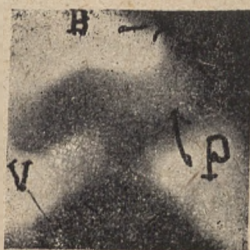
Operacja (dr Heftman): duży twardy guz w części odźwiernikowej z ogromnymi zrostami, liczne rozsiane guzki na otrzewnej jelitowej, kilka twardych guzów w wątrobie wielkości kurzego jaja. Ca inoperabile.



Ryc. 11

Ostatnie dwa przypadki nie wymagają żadnych objaśnień. Wrzód zwykły, potem modelowaty i ostateczne zrakowacenie przedstawiają trzy okresy mające obrazy rentgenologicznie typowe. Ponieważ w okresie trzecim bardzo często przerzuty udaremniają zabieg ostateczny, trzeba tym większą uwagę poświęcić okresowi drugiemu, to jest wrzodowi modelowatemu. Jak już wspomniałem Finsterer podaje 24% zrakowacenia wrzodu modelowatego części przyodźwiernikowej, do których należy dodać raki, w których podłoża wrzodowego nie można ustalić na skutek dużego rozpadu. Dlatego przytaczam jeszcze kilka przypadków wrzodów modelowatych, które powinny być operowane.

Z. K., lat 52. Przed trzema laty stwierdzono u podstawy odźwiernika na ścianie przedniej niszę kolczastą. W międzyczasie miewał chory okresy bezbolesności, które niekiedy trwały kilka miesięcy. Zwolniony przed rokiem ze szpitala po trzymiesięcznym leczeniu ze znaczną poprawą. Zgłasza się znowu z silnymi bólami. (Ryc. Nr 12.) Zdjęcie wykonano w trzy lata po



Ryc. 12

stwierdzeniu wrzodu. Odźwiernik szeroki, zniekształcony, na ścianie przedniej silnie uwypuklony. Rozpoznanie ulcus callosus. Kwasota 62/79! Operacja (dr Heftman) wykazuje wrzód modelowaty o spoistości chrząstki. Kilka zrostów. Gruczoły wolne. Histologiczne rozpoznanie ulcus callosus in carcinoma vertens.

J. B., lat 53, leczy się od 5-ciu lat na wrzód żołądka. Zdjęcie (Ryc. nr 13) wykazuje głęboką niszę u podstawy odźwiernika na ścianie tylnej. Kwasota

52/72. Na zdjęciu Nr 14, wykonanym 23 miesiące po zdjęciu Nr 13 nie widać już niszy, tylko głęboką okrężną bruzdę, która na kształt kołnierza wcina się głęboko w mięsz. Kwasota 12/29. Chory żąda sam operacji, ponieważ ciągle bóle uprzykrzają mu życie. W czasie operacji (dr Heftman) stwierdza się wrzód



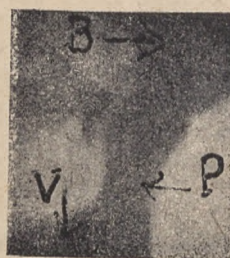
Ryc. 13



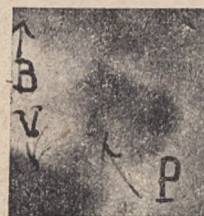
Ryc. 14

modelowaty na kształt głębokiej okrężnej brzdy, odpowiadającej w zupełności obrazowi rentgenologicznemu. Rozpoznanie histologiczne ulcus callosus in carcinoma vertens.

J. B., lat 43. Wrzód odźwiernika leczony od dwóch lat. Na zdjęciu pierwszym mała kołkowata nisza na ścianie tylnej. Po dwóch latach (Ryc. Nr 15) nisza



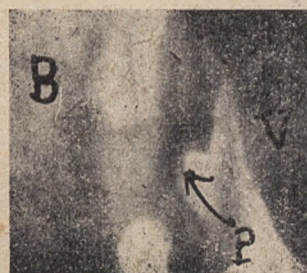
Ryc. 15



Ryc. 16

wielkości dużego grochu. Po pięciu miesiącach nisza bez zmian mimo leczenia dietetycznego, larostidyny i progynonu. Chory nie zgadza się na operację.

Z. D., lat 48 — leczy się od trzech lat na wrzód żołądka. Stwierdzono przed dwoma laty niszę na ścianie przedniej odźwiernika. Po dwóch latach (Ryc.



Ryc. 17

Nr 16) nisza głębsza, niż przed sześcioma miesiącami, odźwiernik szeroki nacieczony, papka przelewa się szerokim strumieniem. Chory nie zgadza się na operację.

A. C., 52 lata — choruje od czterech lat na wrzód żołądka. Wrzód podobno się wygoił, ale od roku ma znowu bóle. (Ryc. Nr 17) Nisza na ścianie przedniej żołądka tuż przed odźwiernikiem. Podczas skurczu widać nacieczony odźwiernik szeroki i zięjący. Chory nie zgadza się na operację.

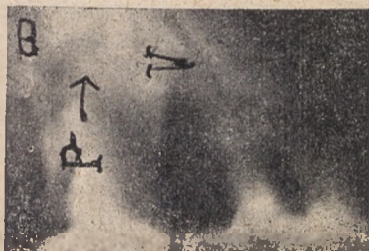
W. R., lat 50. Przed dwoma laty nisza w odźwierniku na ścianie tylnej. Obecnie nisza głębsza, po stronie przeciwległej druga głęboka nisza w odźwierniku (Ryc. Nr 18). Chory nie zgadza się na operację.

Na koniec przytoczę jeszcze jeden przypadek i to zrakowacenia wrzodu w części przyodźwiernikowej ze względu na niezwykle rozwój i szybkość zwyrodnienia.



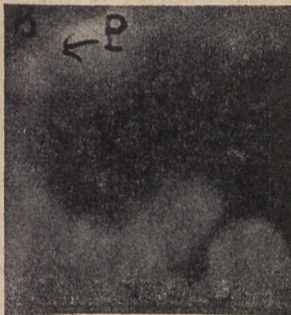
Ryc. 18

J. B., lat 35. Bóle od 4-ch miesięcy. W części przyodźwiernikowej żołądka na krzywiźnie dużej widoczne są dwie stale utrzymujące się bruzdy, między którymi znajduje się jakby skrawek normalnej śluzówki. (Ryc. Nr 19.). Gastroskopia: Obły płytki ubytek wielkości fasoli. Uderza silny obrzęk i szerokie przekrwienie



Ryc. 19

nie śluzówki, otaczającej wrzód. Następne zdjęcie wykonane 5 miesięcy później (Ryc. Nr 20) wykazuje mały, ale głęboko drążący ubytek na kształt lejka, u którego podstawy widać wyraźne okrężne nacieczenie. Gastroskopia: Głęboki ubytek wielkości dużego grochu o krawędziach poszarpanych. Silne przekrwienie z kilkoma wybroczynami i szeroki obrzęk. Chory nie zgadza się na operację i zgłasza się po



Ryc. 20

pięciu miesiącach w stanie beznadziejnym z dużymi guzami w wątrobie i wysiękiem w brzuchu.

Jak już powyżej wspominałem nie wygoili się z dwunastu wrzodu odźwiernika samego ani jeden podczas 2—4-letniej obser-

wacji, 4 natomiast zrakowaciały. Siedem wrzodów operowano, a dalszy los pięciu pozostałych jest mi nieznany. Nawiażując do tych ostatnich muszę poświęcić kilka słów pewnej krytycznej uwadze **Moynihana**, skierowanej do internistów. Ponieważ już częściej spotkałem się z tą uwagą, a u nas **Dengel** uzupełnił ją komentarzem dla internistów wcale niepochlebnym, przeto warto się nad tą sprawą nieco zastanowić. Moynihan powiedział, że statystyki chirurgów wykazują jasno wyniki zabiegu chirurgicznego w odsetkach jako wypadki wyleczone z jednej, jako zejścia śmiertelne z drugiej strony. W statystyce internistów znajduje się natomiast pozycja wrzodów podleczonech wzgl. niewyleczonych, których los późniejszy wcale nie jest znany. W obecnym stanie nasilenia oznaczało by to liczby bardzo poważne. Statystycznie biorąc Moynihan miałby tylko wówczas rację, gdyby wszyscy chorzy z wrzodami godzili się na operację, a konto internistów tylko obciążone było wrzodami nierozpoznanymi. Ale w rzeczywistości przekazujemy tylko część wrzodów do operacji, a rachunek jest dla chirurgów bardzo prosty, jeżeli zabieg operacyjny jest już postanowiony. Wielu jednak chorych nie zgadza się na operację, jak to wynika z poprzednio przytoczonych przypadków, i ci przede wszystkim wędrują po różnych klinikach i zmieniają często lekarzy. W obecnym stanie rzeczy nie widzę możliwości uniknięcia tego współczynnika niepewności w naszych statystykach, tym mniej, że nie istnieją dotychczas żadne ściśle i ogólnie obowiązujące wskazania do operacji.

Leczenie zachowawcze.

Minęło już przeszło 100 lat od czasu, kiedy **Cruveilhier** wyodrębnił wrzód żołądka jako jednostkę chorobową. Zdawało by się więc, że na przestrzeni tylu lat zdołano uzgodnić zasady postępowania i ustalić wytyczne w leczeniu dietetycznym chorób wrzodowej. Niestety jesteśmy jeszcze bardzo daleko od tego celu i nie wiem, czy w jakiegokolwiek dziedzinie naszego leczenia można by przytoczyć tyle przykładów rażącej rozbieżności, jak na odcinku dietytyki chorób żołądka. **Arneth** wydał w r. 1943 monografię poświęconą leczeniu wrzodów żołądka i dwunastnicy i daje na 35-ciu stronach w krótkich streszczeniach pogląd na obecnie stosowane diety i sposoby leczenia. Na ogół biorąc referuje **Arneth** wyczerpująco i rzeczowo, ale nie wspomina o dziecie Jarowskiego i o kilku szczególnie w krajach anglosaskich stosowanych przepisach dietetycznych (**H. Beckman**). Po ocenie krytycznej daje **Arneth** pierwszeństwo starej diecie **Leubego**, którego pamięci poświęcona jest wspomniana monografia. Doświadczenie jest i długo niezawodnie pozo-

jeszcze musimy uwzględnić niepewność naszej statystyki. Wszyscy nieomal autorzy specjalnych diet szczył się mniej więcej tymi samymi wynikami. Wysunięty więc przez szereg badaczy wniosek, że żadnej diecie nie należy się pierwszeństwo, staje się wobec tego zrozumiały. Każda oszczędzająca dieta prowadziła by więc do tego samego celu. Przeciw takiemu uogólnieniu można by przytoczyć pewne zastrzeżenie. Każdy, kto posiada w tej sprawie większe doświadczenie, potwierdzi, że niekiedy wrzód leczony bezskutecznie jedną metodą, goi się po zastosowaniu innego sposobu leczenia. Przypominam sobie chorego z głębokim wrzodem drażącym, którego daremnie leczono najpierw dietą **Leubego**, a potem **Jarockiego**. Gastroskopijnie przedstawiał się wrzód jako ubytek wielkości czerśni, a na dnie wrzodu była widoczna obnażona trzustka. Po zastosowaniu metody **Sippy'ego** wrzód wygoił się w trzech tygodniach piękną blizną. Przy tej sposobności chciałbym zaznaczyć, że na ogół nie jestem zwolennikiem diety **Sippy'ego**.

Podczas ostatniej wojny **Kürten** w Niemczech nie stosował żadnej diety, a chorzy nie pobierali poza ogólnie obowiązującym przydziałem na kartki żadnych dodatków. **Kürten** leczył wszystkie wrzody ambulatoryjnie za wyjątkiem ciężko krwawiących, przy czym stosował tylko leczenie bodźcowe *Novoprotina*, którą podawał dwa razy w tygodniu dożylnie. K. twierdzi, że nasze leczenie dietetyczne opiera się na zupełnie fałszywych zasadach, a poniekąd i przesadach, przy czym wywodzi się z przesłanek czysto teoretycznych. Apodyktyczne i żadną statystyką nie poparte twierdzenie **Kürtena** spotkało się ze słuszną krytyką z różnych stron (**Schüttenhelm**, **Stepp** itd.). W każdym razie osiągnął K. cel, który mu przyświecał i wykazał, ile godzin roboczych wymóc można z materiału ludzkiego w planie gospodarki wojennej. Godniejszą uwagi jest praca **Willi'ego**, który podaje wyniki leczonych 500 wrzodów przez **Caroli'go**. Także **Caroli** nie stosuje żadnej specjalnej diety, ale podkreśla konieczność wytrwałego leżenia. Wyniki według tego autora nie są gorsze, niż po leczeniu dietami specjalnymi. Chorych niewyleczonych w czasie określonym należy operować. Największego wyłomu w naszych, już pewną tradycją uświęconych, zasadach dokonał **Meulengracht**. Wrzód krwawiący uważano przez dziesiątki lat za *noli me tangere* i pod tym względem nasze poglądy były wyjątkowo zgodne. Uczono nas, że podczas wyraźnego krwotoku bezwzględnie wskazane jest zupełne unieruchomienie żołądka. Osiągamy to przez najściślejczy wypoczynek w łóżku, oraz przez bezwzględny zakaz żywienia doustnego. **Meulengracht** natomiast daje choremu nie bacząc na krwotok i stan ogólny chorego obfitą i treściwą dietę, składającą się z mięsa, wędlin, różnych zup, jarzyn i kompotów i to według życzeń chorego w porcjach ilościowo nieograniczonych. Według relacji **Meulengracha** stu-

denci dowcipkują już na ten temat i zapytani, jak należy leczyć wrzód krwawiący, odpowiadali: „Obetrzeć usta z krwi i podać befszytk“. Przypominam, jak krytycznie przyjęto swego czasu dietę **Lenharta**, który zezwolił w szóstym dniu po krwawieniu na 50 g mięsa gotowanego. **Ewald** i **Noorden** nazwali takie postępowanie dziwnym wybrykiem. Liczni autorzy ustosunkowali się jednak przychylnie do diety **Meulengracha** i uważają ją za punkt wyjściowy do nowych przemian dietetycznych. W oświeśleniu **Arnetha** wyniki **Meulengracha** nie przedstawiają się jednak tak imponująco, jeżeli po 5-ciu tygodniach leczenia jeszcze w 30% nisze były widoczne. Zdaniem **Arnetha** dieta **Leubego** daje najlepsze wyniki.

Podczas wojny mieliśmy dużo kłopotów z odżywianiem naszych chorych. Władze administracyjne niemieckie naszego szpitala nie uznawały żadnych diet specjalnych dla pacjentów narodowości polskiej. Jedyne ustępstwo, na które się zgodziły, była zamiana chleba przydziałowego na biały. Tak więc każdy chory starał się na swój sposób i według swego upodobania uzupełnić kuchnię szpitalną. Była to więc dieta dowolna i na ogół niezbyt obfita. W tej sytuacji staraliśmy się przetrzymać chorych jak najdłużej w szpitalu, by chroniąc ich od pracy przyczynić się jakoś przez dłuższy wypoczynek do stworzenia pomyślniejszych warunków leczenia. Udało nam się to bez większych trudności, a wyniki były lepsze, niż można się było spodziewać. Dotyczyło to przede wszystkim wrzodów zwykłych w trzonie. Dziwiło nas nieraz, jak prędko takie wrzody goiły się po zwykłym wypoczynku i zresztą nieprzepisowej diecie. Niejeden wrzód drażący ostatecznie zabliznił się, co też potwierdziła kontrola gastroskopijna. Najgorzej przedstawiała się sprawa z wrzodami modelowatymi części odzwiernikowej i odzwiernika samego. Jak już powyżej wspomniałem, z dwunastu wrzodów odzwiernika samego nie wygoił się ani jeden, a 4 zrakowaciały. Ogólnie biorąc wyleczyliśmy około 80% wrzodów żołądka. Z tych dostało ok. 15% w czasie 1941—1945 r. nawrotów.

Wrzody dwunastnicze wymagają oddzielnego omówienia, chociażby już z tego względu, że nieprzystępne dla gastroskopijnej kontroli nastroczają niepomiernie większe trudności w ocenie ostatecznego wyniku leczenia, niż wrzody żołądka. Posiadam kilkadziesiąt zdjęć opuszki, które wykazują tak olbrzymie zniekształcenia i zniszczenia, że pozostały z niej tylko strzępy porośnięte przez zrosty. Trudno zdobyć się na rozpoznanie niszy w tak zagmatwanym obrazie, tym więcej, że tzw. kieszonki naśladować mogą owrzodzenia. Część chorych nie odzuwała żadnych dolegliwości, chociaż papka niekiedy przesuwiała się tylko cienkim i krętym strumieniem rzez zniszczoną opuszkę. Inni znowu skarżyli się na bóle zgagę i czasami i na wymioty. Nawet po operacji nie

dowiedziałem się, czy w opuszcze znajdowały się owrzodzenia, ponieważ olbrzymie zrosty uniemożliwiały oddzielenie opuszki. Niepewność interpretacji bardzo zawiłych obrazów rentgenologicznych powoduje często rozbieżność w ocenie wyników leczenia wrzodu dwunastnicy. Nie ulega jednak wątpliwości, że liczba wrzodów dwunastnicy wyleczonych leży poniżej odsetka wrzodów żołądka.

Na podstawie badań doświadczalnych i klinicznych stwierdzili **Weiss** i **Aron**, że histidyna wprowadzona z pominięciem przewodu pokarmowego wzmacnia odporność żołądka wobec trawienego działania kwaśnego soku. Według niektórych autorów przez stosowanie histydyny staje się nawet zbędne wszelkie leczenie dietetyczne — dlatego histidyna nadaje się szczególnie do leczenia ambulatoryjnego. Wychodząc z założenia, że wrzód zwykły nie może być sprawdzianem skuteczności danego środka, stosowałem larostidynę prawie wyłącznie w przypadkach wrzodów modelowanych i drażących. Już przed wojną nie mogłem się przekonać o świetnych wynikach opisanych przez niektórych autorów, a dalsze próby na dużym materiale wojennym potwierdziły pierwsze wrażenia. W ostatnich ośmiu latach stosowałem larostidynę w przeszło 200 przypadkach z wynikiem tak skromnym, wzgl. wątpliwym, że postanowiłem skreślić larostidynę ze swego repertuaru środków leczniczych. Bezskuteczność larostidyny ujawniła się może najwyraźniej po podawaniu jej w celach zapobiegawczych, co jednak wielu chorych nie uchroniło od nawrotów, krwawień i przebiecia wrzodu. Larostidyna cieszy się i dzisiaj u wielu lekarzy, także i u nas, reputacją swoistego środka przeciwwrzodowego. Wobec tego pozwolę sobie przypomnieć, że już w r. 1936 **Barry** i **Florey** nie potwierdzili wyników doświadczeń na psach Arona i Weissa, którzy powołując się na swe zresztą niepotwierdzone wyniki po kilku próbach na skromnym materiale klinicznym, a więc bez należytych podstaw, ale za to z odpowiednią reklamą, nadali rozgłosu tej nowej metodzie leczenia. W tym samym roku wykazał **Martin** zupełną bezskuteczność larostidyny, a **Flood** i **Mellius** twierdzą, że ten sam wynik osiągnąć można zastrzykami wody destylowanej, lub roztworem fizjologicznego, czyli że zaliczają takie leczenie do pewnego rodzaju psychoterapii. **Kalk**, jeden z najlepszych znawców tego tematu, nie widział żadnego wpływu na wrzody, które okazały się odporne na leczenie dietetyczne. Na koniec przytaczam jeszcze opinię **Martini'ego**, który mówi o „zarazie larostidinowej“, która ogarnęła wielu lekarzy i przyczyniła się do bezmyślnego zastosowania środka najwidoczniej bezskutecznego.

Niemniejszym rozgłosem od larostidyny cieszyły się podczas wojny niektóre hormony (**Progynon** i **Cyren B**). W Niemczech odezwały się głosy w takich superlatywach, że nawet niektóre izby lekarskie w swych miesięcznych komunikatach polecały ten najnowszy i najskuteczniejszy sposób leczenia wrzodów.

Progynon i **Cyren B** stosowaliśmy w około 100 przypadkach, prócz tego przeszło u 50 chorych skombinowaną kurację larostidiną i progynonem na przemian. Przypadek zrządził, że pierwszego chorego leczonego progynonem przekazano do szpitala w tydzień po skończonej kuracji z wrzodem przedziurawionym, niedługo potem drugiego z silnym krwotokiem. Na szczególną wzmiankę zasługuje chory, którego nie uchroniły przed przebieciem wrzodu trzy serie larostidyny i dwie serie progynonu. Krótko streszczając swe wyniki mogę tylko powtórzyć to, co powiedziałem o larostidynie. **Progynon** i **Cyren B** okazały się bezskuteczne w wrzodach opornych na leczenie dietą i spokojem.

Oryginalny sposób leczenia wrzodów podali **Parrot**, **Dabray** i **Richet**, którzy na psach wywołali histaminą nadżerki i nawet wrzody w żołądku i dwunastnicy. Okazało się bowiem, że w okresie bólowym poziom histaminy we krwi u ludzi jest prawie dziesięciokrotnie wyższy, niż u zdrowych. Histamina wzrasta już na kilkanaście dni przed okresem bólowym, osiąga najwyższy poziom w pierwszych dniach bólów i wraca do normy przed końcem objawów klinicznych. Histamina okazała się także skuteczną w leczeniu wrzodów. Paradoks ten tłumaczy się tym, że organizm na słabe dawki, stopniowo narastające, oddziałuje coraz mniej i wreszcie znosi także ilości, które mogą się równać dawkom śmiertelnym. Małe dawki podawane codziennie przestają wkrótce działać na wydzielanie się kwasu solnego i po kilku miesiącach mogą doprowadzić do bezkwaśności.

Nieco fantastyczną metodę leczenia wrzodów podał **Filatow**, który doszedł do wniosku, że przeszczepy skóry trupiej w obrębie „dołka podsercowego“ mają wybitny wpływ leczniczy na wrzód żołądka i dwunastnicy. **Landsberg** zmodyfikował zabieg **Filatowa** i przeszczepia własną skórę pacjenta w okolicy dołka podsercowego. U pięciu chorych leczonych w ten sposób uzyskał L. znakomitą poprawę. „Wszystkie przypadki kontrolowano rentgenologicznie, przy czym można było stwierdzić daleko idące zmiany ku lepszemu“. To jest niewiele. Daleko idące poprawy stwierdzamy także w innych metodach leczenia, jedynie wygojenie się blizną staje się sprawdzianem skuteczności leczenia, wrzody bowiem tylko podleczone zaliczam do niewyleczonych.

W Ameryce był podczas wojny w użyciu proszek składający się z hydrolizatów proteinowych, aminokwasów i polipeptydów z domieszką dekstrozy, saccharozy i maltozy. Kilku chorych, którym taki proszek po wojnie z Ameryki przesłano, bardzo sobie go chwaliło. Własnych doświadczeń nie posiadam. Leczeniu chirurgicznemu mogę poświęcić tylko kilka uwag. W czasie od 1. 3. 1941 do 1. 4. 1945 r. operowano 131 wrzodów przebitych. Prócz tego wykonano 116 zespolień żołądkowo-jelitowych i 144 resekcji. Wyniki pooperacyjne po zespoleniu były mało zado-

walające, nie tylko ze względu na wrzody wtórne w zespoleńiu (7/116), ale przede wszystkim z powodu bardzo silnego nieżytu wtórnego żrącego, który często stwierdzano z powodu niemożności zachowania diety po operacji. W kilku przypadkach obrzęk śluzówki był tak wielki, że nastąpiło zaczopowanie i niedrożność pętli odprowadzającej. Wziernikowanie daje nam możliwość obserwacji bezpośredniej śluzówki żołądka i żaden obraz nie przedstawia się może tak ciekawie jak nieżyt żrący. Silnie przekrwiona i rozpulchniona śluzówka pokryta strzępami śluzu ropnego, obrzękłe fałdy z rozsianymi nadżerkami i wybroczynami składają się na bardzo barwny i kontrastowy obraz. Po płukaniu targezyną i zastosowaniu diety w krótkim czasie ustąpił nieżyt i pętla stała się znowu drożna. Chorzy po resekcji nie wykazywali w tych samych warunkach tego rodzaju powikłań. Cztery zespolenia paliatywne w przypadkach wrzodów wpustu pozostały bez jakiegokolwiek wpływu na wrzody, po resekcji wygoiły się cztery wrzody wpustu w krótkim czasie.

Większość naszych chirurgów wypowiedziała się za zabiegiem doszczętnym także wrzodów dwunastnicy. **Jurasz**, jeden z najgorliwszych swego czasu zwolenników resekcji, wykonuje obecnie często w przypadkach wrzodów dwunastnicy zespolenie wg metody Thienne'a. W krajach anglosaskich jeszcze dzisiaj ogranicza się wielu chirurgów do zespolenia w przypadkach wrzodów dwunastnicy. Pod koniec pozwolę sobie na uwagę krytyczną, skierowaną do adeptów sztuki chirurgicznej. Częściej, niż na ogół się przypuszcza, młodzi chirurdzy wykonują zespolenie zupełnie nieprawidłowo. Mam tu na myśli tak wysoko przyczepioną pętlę jelitową w trzonie żołądka, że bezcelowość zabiegu staje się widoczna już na pierwszy rzut oka. Nie mówię tu o zespoleniu, jako o operacji wstępnej do późniejszej resekcji, tylko o zespoleniu jako zabiegu ostatecznym. Widziałem też przypadek operowany w jednej z klinik niemieckich, gdzie założono w żołądku dwudzielnym pętlę do worka dolnego, po czym nastąpiła na skutek nieżytu pooperacyjnego zupełna niedrożność w zwięźeniu. **Teschendorf** przytacza taki sam przypadek w swym podręczniku rentgenologii, a więc i takie rzeczy zdarzają się widocznie częściej.

W kilku słowach streszczę obecne nasze leczenie wrzodu żołądka i dwunastnicy. Mamy i dzisiaj niemało kłopotów z odżywianiem chorych i nie możemy stosować diet ścisłych. Musimy ograniczyć się do diety mieszanej i oszczędzającej. W silniejszych nieżytach płuczemy na czczo żołądek targezyną, w nadkwaśności podajemy *gastrosil* i *belladonnę*. *Larostidyny* i *progynonu* nie używamy już więcej. Największy nacisk kładziemy na wytrwale leżenie. Niestety większość chorych nie docenia i nie przestrzega ściśle tego przepisu, a leczeni ambulatoryjnie najczęściej lekceważą sobie zupełnie takie rady. Potwierdza się stare doświadczenie, że chorych bar-

cho trudno jest utrzymać w łóżku z chwilą ustąpienia bólu.

A jednak kontrola rentgenologiczna i gastroskopijska wykazują, że w pierwszym okresie nisza często prędko się zmniejsza, ale zabliznienie w późniejszym okresie postępuje znacznie wolniej. Wypoczynek jest głównym czynnikiem zapewniającym ostateczne wygojenie się wrzodu, a chorzy, którzy nie mogą albo nie chcą się pogodzić z dłuższym leżeniem, udaremniają ostateczne wyleczenie wrzodu. W przypadkach ze słabą skłonnością do zabliznienia stosujemy leczenie bodźcowe i to mleko domięśniowo wzgl. szczepionkę *durową* dożylnie. Z leczenia bodźcowego należy wykluczyć wszystkich chorych z czynną sprawą gruźliczą. W ostatnich miesiącach stosujemy *Aluminium hydroxide gel*, środek obecnie często używany w Ameryce. Czas obserwacji jest zbyt krótki, by móc coś pewnego o skuteczności wspomnianego lekarstwa powiedzieć.

O wskazaniach operacyjnych mówiłem już, omawiając wrzody modelowate. Uważam, że każdy wrzód modelowaty, a zwłaszcza części odźwiernikowej i przyodźwiernikowej niewyleczony w dwóch do trzech miesiącach powinien być operowany. Tak samo i wrzody drażące niewygojone w tym czasie należy przekazać chirurgowi. Dłuższe wyczekiwanie i wtórne próby leczenia zachowawczego stwarzają tylko niekorzystne warunki dla późniejszej operacji. We wrzodach dwunastnicy można usprawiedliwić dłuższe leczenie zachowawcze nawet i przy skłonności do nawrotów, zwyrodnienie bowiem rakowate wrzodów dwunastnicy należy do największych rzadkości.

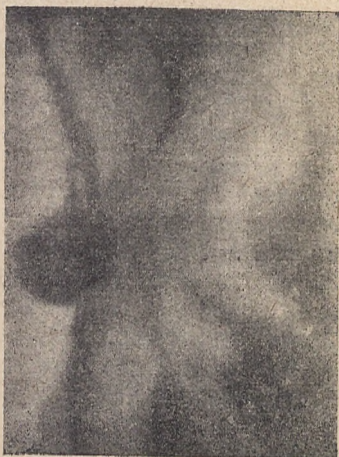
Patogeneza choroby wrzodowej.

Teorie poświęcone zagadnieniu patogenyzy choroby wrzodowej są tak liczne, że streszczenie i ich ocena wymagałyby osobnej rozprawy. Ograniczę się więc tylko do kilku zasadniczych pytań. Badania współczesne wskazują na chorobę wrzodową jako na jeden z przejawów stanu patologicznego ogólnoustrojowego. Dotychczasowe jednak badania kliniczno-pracowniane skupiały się w dążeniu do wyświelenia pewnego mechanizmu powstania wrzodu, a nie do powiązania przyczynowego z pewnymi warunkami życiowymi. W myśl **teorii Bergmanna** wrzody powstają na tle pewnej przeculicy układu tętniczego. Okresowo występujące skurcze naczyniowe przerywają dopływ krwi do zasilanych odcinków śluzówki żołądka. Niedokrwiona śluzówka ulega trawieniu przez soki żołądkowe, czego następstwem jest nadżerka pierwotna. Dotychczas jednak nie obserwowano podczas wziernikowania skurczów naczyniowych i niedokrwień, a **Gutzeit** i **Teitge** podkreślają, że nigdy nie widzieli, żeby z nadżerki wytworzył się wrzód. Poza tym znamy chorobę, którą znamionuje wybitna kurczliwość i łamliwość naczyń. Jest to nadciśnienie samorodne. A jed-

nak hipertonicy nie są predysponowani do choroby wrzodowej. Koncepcja Bergmanna uzupełniona i zmodyfikowana przez różnych autorów ma jeszcze i dzisiaj swych zwolenników, chociaż została częściowo wyparta przez **teorię Konjetznego**, który twierdzi, że wrzody żołądka powstają na podłożu nieżytu

rzyły mnie jednak pewne szczegóły, które częściej powtarzają się i pozwalają ustalić trzy typy wrzodów trzonu.

Typ pierwszy (Ryc. Nr 21). Na zdjęciu widzimy wyraźną niszę w trzonie na krzywiznie małej. Tkanka sąsiadująca z wrzodem nie wykazuje szczególnego rysunku. Jest



Ryc. 21



Ryc. 23.

żrącego. Konjetzny powołuje się na badania histologiczne doraźnie utrwalonych świeżych preparatów operacyjnych. Zgadza się z wynikami histologicznymi Konjetznego, ale nie mogę pogodzić się z ich interpretacją. Wrzody, które Konjetzny operował, nie były świeże, jeno stare daremnie leczone długi okres przez internistów i potem przekazane do zabiegu operacyjnego. Nieżyt więc stwierdzony

to obrzęk i nacieczenie, składające się na wał około wrzodu. Ku temu naciekowi zbiegają się fałdy na kształt promieni. Zgrubiałe fałdy występują wyraźnie jako pasemkowe wypukłości i zbiegają się w kierunku wrzodu. Badanie wziernikowe potwierdza obraz rentgenologiczny, przy czym dzięki żywości barw obraz przedstawia się bardzo plastycznie. Uderza przede wszystkim silne przekrwienie nacieku



Ryc. 22



Ryc. 24

może być wtórny, co nie stanowiło by niczego nadzwyczajnego przy tak przewlekłym schorzeniu żołądka. Obrazy rentgenologiczne i wziernikowe, które uzupełniają się doskonale, wykazują tak różnolite zmiany śluzówki w przypadkach wrzodów, że na pierwszy rzut oka nie podobna wyodrębnić pewnych typowych wzorów. Podczas przeglądu dużego materiału, obejmującego przeszło 2000 zdjęć, ude-

i grubość ostro obrysowanych fałdów. Przesuwając wziernik niżej poza zgrubiałe fałdy stwierdzamy zupełnie normalną śluzówkę aż do odźwiernika.

Typ drugi (Ryc. Nr 22). Już na pierwszy rzut oka widać wyraźną różnicę między dwoma zdjęciami (21 i 22). Obraz fałdów jest zamazany i zagniatany. Widać jakby tylko strzępy fałdów skrzyżowane ku wrzodowi. Obraz przypomina poniekąd fotografię mgławic astralnych. Podczas wziernikowania trudno

dostrzec zarys wyraźnych fałdów. Błona silnie przekrwiona i rozpulchniona zasłania światło głębokiej niszy. Kilka nadżerek i wybroczyn wskazują na silny nieżyty, który rozprzestrzenia się aż do odźwiernika.

Typ trzeci (Ryc. Nr 23). Brak zupełny odczynu zapalnego wokoło wrzodu. Duża i głęboka nisza tkwi, niby dziura w ścianie. Fałdy delikatne biegną prosto obok wrzodu. Podczas wziernikowania nie widać wału nacieczenia, tylko krawędź wrzodu uwypukla się nieco, niby czerwona obręcz naokoło głębokiej jamy. Fałdy wiotkie i płytkie nie różnią się niczym od fałdów śluzówki w dolnych odcinkach żołądka.

Dla uzupełnienia przedstawię jeszcze jedno zdjęcie tego samego przypadku wykonane w 10 dni później (Ryc. Nr 24). Na tym zdjęciu widzimy wyraźnie już zgrubienie fałdów i zaznaczony kierunek promieniowania ku niszy, a więc obraz zbliżony do typu pierwszego (Ryc. Nr 21). Trzy opisane typy nie przedstawiają wszystkich spotykanych odczynów tkankowych w przypadkach wrzodów, ale w każdym razie dowodzą, że nie może być mowy o jednolitym podłożu nieżytywym dla kształtowania się wrzodu. Wszystkie trzy wrzody zagoiły się, jako pierwszy — typ pierwszy, jako drugi — typ trzeci, a ostatni — typ drugi. W ostatnim przypadku silny nieżyt pozostał jeszcze po zaleczeniu wrzodu. Łącznie z tą sprawą pragnę zwrócić uwagę na ogromny nieżyt w niedrożności odźwiernika. Tutaj zalega treść bardzo kwaśna w dużych ilościach godzinami w wiotkim i rozstrzępionym żołądku, a jednak w takich warunkach wrzody się nie tworzą i to nawet w żołądkach, w których już poprzednio wrzody istniały i wygoiły się. Dwa takie przypadki śledziłem przez kilka tygodni, nim chorzy zdecydowali się na operację. Reasumując więc wszystkie dane przychodzę do wniosku, że nieżyt żołądka nie może być jedyną przyczyną wrzodów.

Jak już poprzednio wspomniałem ustala się coraz więcej pogląd, że wrzody powstają na tle zaburzeń ogólnoustrojowych w zależności od pewnych warunków życiowych. Jest bardzo znamienne, jak mało i jak jednostronnie czerpała klinika z fundamentalnych badań **Pawłowa**, i jak mało osad pozostał z jego olbrzymiego dzieła w naszych podręcznikach. „Wydzielanie psychiczne” i „Odruchy warunkowe”, określenia często cytowane, które wyrwane z całości nie wiele dają czytelnikowi. Nazwisko Pawłowa spotyka się coraz częściej na łamach czasopism nielekarskich w bardzo ożywionych dyskusjach psychologiczno-filozoficznych. Niestety niektórzy autorzy nie zdają sobie sprawy, że nauka o której tu mowa, jest gałęzią nauk przyrodniczych i stanowi jeden z rozdziałów neurofizjologicznych i doświadczalnych. Posłuchajmy co w tej sprawie mówi **Konarski**: „Literatura niewątpliwie wielokrotnie przewyższa pod względem ilościowym merytoryczne prace, dotyczące danego przedmiotu, i co więcej, niekiedy zagłusza i przytłumia istotne zagadnienie z tej dzie-

dziny. Rzeczywiście, każdy rzeczowy referat czy artykuł, dotyczący nauki o odruchach warunkowych, natychmiast wywołuje dyskusję nie mającą z nim niczego wspólnego, a poświęconą zagadnieniu stosunku psychiki do ciała, materializmu, idealizmu itd., wśród których właściwy temat referatu zostaje zupełnie zapomniany.” Do tego wypada jeszcze dodać, że zwłaszcza w obecnych czasach niektóre umysły spekulatywne znalazły w nauce Pawłowa furtkę, przez którą uprawiają wprost przemysł dzisiaj tak modnego materializmu dialektycznego. Z „wydzielaniem psychicznym” dzieje się to samo, co swego czasu z analizami ruchu ludzkiego. Niektórzy spekulanci zapędziwszy się w krainę abstraktu zapomnieli, że ruch oderwany od przedmiotu, który się rusza, jest zupełną niedorzecznością. Ćwiczeniami dialektycznymi żadnego zagadnienia neurofizjologicznego, a więc i „wydzielania psychicznego” nie rozwiążemy. Pawłow wyraźnie podkreśla, że „ten kto tego nie doświadczył, nie będzie skłonny uwierzyć, jak często na pozór najbardziej złożone, wprost zagadkowe z psychologicznego punktu widzenia stosunki, ulegają jasnej i płodnej analizie fizjologicznej, łatwo dające się sprawdzić na wszystkich jej etapach przy pomocy odpowiednich doświadczeń”. Jak należy postępować w analizach nad wpływami warunków życiowych na narządy trawienia wykazali w świetnej rozprawie autorzy amerykańscy **Wolf** i **Wolff**. Dokonali swych badań na człowieku z przetoką stałą i częściowym wypadem żołądka. Sama tylko charakterystyka chorego, jego warunków, zainteresowań i konfliktów życiowych zajmuje 18 stron. Na tym tle „wydzielanie psychiczne” zarysowuje się jako część nieoddzielna pewnego aktu życiowego, który ma swój początek w świecie zewnętrznym i odbity w mózgu wyraża się w pewnej określonej czynności narządu, to jest żołądka. Jest bardzo ciekawe i zarazem ważne, jak te same podniety zewnętrzne, składające się jakby na przyczynę motywów dla pewnych poczynąń, zmieniają swą wartość bodźcową w różnych konfliktach życiowych. Podkreślam szczególnie, że wspomnianym autorom udało się śledzić powstanie wrzodu żołądkowego. Prace W. i W. kroczą tą samą drogą, którą Pawłow utorował i wykazują, że można nie rozrywając całości i bez wypadów spekulacyjnych dać wytłumaczenie rzeczowe dla pewnych przejawów czynności życiowych. Jeżeli przyczyny choroby wrzodowej należy szukać w warunkach życiowych, jak to przyjmuje coraz więcej autorów, to należy przystąpić do bliższej analizy tych właśnie okoliczności. **Carrel** już przed laty doszedł do wniosku, że urbanizacja pochłaniająca coraz więcej ludzi w skupiskach odciętych od obcowania z naturą walczy przyczyniła się do stłumienia reaktywności naszego organizmu i w następstwie tego do zaburzeń czynnościowych. Życie nowoczesne stwarza dziwne paradoksy. Przemierzamy z zawrotną szybkością coraz większe przestrzenie, a coraz

mniej się ruszamy i stykamy z naturą, a człowiek jest przecież z natury włóczęgą, który włókł się po tej ziemi, by przede wszystkim zdobyć swą karmę. W tym akcie przyswajania płodów naszej ziemi bierze udział wszystkimi zmysłami, reagując subtelnie na najprzeróżniejsze bodźce świata zewnętrznego.

Podczas wojny słyszeliśmy coraz częściej zdanie, że niedobór pewnych składników w naszym odżywieniu był jedną z głównych przyczyn nasilenia choroby wrzodowej. Jedni mówili, że to brak tłuszczów, drudzy że marny chleb, inni znowu, że brak witamin i w ogóle raczej głodowe stwarzały podłoże do zaburzeń w przewodzie pokarmowym i tworzeniu się wrzodów. Związek ten wydawał się niektórym prawie że pewny, a jednak doświadczenia przedwojenne nie dają się pogodzić z takimi zapatrywaniami. W latach przedwojennych odżywiała się ludność na tutejszym terenie dobrze, w większości nawet obficie. Były tłuszcze, był chleb biały i witaminy, ale były też i wrzody. Nie ulega wątpliwości, że liczba wrzodów była bez porównania mniejsza, niż w okresie wojennym i powojennym, ale w Zagłębiu Śl.-Dąbrowskim już i przed wojną wrzody nie należały do rzadkości. Przeważali, ogólnie biorąc, chorzy z ludności pracującej, ale odsetkowo licząc spotykano niemniej wrzodów w sferach dobrze i bardzo dobrze sytuowanych. Podczas wojny przydział żywnościowy dla polskiej ludności pracującej był bardzo skąpy, a stan odżywienia zwłaszcza robotnika na ogół marny. Przybysze niemieccy pobierali nie tylko większe przydziały, ale uzupełniali je z różnych źródeł ubocznych, nieprzystępnych dla ludności polskiej. Poza tym Niemcy nie obarczali się zbyt pracą fizyczną, zajmowali stanowiska nadzorcze i wyżywali się w słynnej administracji niemieckiej. A jednak liczba wrzodów osiągała u Niemców zamieszkujących w powiecie chrzanowskim w latach 1941 do 1945 ten sam poziom, co u ludności polskiej. Zresztą i w Niemczech samych liczb wrzodów podczas wojny znacznie wzrosła.

Na terenie Zagłębia Śl.-Dąbrowskiego pracowali także i inni obcokrajowcy, między nimi kilkadziesiąt tysięcy Francuzów. Korzystając z obecności studentów francuskich, których Niemcy wywieźli przymusowo do Polski i przydzielili do naszego szpitala, zachęciłem ich do zbadania warunków w obozach pracy i zainteresowania się chorobami żołądka. Objeżdżając obozy komunikowali się z lekarzami i sanitariuszami francuskimi i po dwóch latach zdali raport ze swych spostrzeżeń. Ciekawa ta statystyka była dla nas wielką niespodzianką. Wrzód żołądka i dwunastnicy zajmował ostatnią pozycję, górowały choroby płuc, gardła itd. Praktycznie biorąc wrzód żołądka i dwunastnicy należał do schorzeń wyjątkowych u robotników francuskich. Większość z nich, rekrutująca się z różnych sfer społecznych, pochodziła z południowej Francji. Nasi studenci studiowali medycynę w Toulousie. Zainteresowani naszymi badaniami zako-

munikowali podczas wakacji swe spostrzeżenia tamtejszym lekarzom, którzy z pewnym niedowierzaniem odnosili się do naszych liczb. W tym samym bowiem czasie, kiedy u nas w szpitalu leżało ok. 30, w szpitalu miejskim miasta Toulousy leżało 4—5 chorych z wrzodami. W południowej Francji nie zauważono też podczas wojny nasilenia choroby wrzodowej. Lekarze rosyjscy zapewnili mnie, że w Mongolii wrzód żołądka jest chorobą nieznaną. Ludność tamtejsza odżywia się przeważnie mięsem surowym. Wniosek wyrażony z kilku stron, że odporność tę należy tłumaczyć pewnymi właściwościami rasowymi wydaje mi się przedwczesny. Należało by wykazać, że Mongoł przeniesiony w nasze warunki bytowania okaże się i nadal odporny. W każdym razie nie ulega wątpliwości, że istnieją regionalne warunki, które z jednej strony chronią, a z drugiej usposabiają do wrzodów żołądka. Jest zrozumiałe, że krótki pobyt dwóch do trzech lat w naszych warunkach nie wystarczy, by przestroić organizm i uczulić go na niedobory regionalne.

Omówię jeszcze krótko spostrzeżenia z obozów koncentracyjnych. Jeden z naszych chirurgów więziony przez cztery lata w obozie Gross-Rosen oświadczył, że wrzodów żołądka w ogóle nie widział, co potwierdził też drugi kolega, przebywający w tym samym obozie przez kilka lat. W Oświęcimiu operowano podobno częściej wrzody, chociaż jeden z kolegów twierdził, że w ostatnich dwóch latach podczas jego bytności było ich bardzo mało. Zdaję sobie z tego sprawę, że nie są to dane ścisłe, które z różnych względów można kwestionować i dlatego też nie będę rozpatrywał ich szczegółowiej. Ale przytoczę inne własne spostrzeżenia, potwierdzone też przez innych kolegów. Po wojnie przeszło przez szpital w Chrzanowie i w Katowicach kilkuset chorych z różnych obozów koncentracyjnych. Między nimi nie było ani jednego wrzodu. Natomiast wyszukałem dotychczas 23 chorych, których umieszczono w obozach, kiedy chorowali na wrzody. Wszyscy pozbyli się swych dolegliwości w krótkim czasie. Siedmiu z nich znam dobrze, w tym trzech z dużymi wrzodami krwawiącymi żołądka. Posiadam ich zdjęcia przed wysłaniem do obozu. Po zwolnieniu kontrolowałem ich kilkakrotnie i wrzodu stwierdzić nie mogłem. Wszyscy oświadczyli zgodnie, że już w pierwszych dniach mimo podłego „żarcia“ i okropnych warunków „zapominali“ o bólach, które im poprzednio „dokuczały. Nawet przy ciężkiej pracy na zimnie i słońcu ból się nie odzywał. Z tych spostrzeżeń wynika co najmniej tyle, że nawet w warunkach obozowych, gdzie więźniowie głodzeni i poniewierani spędzali żywot wprost nieludzki, wrzody wygoić się mogą. Potwierdza to też **Gibiński** w swych wspomnieniach z obozu koncentracyjnego.

Jak już wspominałem niektórzy autorzy doszukują się choroby wrzodowej w szkodliwych wpływach naszej cywilizacji, zwłaszcza masowej urbanizacji. Nasuwa się wobec tego

pytanie, czy istnieje zasadnicza różnica w skłonności do wrzodów między ludnością wiejską i miejską. Nie posiadamy niestety żadnych statystycznych danych, które by umożliwiły rozpatrzenie tej sprawy z tego punktu widzenia. Wywiady z lekarzami wiejskimi wypadły tak sprzecznie, że nic z nimi począć nie można. Jedni twierdzą, że wrzody należą na wsi do rzadkości, inni natomiast są zdania, że wrzody u ludności wiejskiej są częstsze niż na ogół przypuszczamy, tylko że chłop zgłasza się do lekarza dopiero wówczas, kiedy już wycieńczony chorobą pracować nie może, albo jeżeli powikłania, jak krwotok i przedziurawienie zmuszają go do szukania pomocy lekarskiej. Uważam, że badania porównawcze między wsią, a miastem, oparte na tych samych zasadach i dobrych statystykach, miałyby zasadnicze znaczenie dla naszego zagadnienia.

Dzięki udoskonaleniu rentgenologii i gastroskopii rozpoznanie wrzodów żołądka i dwunastnicy zyskuje coraz więcej na pewności. Ale badania te ujawniły równocześnie może najlepiej granice skuteczności naszego

leczenia zachowawczego. Coraz częściej spotykamy ludzi z żołądkami operowanymi i na razie nie widać w obecnym stanie rzeczy możliwości ograniczenia zabiegów chirurgicznych. Mimo olbrzymiego nakładu pracy nie zbliżyliśmy się do celu, a nasilenie choroby wrzodowej uwidacznia coraz jaskrawiej wątpliwość naszych koncepcji i poczynań. Wysiłki skierowane na wykrycie mechanizmu powstania wrzodu — a w tym kierunku skupiały się przeważnie nasze prace kliniczno-pracowniane — dotychczas zawiodły. Jeden z historyków francuskich Fustel de Coulanges powiedział swego czasu, że całe lata analizy są konieczne dla jednej godziny syntezy. Nikt nam z pewnością nie będzie mógł robić zarzutu, żeśmy za mało analizowali. Nasza wiara analityczna wyrosła już do imponującej wysokości, ale godzina syntezy z niej nie wybiła. Będziemy musieli zawrócić na drogę, którą Pawłow nie tylko wskazał, ale i uTOROWAŁ, i przystąpić do rozbioru tych czynników, które się ukrywają w tzw. warunkach życiowych.

Piśmiennictwo

1. *Arneth J.*: Die neuere Behandlungsmethoden des Magen-Zwölffingerdarmgeschwüers. 1943 r. Leipzig J. A. Barth.
2. *Barry i Florey*: Peptic ulcer. Lancet 1936 r. T. II. Str. 728.
3. *Beckman H.*: Treatment in General Practice. Saunders Company 1940 r.
4. *Berg H.*: Roentgenuntersuchungen am Innenrelief des Verdauungskanaals. 1931 r. Str. 182. Leipzig. G. Thieme.
5. *Bergmann*: Pathogenese des Ulcus. Handbuch der inneren Medizin Mohr u. Staehelin. Berlin 1938 r. Str. 528.
6. *Carrel*: L'homme cet inconnu. Paris 1935 r.
7. *Dengel*: Internista a chirurg w sprawie leczenia wrzodów żołądka i dwunastnicy. P. P. Chirurg. 1928 r. T. VIII, zeszyt 1. Str. 12.
8. *Finsterer*: Die Behandlung des Ulcus-carc. des Magens fuer die Indicationsstellung bei der Behandlung des Magengeschwüers. Wien. Klin. Wochens. 1925. r. T. I. Str. 300 i 1927, Tom II.
9. *Flood i Mellus*: Peptic ulcer. Amer. Jour. Dig. Dis. and Nutr. 1936 r. Str. 303. T. III.
10. *Gibiński K.*: Prawda o obozach koncentracyjnych. Pol. Tyg. Lek. 1946 r. Nr 46—47.
11. *Gutzeit i Teitge*: Die Gastroskopie. 1937. Urban & Schwarzenberg.
12. *Kalk*: Ulcus pepticum. Handbuch d. inneren Medizin Mohr u. Staehelin. Berlin 1938 r. Str. 510.
13. *Konarski*: W dziesiątą rocznicę śmierci I. P. Pawłowa. Myśl Współczesna 1946 r. Z. 1, str. 63.
14. *Konjetzny*: Ursache u. Werdegang d. Geschwüersbildung im Magen itd. Mediz. Welt 1931 r. Tom I. Str. 217, 253, 441.
15. *Kuerten H.*: Ambulante Ulcus Therapie M. m. W. 1942 r. T. I., str. 256 i 536.
16. *Landsberg*: Badania i rozważania nad dermatopią Filatowa. Pol. Tyg. Lek. 1946 r. Nr 20, str. 636.
17. *Murthi P.*: Wege u. Irrwege d. therapeutischen Forschung. D. m. W. 1940. Tom II, str. 842.
18. *Meulengracht*: Behandlung v. Haematesis u. Melena ohne Einschränkung der Nahrung. W. kl. W. 1936 r. Tom I, str. 148; D. m. W. 1937 r. II t., str. 1655.
19. *Neugebauer K.*: Ostre krwotoki żołądka i dwunastnicy. Pol. Przegl. Chir. 1934 r. Tom XIII, str. 314.
20. *Parrot, Debray i Richet*: O fizjologicznym mechanizmie powstawania wrzodów żołądka i dwunastnicy (ref. Stańczyk), Pol. Tyg. Lek. 1946 r. Nr 20, str. 641.
21. *Pawłow I. P.*: O wyższych czynnościach układu nerwowego. Mathesis Polska 1945 r.
22. *Schittenhelm, Stepp*: Dyskusja. M. m. W. 1942 r. Tom II, 944 str.
23. *Sokołow*: Przyczynek do sprawy wrzodu. Arch. f. kl. chirurg. 1928 r. Tom XIV (ref. Skubiszewski).
24. *Strohmeyer*: Die Pathogenese d. Ulcus ventr. itd. Beitr. pathol. anat. 1912. Tom I, z. 1.
25. *Teschendorf*: Lehrbuch der roentgenologischen Differentialdiagnostik itd. 1937 r. G. Thieme.
26. *Willi*: Moderne Ulcusterapie. M. m. W. 1942 r. Tom I, str. 79.
27. *Wolf i Wolff*: Human gastric function, Oxford Medical Publication 1944 r.

Objaśnienia do rysunków:

U — Ulcus
V — Ventriculus
P — Pylorus
B — Bulbus duodeni

Eozynopenia wywołana wlewaniem dożylnym dużych dawek adrenaliny oraz insulinowym niedocukrzeniem krwi

Podał

dr Zbigniew Godłowski

Polski Ośrodek Lekarski, Edynburg, Szkocja.

Ostre insulinowe niedocukrzenie krwi (szok insulinowy) powtarzane wielokrotnie dla celów leczniczych w dychawicy oskrzelowej (11 przypadków) doprowadziło do: a) trwałego usunięcia objawów chorobowych na przeciąg 8 do 32 miesięcy t. j. od chwili wypisania chorych ze szpitala do czasu publikacji (7 przypadków), b) do wybitnego złagodzenia objawów chorobowych, lecz tylko na krótki okres (3 przypadki dychawicy oskrzelowej pochodzenia nie-allergicznego), c) do całkowitego ustąpienia objawów wprawdzie, ale tylko na okres kilku miesięcy (1 przypadek — Godłowski, 1946). U pierwszej grupy chorych, tj. z długotrwałym zaniknięciem objawów chorobowych, stwierdzono głębokie spadki chorobowo-podniesionej eozynofilii krwi i objaw powrotu eozynofilii do granic prawidłowych przyjęto jako przedmiotowy sprawdzian wyleczenia i wskaźnik dla zaprzestania dalszego stosowania niedocukrzeń insulinowych. Przypadki natomiast, wykazujące tylko łagodzenie objawów, lub wykazujące skłonności do nawrotów schorzenia, nie posiadały takich spadków eozynofilii, mimo stosowania wielokrotnych (do 35 niedocukrzeń) i głębokich spadków uczucia krwi, dochodzących niekiedy do 19 mg%. W wypadkach dychawicy oskrzelowej, powstałej na tle alergicznym, odpowiadającej dodatnio na to leczenie, ów powrót eozynofilii do prawidłowych granic miał przebieg falistycznych spadków i wzniesień. Podobne zjawisko falowania eozynofilii spostrzegali **Spangler** (1925) w czasie leczenia dychawicy oskrzelowej nieswoitym odczulaniem.

Ponadto, podczas dokładniejszej kontroli przypadków uczuleniowych leczonych tym sposobem, udało się zauważyć, że wahania eozynofilii w ciągu 24 godz. w dniach, w których stosowano niedocukrzenia, były tak dużego stopnia i zjawiały się z taką regularnością, iż należało z całą stanowczością wykluczyć błąd w samych oznaczeniach. Dla należytego naświetlenia zjawiska eozynopenii, przytoczę z piśmiennictwa pokrótce dwie grupy doświadczeń. **Bertelli** et al. (1910) wywoływali duże spadki eozynofilii krwi u psów przez dożylne, lub podskórne wstrzykiwanie dużych dawek adrenaliny. Natomiast **Cannon** et al. (1924) doświadczały, a **Heilbrun** et al. (1939) na ludziach wykazywali, że w niedocukrzeniu insulinowym następuje uwalnianie z nadnerczy dużych ilości adrenaliny zużywanej dla celów obronnych ustroju przed gwałtownymi spadkami ucukrzenia krwi. W świetle tych doświadczeń eozynopenię, zjawiającą się w czasie insulinowego

niedocukrzenia, należy odnieść do uwalniania się dużych ilości adrenaliny z rdzenia nadnerczy do krwi obwodowej.

Przyjmując takie wytłumaczenie zjawiska eozynopenii adrenaliniowej, stosowałem wlew dożylny adrenaliny jako wzorca diagnostycznego dla ustalenia etiologii alergicznej schorzenia, oraz wstępnego niedocukrzenia insulinowego dla kwalifikowania cierpień uczuleniowych do leczenia niedocukrzeniami, — według następującego schematu.

Metodyka

We wszystkich 11 przypadkach (9 przypadków dychawicy oskrzelowej, 1 ostrej pokrzywki oraz 1 alergicznego zapalenia skóry) przed wykonaniem wlewu adrenaliny i próby niedocukrzenia insulinowego wykonano badanie promieniami Rentgena klatki piersiowej i bocznych zatok nosa, badanie wziernikiem górnych dróg oddechowych, badanie moczu, płwociny na obecność komórek eozynofilnych, częsteczkowej treści żołądkowej, stolca na obecność pasożytów i komórek eozynofilnych, oraz krwi na szybkość opadania krwinek czerwonych, jak również badanie ilości i jakości krwinek białych. Eozynofilie krwi obwodowej badano albo metodą **Randolph'a** (1944)*) albo w preparatach mazanych barwionych sposobem **Pappenheima** (**May-Grünwald-Giemza**).

*) Metoda **Randolph'a** obliczania krwinek kwasochłonnych:

Odczynnik Nr 1. 0,1% błękit metylowy w glikolu propylenowym	50,0 cm ³
Woda destylowana	50,0 cm ³
Odczynnik Nr 2. 0,1% phloxyna w glikolu propylenowym	50,0 cm ³
Woda destylowana	50,0 cm ³

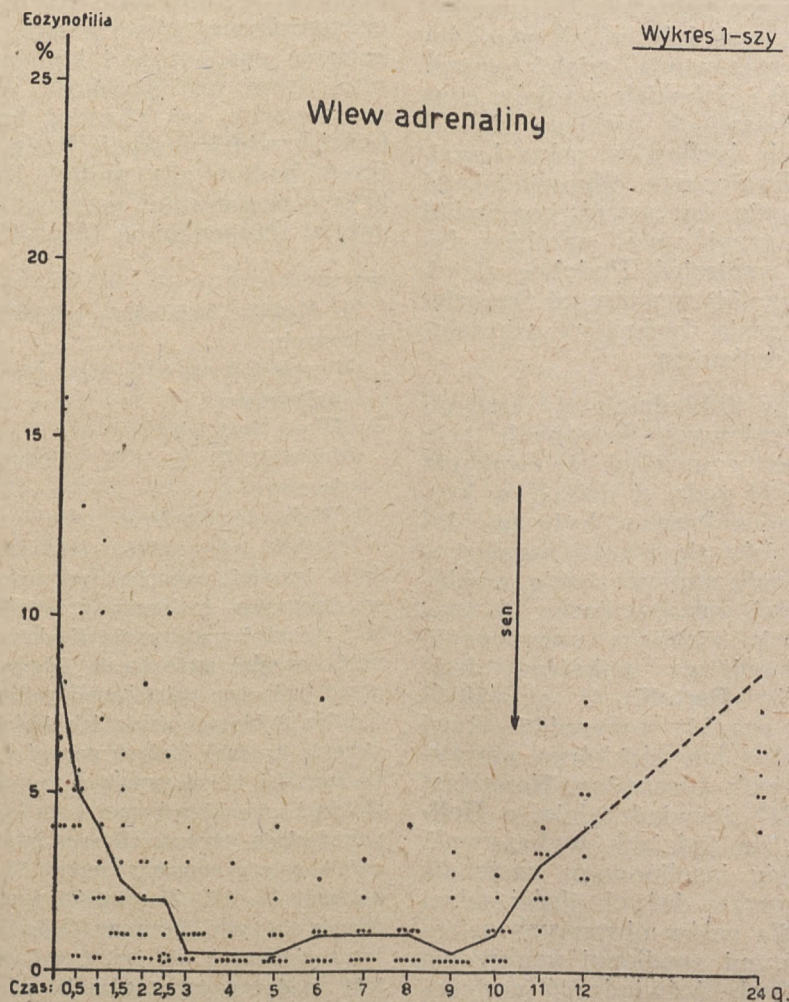
Trwałość odczynników niezmięszanych ze sobą jest do 4 tygodni, natomiast po zmieszaniu do 4 godzin; w pierwszym i drugim przypadku po przekroczeniu tych terminów wytrącają się kryształki, których obecność dowodzi uszkodzenia odczynników. Bezpośrednio przed badaniem należy mieszać ze sobą odczynnik Nr 1 i Nr 2 biorąc równe ich ilości. Do mieszalnika do liczenia krwinek białych pobrać krew do znacznika 0,5 a do znacznika 11 odczynnika; po dokładnym wymieszaniu obliczyć krwinki w komorze do liczenia krwinek według powszechnie używanych sposobów z tym, że końcowy wynik należy pomnożyć przez 22,2 o ile pobrano krew do znacznika 0,5. Ziarnistości krwinek kwasochłonnych barwią się żywo czerwono. O ile zabarwienie ziarnistości kwasochłonnych nie jest żywo czerwone, wówczas należy podczas przyrządzania odczynników zwiększyć ilość odczynnika Nr 2.

W pierwszych 6 przypadkach dychawicy oskrzelowej i w jednym przypadku uczuleniowego zapalenia skóry (nieobjętego w poniżej przedstawionych wykresach) oznaczono eozynofilię szpiku kostnego mostka, pobieranego przed rozpoczęciem badań oraz w ciągu ósmej godziny wlewu adrenalinowego oraz w czasie czwartej godziny od czasu przetrwania objawów niedocukrzenia insulinowego, tj. w czasie kiedy eozynofilia krwi obwodowej wykazywała najniższe wartości.

Wlew adrenalinowy: przed rozpoczęciem wlewu wykonano badanie eozynofilii krwi: 8 do 10 cm³ 0.1% roztworu adrenaliny (t. j. 8 do 10 mg czystej adrenaliny) rozpuszczono w 200 do 300 cm³ roztworu fizjologicznego NaCl i z szybkością 6 do 12 kropli na minutę wlewano dożylnie całą wyżej wymienioną ilość płynu w ciągu 8 do 12 godzin. Bardzo często już w kilka minut po rozpoczęciu wlewania zjawiały się: bicie serca, zblednięcia, bóle głowy itp. objawy hyperadrenalinemii; w tych wypadkach zwalniano szybkość wlewu — w wypadkach ciężkich objawów toksycznych — całkowicie chwilowo zatrzymano wlew, co z reguły usuwało w zupełności dolegliwości, po czym powtórnie rozpoczynano wlewanie początkowo w bardzo zwolnionym tempie, dochodząc wreszcie do początkowej

szybkości z zupełną tolerancją do adrenaliny. Ciśnienie tętnicze, badane co 15 minut w ciągu trwania wlewu, wykazywało, zwłaszcza w początkowych okresach, wzniesienia dochodzące do 50 i więcej mm Hg ponad poziom wyjściowy, jednakowoż nie było nigdy powodem przerwania wlewu. Uczucie ulgi w duszności zjawiało się zwykle bardzo wcześnie, czasami jednakowoż w ciężkich stanach dusznicowych łagodzenie objawów zjawiało się po kilkudziesięciu minutach* lub nawet kilku godzinach. Eozynofilię krwi obwodowej badano przez pierwsze trzy godziny co 30 minut, po czym co godzinę aż do samoistnego zaśnięcia chorego; w czasie pierwszych 2 godzin snu badano dwukrotnie krew na eozynofie bez budzenia chorego pobierając krew z miejsca nakłucia, wykonanego przed zaśnięciem.

Próbe insulinowego niedocukrzenia wykonywano na czczo w 2 do 3 dni po wlewie adrenaliny, wstrzykując podskórnie od 60 do 100 jednostek normalnej insuliny; eozynofilię badano w podobny sposób, jak w czasie wlewu adrenalinowego. Chorzy nie pozostawali w niedocukrzeniu dłużej, niż 3 godziny; przerywanie niedocukrzenia wykonywano przez doustne podanie dobrze ocukrzanej letniej wody, jeśli chory mógł połykać, lub przez dożylny zastrzyk 20 do 50 cm³ 20% roztworu



glukozy (o ile objawy niedocukrzenia unie-możliwiały polykanie), po czym chorzy spo-żywali obiad obfity w węglowodany.

Omówienie wyników.

W czasie wlewu adrenaliny we wszystkich przypadkach zjawiała się wybitna eozynopenia (wykres 1), dochodząca w większości przypadków do całkowitego zniknięcia komórek kwasochłonnych z krwi obwodowej. To znikanie eozynofiliów wystąpiło w dwóch przypadkach już w 30 minut po rozpoczęciu wlewu, natomiast w pozostałych przypadkach w następnych 4 godzinach i wahało się około najniższego poziomu w ciągu dalszych 6 godzin, nawet już po zaprzestaniu wlewania adrenaliny. Pierwsze wznesienie eozynofilii zaznaczyło się dopiero w czasie pierwszej godziny snu, nasilając się jeszcze wybitniej w ciągu drugiej godziny, jednakowoż nie dochodząc jeszcze w tym czasie do poziomu wyjściowego. Następnego dnia, tj. w 24 godzin po rozpoczęciu wlewania adrenaliny, tj. po 8 do 10 godzinach snu, eozynofilia powróciła do poziomu początkowego.

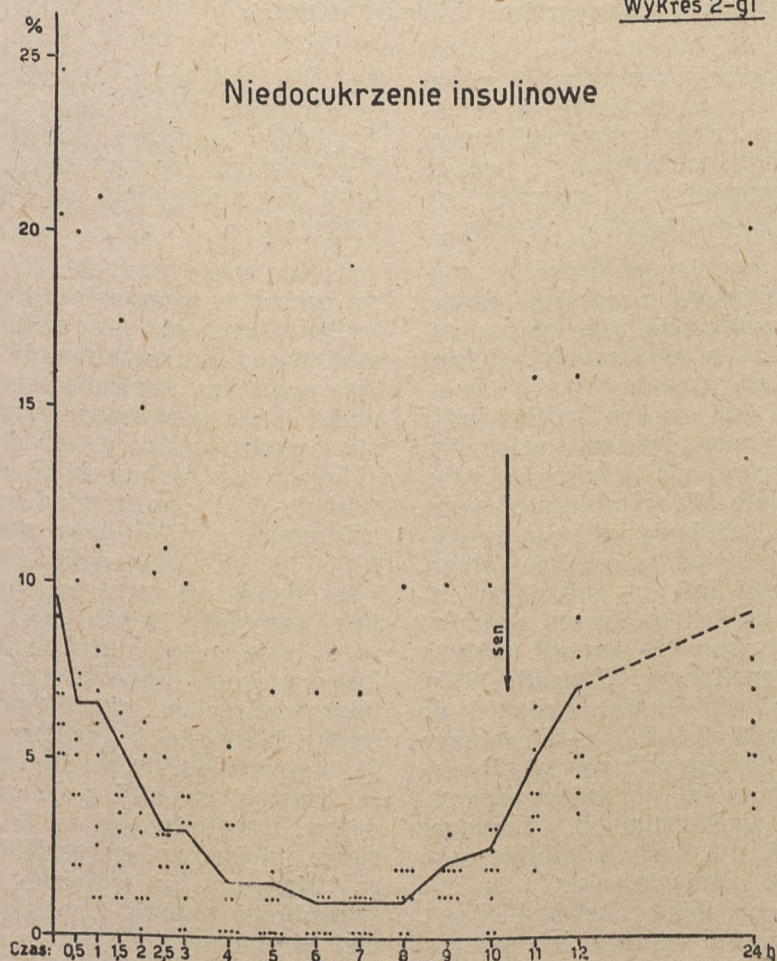
W czasie próby niedocukrzenia insulinowego (wykres 2) spostrzegano podobne zjawisko eozynopenii krwi obwodowej, jednakowoż zjawisko to nie miało tak szybkiego przebiegu jak w czasie wlewania adrenaliny; wykres średnich wartości eozynofilii z 10 opi-

sanych przypadków wprawdzie obniżył się również niemal do zera, jednakowoż nie posiadał równie stromego początkowego spadku i równie stromego końcowego wznesienia, jak to występowało w czasie wlewu adrenaliny. Przeddoświadczalny poziom eozynofilii stwierdzono również dopiero następnego dnia.

Podobieństwo zachowania się eozynofilii krwi obwodowej w przypadkach schorzeń uczuleniowych w czasie wlewu adrenaliny i w czasie insulinowego niedocukrzenia nasuwa słuszne przypuszczenie, że oba te zjawiska są wywołane tym samym mechanizmem, w którym bodziec działający jest tylko ilościowo różny; innymi słowy **podniesienie poziomu adrenaliny krwi w pierwszym przypadku przez wprowadzenie jej z zewnątrz, a w drugim przypadku przez uwolnienie jej z nadnerczy w czasie niedocukrzenia, jest tym wspólnym bodźcem do wywołania eozynopenii**. Takie tłumaczenie objawu eozynopenii w obu próbach posiada pełne uzasadnienie w wynikach badań na zwierzętach (Bertelli et al. 1910. — Cannon et al. 1924.) oraz spostrzeżeniach na ludziach (Heilbrun et al. 1939).

Eozynofilia szpiku kostnego, pobranego z mostka we wszystkich 7 przypadkach, w czasach odpowiadających najniższym wartościom komórek kwasochłonnych krwi obwodowej, wykazała tak podczas wlewu adrenaliny, jak i próby niedocukrzenia insulinowego,

Wykres 2-gi



wego tylko drobne odchylenia, leżące w granicach błędu doświadczalnego. Wnioski zatem wyciągnięte z tych spostrzeżeń są następujące: a) adrenalina wprowadzona z zewnątrz, oraz wydzielona przez nadnercza w czasie niedocukrzenia insulinowego, nie zdołała wywrzeć takiego działania na komórki eozynofilne szpiku kostnego, jakie wywiera na te same komórki we krwi obwodowej, doprowadzając do eozynopenii, b) szpik kostny nie jest tym miejscem, w którym komórki kwasochłonne gromadzą się w czasie eozynopenii adrenaliniowej.

Celem dokładniejszego naświetlenia zjawiska eozynopenii adrenaliniowej należy omówić nieco bliżej co najmniej 3 następujące zagadnienia: 1. sposób działania adrenaliny w wywoływaniu eozynopenii w czasie i po podnie-

Eozynofilia szpiku kostnego mostka w czasie wlewu adrenaliny i w czasie niedocukrzenia insulinowego:

Nr	Przed doświadczeniem				8-ma godzina wlewu adrenaliny				8-ma godzina niedocukrzenia insulinowego			
	postać młoda ‰	postać dojrz.† ‰	łącznie ‰	eo-fil. ob.wod. ‰	postać młoda ‰	postać dojrz.† ‰	łącznie ‰	eo-fil. ob.wod. ‰	młoda postać ‰	postać dojrz.† ‰	łącznie ‰	eo-fil. ob.wod. ‰
1	3	2	5	8.5	1.6	6	7.6	0	2.6	5.6	8.2	0
2	7.5	5	12.5	6	2	2.3	4.3	2	2.2	4	6.2	1
3*	8.5	19	27.5	44	9.2	23	32.2	20	11.3	27	38.3	45
4	2.5	6	8.5	7	3	4.5	7.5	0	2.3	5.3	7.6	1
5	4.3	6.3	10.6	6	2.3	5.1	7.4	0	3	3	6	2
6	3.5	6	9.5	9	2.1	5	7.1	1	1.5	2	3.5	1
7	2	7	9	7	4.5	7	11.5	0	3.6	5	8.6	1
	Średnio		11.8	12.5			11.0	3.3			11.2	7.3

*) przypadek dermatitis allergica nieobjęty wykresami w tekście.

sieniu poziomu adrenaliny krwi, czy wprowadzonej z zewnątrz, czy wydzielonej w większych ilościach przez układ chromochłonny; 2. losy komórek kwasochłonnych w czasie adrenaliniowej eozynopenii; 3. stosunek pomiędzy adrenaliniową eozynopenią i snem.

1. Adrenalina wprowadzona dożylnie wywiera swoje działanie na organizm niemal natychmiastowo, a dokonuje tego przez zadrażnienie zakończeń obwodowych włókien pozazwojowych układu współczulnego. Działanie to jednakowoż jest bardzo krótkotrwałe i przemijające — sama bowiem adrenalina jako związek o wysokiej sile redukcyjnej utlenia się szybko na ciało biologicznie nieczynne. Natomiast wyniki drażnienia układu współczulnego mogą przetrwać względnie długo, utrzymując się nawet już po zniknięciu samego bodźca; do takich późnych skutków działania adrenaliny między innymi należy neutrocytoza poadrenalinowa (Naegeli, 1931). Eozynopenię należało by zatem zaliczyć do skutków zadrażnienia układu współczulnego przez adrenalinę, zjawiających się natychmiastowo i trwających nadal po unieczynnieniu samego bodźca współczulnego. Eppinger i Hess (1909) i inni, uważali eozynofilię jako wynik wzmożonego napięcia układu nerwu błędnego i nazwali ten objaw „krwią błędną”, przez analogię zatem można by nazwać eozynopenię adrenaliniową „krwią współczul-

ną”. Na podstawie powyżej przedstawionych spostrzeżeń nie można by wyciągnąć żadnych wniosków odnośnie do samego mechanizmu powstawania eozynopenii pod wpływem działania czy adrenaliny, czy też układu współczulnego.

2. Kontrola eozynofilii szpiku kostnego w czasie eozynopenii adrenaliniowej w obu próbach pozwala na całkowite wykluczenie możliwości zatrzymywania komórek kwasochłonnych w szpiku kostnym. Jak już poprzednio wspominałem Bertelli et al. (1910) stwierdzili u psów, że po dożylnym i po podskórnym wstrzyknięciu 5 mg adrenaliny zjawia się w 3½ godz. spadek komórek eozynochłonnych z 6,9% przy ogólnej leukocytozie 12050 na 3,5% przy ogólnej leukocytozie 20050 i że odsetkowe wartości innych białych krwinek pozostały w stosunku tym samym, co w okresie przed wstrzyknięciem. Pośmiertne histologiczne poszukiwania za miejscowym nagromadzeniem się komórek kwasochłonnych, dokonane u tych zwierząt, wykazały, że wątroba jest jedynym organem, w którym te komórki gromadzą się w ilościach nie budzących wątpliwości co do istotnego podniesienia miejscowej eozynofilii tkankowej. Autorzy tłumaczą to zjawisko tym, że komórka wątrobową chłonie i rozkłada znacznie szybciej adrenalinę, niż inne tkanki, przez co uwalnia się od „antieozynotropowego” działania

adrenalinę, wówczas, kiedy inne tkanki podlegają jeszcze ciągle temu działaniu.

3. W śnie występuje fizjologicznie przewaga układu nerwu błędnego, która jest wynikiem odpadnięcia działania „życiowych obronnych odczynów” czuwania, a wynikających z prawidłowej czynności układu współczulnego; sztucznie zatem pobudzona nadczynność układu współczulnego w czasie obu doświadczeń wyczerpuje swoje działania pod wpływem zsumowanych bodźców snu i chorobowej nadczynności układu nerwu błędnego w schorzeniach alergicznych, uruchamiając tkankową eozynofilię i doprowadzając w ten sposób do stanu sprzed doświadczenia. By ten zwrot do punktu wyjściowego mógł odbyć się całkowicie, organizm musi podlegać takiemu działaniu układu nerwu błędnego dłużej, niż 2 godziny fizjologicznego snu.

Zbierając dotychczasowe doświadczenia i obecnie spostrzeżenia na temat stosowania insulinowych niedocukrzeń jako leczenia schorzeń uczuleniowych, można by powiedzieć, że wielokrotnie powtarzane niedocukrzenia mogą doprowadzić w pewnej ilości przypadków schorzeń uczuleniowych do wzmożonego wytwarzania rodzimej adrenaliny, co na odwrót może spowodować zmniejszenie się chorobowo podniesionej eozynofilii krwi obwodowej, a zatem trwały, lub przejściowy spadek eozynofilii będzie dowodzić trwałego lub przejściowego wzniesienia poziomu adrenaliny w krwi. Nie przesadzając zupełnie roli komórek kwasochłonnych w schorzeniach uczuleniowych, należy przyznać, że wzmożona ich ilość jest jednym z najbardziej charakterystycznych objawów tych cierpień. Jest również powszechnie znany leczniczy wpływ adrenaliny i związków podobnych na objawy schorzeń uczuleniowych. Dlatego też, kierując się tymi przesłankami, należy przyjąć, że: a) powrót chorobowo podniesionej eozynofilii do wartości prawidłowych jest poza poprawą kliniczną objawów chorobowych przedmiotowym sprawdzianem trwałego, lub przejściowego wyleczenia schorzenia alergicznego, b) wstępne stosowanie wlewu adrenaliny

oraz niedocukrzenia insulinowego należy stosować dla celów rozpoznawczych, wykazując w pierwszej próbie zdolność oddziaływania ustroju eozynopenią na wysokie dawki adrenaliny, czyli innymi słowy wykazać naturę uczuleniową schorzenia, a przez stosowanie natomiast wstępnego głębokiego niedocukrzenia insulinowego stwierdzić, czy ustrój, który ma być poddany leczeniu insuliną, nie utracił w zupełności zdolności wydzielania rodzimej adrenaliny, innymi słowy, czy dany ustrój ma widoki na uzyskanie dodatnich wyników leczniczych przez stosowanie tej metody.

Wnioski.

1. Chorobowo wzmożona eozynofilia w schorzeniach uczuleniowych wraca do poziomu prawidłowego, lub wybitnie obniża się tak w czasie wlewu adrenaliny, jak i w czasie niedocukrzenia insulinowego.

2. Ilościowe i jakościowe podobieństwo tego spadku eozynofilii przemawia za wspólnym mechanizmem powstawania tego zjawiska w obu próbach.

3. W czasie obu doświadczeń adrenalina nie wywiera swego obniżającego działania na chorobowo wzmożoną eozynofilię szpiku kostnego, jak również szpik kostny nie jest miejscem, w którym gromadzą się komórki kwasochłonne w czasie adrenaliny eozynopenii.

4. Eozynopenia wywołana dostatecznie wysoką dawką adrenaliny dowodzi uczuleniowego tła wzmożonej eozynofilii.

5. Eozynopenia wywołana dostatecznie wysoką dawką insuliny wykazuje zdolność ustroju do wzmożonego wydzielania rodzimej adrenaliny; wielokrotne powtarzanie niedocukrzenia dla celów leczniczych może doprowadzić do usprawnienia wydzielniczej czynności układu chromochłonnego, przez co może doprowadzić w niektórych przypadkach schorzeń uczuleniowych do złagodzenia, lub wyleczenia dolegliwości wynikających z uczulenia.

Piśmiennictwo.

Bertelli G., W. Falta, O. Schweeger: 1910 Ztschr. f. klin. Med., 71, 23.
Cannon W. B., M. McIver, S. W. Bliss: 1924 Am. J. Physiol., 69, 46.
Eppinger H., Hess L.: 1909 Ztschr. f. klin. Med., 66, 345.
Eppinger H., Hess L.: 1909, ibid. 68, 205.

Godłowski Z.: 1946 Brit. Med. Journ., 717.
Heilbrunn G., E. Liebert: 1939 Endocrinol., 25, 354.
Naegeli O.: 1931 Blutkrankheiten u. Blutdiagnostik. V wydanie. 1931. J. Springer, Berlin.
Randolph Th. H.: 1944 J. Allergy, 15, 89.
Spangler R. H.: 1925 Arch. Int. Med., 36, 778.

Wypadki porażeń prądem w elektrowni

Podał

dr Franciszek Mikinka (Łódź)

W ostatnich 50 latach mamy wspaniały rozwój elektrotechniki. Prąd elektryczny, przenoszący energię elektryczną, staje się coraz bardziej powszechny i używany jest do najróżnorodniejszych czynności. Energia elektryczna odciąża nas od pracy fizycznej, dostarcza nam różnych wygod, pracę swą wykonywa szybciej i sprawniej, wszędzie i o każdej porze jest gotowa służyć naszym życzeniom.

Każdej czynności w domu, czy pracy zawodowej trzeba się uczyć, zrozumieć i fachowo opanować, ażeby nie odbywała się ze szkodą dla człowieka. Nic też dziwnego, że energia elektryczna przy nieznaomości zasad i urządzeń, oraz lekkomyślności w postępowaniu może być źródłem niebezpieczeństwa tak w życiu codziennym, jak i w zakładzie pracy. Przy prawidłowym postępowaniu elektryczność jest najpewniejszą formą energii.

Określony przekrój przewodu winien być dostosowany do prądu o ściśle określonym natężeniu. Skoro przepływa prąd — przewód rozgrzewa się do czerwoności, gdy chodzi o przyrządy do ogrzewania (grzejniki), albo do białości np. w lampach żarowych, lub nawet aż do stopienia się. Z wyjątkiem przyrządów do gotowania, ogrzewania, czy lamp żarowych, inne przyrządy elektryczne, jak np. maszyny, motory i przewody muszą osiągać taką temperaturę, która nie może szkodzić otoczeniu, ani też maszynom. Tak zwane bezpieczniki, założone według przepisów przez fachowca, oddzielają dopływ prądu, skoro ustalone miarą obciążenie sieci zostanie przekroczone, chroniąc przed niedopuszczalnym rozgrzaniem się przewodu, a tym samym i przed pożarem. W normalnej sieci, na skutek znacznych oporów może nastąpić niedopuszczalne rozgrzanie się w miejscu rozgałęzienia i odgałęzienia przewodu, jak również w miejscu wszelkiego rodzaju łączników czy bezpieczników. W czasie szybkiego wyłączenia powstaje łuk otwarcia (iskra), podczas powolnego wyłączania spod prądu powstaje łuk świetlny i mogą one spowodować pożar.

Prąd może opuścić drogę wskazaną mu przez przewód. Dzieje się to na skutek uszkodzenia izolacji przewodu doprowadzającego prąd albo przypadkowego zetknięcia się gołych przewodów z częściami metalowymi — następuje wówczas w pierwszym wypadku **krótkie spłecie**, a **zwarcie z ziemią** w drugim wypadku. Jeśli przy tym powstanie łuk — w pobliżu materiałów łatwopalnych — może wyniknąć pożar. Zwarcie z ziemią następuje przeważnie dzięki dobrze przewodzącym przewodom rur gazowych, wody, centralnego ogrzewania.

Przemysł elektrotechniczny, w obecnym stanie elektrotechniki, może zaopatrzyć każdy

przyrząd w najlepsze urządzenia i dać najlepszy materiał — co stanowi rękojmię wysokiego bezpieczeństwa. Podobnie, instalacja musi być wykonana przez fachowca, a nie przez laika, jak to się zdarza często w życiu codziennym.

Utrzymanie w całości i strzeżenie instalacji elektrycznej wymaga szczególnej troski. Wszelkie zauważone uszkodzenia powinny być niezwłocznie naprawiane. Często uszkadza się izolacja przewodów, jeżeli biegą poprzecznie ponad rurami dla gazu, wody, czy pary, ponad kątami murów. W tym wypadku łatwo o **zwarcie z ziemią** pod działaniem wilgoci. Troski naszej wymagają w przyrządach elektrycznych ruchome sznury połączeniowe do lamp i do aparatów gospodarstwa domowego. Często są one, np. podczas przenoszenia lamp z miejsca na miejsce skręcane, zapętlane i wleczone po ziemi. Wpływ ciepła może spowodować uszkodzenie w miejscu wtyczek i połączeń sznurów i dlatego też przy zakupie należy żądać dobrych wyrobów.

Technika nie ogranicza się do tego, aby ostrzegać przed niebezpieczeństwem, ale usiłuje z góry wykluczyć możliwości niebezpieczeństwa. Oczywiście zdarza się, że człowiek zetknie się z przewodami, które są pod napięciem (mogą to być osłony motorów, żelazko elektryczne, czajniki elektryczne). Jeśli nastąpiło uszkodzenie przewodu w wypadku mimowolnego dotknięcia, prąd przepływa przez ciało człowieka do ziemi, powodując wypadki porażeń. **Możliwościom dotknięcia jakichkolwiek części będących pod napięciem zapobiega: dobra izolacja, stosowanie niskich napięć, uziemnienie albo samoczynne wyłączenie** — będzie to zadanie instalatora.

Ciało ludzi i zwierząt przewodzi prąd elektryczny stosunkowo dobrze. O skutkach działania prądu na organizm ludzki rozstrzyga natężenie prądu przepływającego przez ciało człowieka.¹⁾ Zależy to także od rodzaju i właściwości ubrania, pończoch, czy obuwia.

Opór ciała składa się: z oporu skóry w miejscu wniknięcia prądu, z wewnętrznego oporu ciała i z oporu skóry w miejscu wyjścia prądu. Tylko obydwa opory skóry zasługują na uwagę, ponieważ opór wewnętrzny ciała jest stosunkowo bardzo mały. Opór skóry waha się w znacznych granicach, dla prawidłowej i suchej skóry wynosi do 50.000 ohmów.

Cały szereg różnorodnych przyczyn wpływa na to, że oporność ciała nie jest wielkością stałą. Oporność skóry nie jest jednakowa na całej powierzchni ciała, stwardniałe, wzgl. zrogowaciałe części naskórka mają oporność

¹⁾ prąd (amper) = napięcie (volt) × oporność (ohm).

większą. Oporność zależeć też będzie od wielkości powierzchni styku pomiędzy przewodem, a skórą. Oporność ciała przy prądzie stałym jest trzykrotnie większa, niż przy prądzie zmiennym. Im wilgotniejsza skóra, tym mniejsza jest jej oporność. Stąd wynika łatwość porażenia w kąpieli. Skład chemiczny wilgotności skóry ma duży wpływ na jej oporność. Pot przewodzi prąd szczególnie dobrze.

Wrażliwość na prąd u poszczególnych ludzi waha się w znacznych granicach w zależności od wieku i stanu zdrowia. Zmniejszają oporność na prąd: zmęczenie, podniecenie alkoholem, senność, stan gorączkowy, uczucie głodu, a więc wszelkie odchylenia od normalnego stanu fizjologicznego. Człowiek przygotowany na porażenie prądem inaczej reaguje na nie, aniżeli zaskoczony zniemacka.

Dla człowieka już prąd o natężeniu 25—30 miliamper może być niebezpieczny. Prąd o natężeniu 60 miliamper uważać już należy jako w wysokim stopniu niebezpieczny i zagrażający życiu ludzkiemu. Ponieważ z prawa Ohma wynika, że dla człowieka niebezpieczeństwo życia jest przy dotknięciu napięcia 60 volt, dla zwierząt już od 20 do 30 volt, przeto dozwolony jest w zabawkach dziecięcych prąd o najwyższym napięciu 24 volt, ze względu na mały opór delikatniejszej skóry dziecka, niż dorosłego. Z napięcia mniejszego do 42 volt korzysta się również w warsztatach rzemieślniczych, stosuje się je także do lamp używanych podczas czyszczenia kotłów.

Normalnie, w gospodarstwie domowym, w małych warsztatach pracy mamy napięcia w granicach 110—380 volt. Napięcie w tej skali może być niebezpieczne dla człowieka. Na szczęście zdarza się to w szczególnych okolicznościach. Zależy to od warunków, w jakich znajduje się osobnik wchodzący w styczność z przewodem energii elektrycznej. Wszelkie czynniki, ułatwiające przepływ prądu przez ciało, wzmagają stopień niebezpieczeństwa.

Jeżeli dotyka się przedmiotu, który prowadzi napięcie elektryczne, to jest możliwość, że prąd występuje ze swej normalnej drogi, przepływa przez ciało i w którymkolwiek miejscu szuka wyjścia, przez co ciało zostaje włączone w obieg prądu. Taką drogę powrotną znajdzie prąd szczególnie łatwo, gdy przypadkiem zetknie się z przedmiotem, prowadzącym prąd, będzie nie w jednym miejscu, lecz w dwóch — co zdarza się stosunkowo rzadko. Tak np. sznur połączeniowy przenośnego aparatu elektrycznego może być uszkodzony w dwóch miejscach i przypadkowo dotykamy gołymi rękoma obu miejsc — wówczas ciało ludzkie znajdzie się pod całkowitym napięciem, włączone w obieg prądu.

Częściej prąd szuka drogi powrotnej do ziemi. Jeżeli ktoś stoi na dobrze przewodzącym podkładzie, powiedzmy na mokrej podłodze, zachodzi możliwość, że prąd znajdzie drogę do ziemi poprzez namoknięte okrycie nóg i podłogi. Nastąpi zwarcie z ziemią i prąd

przepływa przez ciało do ziemi. Nawet w tych niekorzystnych warunkach nie zawsze prąd elektryczny działa śmiertelnie.

Istotne przyczyny śmierci wskutek porażenia elektrycznością nie są całkowicie wyjaśnione. Według **Jellinka** śmierć rażonych przez prąd może nastąpić niezwłocznie przez ustanie wszelkich czynności życiowych, albo przez porażenie serca przy utrzymaniu jeszcze chwilowo oddychania, albo wreszcie przez porażenie oddychania przy zachowanej jeszcze przez krótki czas czynności serca.

Köppen w swych doświadczeniach na zwierzętach nad śmiertelnymi porażeniami prądem, odróżnia dwojakiego rodzaju porażenie: prądem niskiego i wysokiego napięcia. W wypadku porażenia prądem o niskim napięciu zmiany powstające w organizmie, polegają na swoistym oddziaływaniu energii elektrycznej na ośrodki nerwowe. Podczas zadziaływania prądem wysokiego napięcia powstają przede wszystkim oparzenia.

U zwierząt, które ginęły w czasie drażnienia prądem, stwierdzono nagłe zatrzymanie się krwi, zakrzepy w naczyniach i obrzęk tkanek. Według **Köppena** należy uznać za przyczynę śmierci w porażeniach elektrycznością — paraliż naczyń krwionośnych.

Zmiany kostne spowodowane prądem elektrycznym polegają na martwicy i zależne są według **Fabera** nie od bezpośredniego działania prądu na kość, lecz od zakrzepów powstałych w naczyniach krwionośnych.

Działanie chorobotwórcze prądu elektrycznego na organizm ludzki wyraża się w objawach ogólnych, jak utrata przytomności, zapasć, porażenie opuszkowych ośrodków krążenia i oddychania, oraz miejscowych w postaci oparzeń I—III stopnia w miejscu wejścia i wyjścia prądu.

W ratowaniu porażonych należy stosować więc oprócz sztucznego oddychania, energiczne środki pobudzające krążenie krwi. Zasada sformułowana w końcu ubiegłego wieku przez **d'Arsonvala**, że porażonego prądem należy ratować tak jak topielca, polega głównie na rozpoczynaniu asfiksji. Akcję ratowniczą należy rozpocząć natychmiast usuwając przede wszystkim porażonego spod działania prądu. Nie tracąc czasu, bezzwłocznie przystępujemy do sztucznego oddychania sposobem ręcznym, a później dopiero za pomocą aparatu mechanicznego. Dobrze jest zastosować tlen, najlepiej przy pomocy aparatu respiracyjnego. Zapasć przy utrzymującym się bezdechu może trwać do dwóch i więcej godzin. Dlatego nigdy nie należy przerywać zabiegów ratowniczych, dopóki nie ukażą się i inne oznaki śmierci. W wypadkach ciężkich: upust krwi, bądź wstrzyknięcie adrenaliny może dać dobre wyniki.

Wypadków porażenia prądem elektrycznym podczas pracy na ogół nie jest dużo, utwierdzają nas w tym przekonaniu zestawienia liczbowe w roczniku statystycznym. Oczywiście, ilość pracowników zatrudnionych

w kraju w zakładach wytwarzających energię elektryczną jest również niewielka.

Podczas pracy niebezpieczeństwo porażenia grozi zarówno od prądu sieci oświetleniowej o napięciu 120—380 volt, a tym bardziej od napięć wyższych. Szczegółowe przepisy regulują w jakich warunkach powinna się odbywać praca monterów przy wysokich napięciach. Stosowanie się do nich wykluczało by możliwości nieszczęśliwych wypadków, o ile stan techniczny urządzeń jest bez zarzutu. Lecz nie zawsze pracujący chce korzystać ze środków ochronnych. Lekkomysłność, zbyt ufną swą odwagę pozwala niekiedy na dotykanie części będących pod napięciem, miast skorzystać z właściwych sposobów zabezpieczających przed wypadkiem.

W Elektrowni Łódzkiej w okresie dwudziestu lat, od 1927—1947, zanotowano w księdze wypadków 36 porażenia prądem elektrycznym, w tym pięć wypadków śmiertelnych.

Śmiertelne wypadki nastąpiły wyłącznie przy pracy z wysokimi napięciami 3150 lub 31500 volt. Trzy wypadki śmiertelne dotyczyły monterów, dłuższy czas już zatrudnionych i obeznanych z urządzeniami i warunkami pracy. Jeden z tych monterów uprzednio w ciągu swej pracy doznał dwukrotnie porażenia prądem, odnosząc oparzenia skóry dłoni I i II stopnia. Dwa pozostałe wypadki śmiertelne dotyczyły ślusarza i pomocnika, któremu zlecono nie otwieranie budki transformatora. Drzwi, gdy próbował samowolnie otworzyć, przewróciły się na transformator i pomocnika znaleziono na zewnątrz na ziemi w stanie nieprzytomnym. W wypadkach śmiertelnych nie zawsze stwierdzono obecność obrażeń na ciele wywołanych upadkiem, wzgl. odrzuceniem. Niekiedy jednakże były rozległe oparzenia skóry III stopnia, jak to wystąpiło po porażeniu prądem 31500 volt.

Pozostałe 31 wypadków porażenia prądem spowodowały oparzenia twarzy, rąk, najczęściej I i II stopnia, a tylko dwukrotnie drobne oparzenie dłoni III stopnia. Wyzwalający się łuk świetlny wywoływał stan zapalny spojówek oczu z towarzyszącym mu łzawieniem i światłowstrętem, w niedługim czasie po wypadku.

Podobnie, jak w porażeniu piorunem, spotykamy i tutaj różnorodność obrażeń i rozmaitość następstw. Obok najczęstszych oparzeń skóry widoczne jest naruszenie systemu nerwowego. Po porażeniu wysokim napięciem, któremu towarzyszył łuk świetlny, poszkodowani skarżyli się na szum w uszach, bóle głowy i wykazywali wzmożoną pobudliwość nerwową nawet w wypadkach lekkich oparzeń skóry rąk, ewentualnie twarzy ze śla-

dami opalenia włosów i brwi. Siła kończyny górnej (najczęściej prawej), zwróconej w kierunku łuku, była mniejsza i z pewnym stopniem niedowładu.

U badanych następnego dnia po porażeniu, akcja serca była przyśpieszona, niekiedy rzucała się w oczy nadmierna potliwość skóry.

Stan potliwości skóry u monterów zasługuje może na specjalną uwagę, gdyż łączy się z wrażliwością danego osobnika na prąd elektryczny. **Pracownik o nadmiernym poceniu się skóry nie powinien pracować z prądami wysokiego napięcia.**

„Przy uruchomieniu wiertarki elektrycznej, pracownik doznał porażenia prądem 220 volt i po wypadku zgłosił się natychmiast do ambulatorium fabrycznego. Prócz objawów ogólnych, jak wzmożona pobudliwość, skarżył się na bóle w stopie lewej. Oględziny wykazały na grzbiecie stopy i w obrębie kostki wewnętrznej oparzenia I stopnia kształtu rozlanego. Stopy i dłonie cechowała nadmierna potliwość. Wypadek nastąpił dlatego, że majster nie uziemił wiertarki, poprzez ciało poszkodowanego przepłynął prąd do ziemi, znacząc miejsce wyjścia oparzeniami na stopie.”

Podobnie, pracownika z zaburzeniami w układzie krążenia, u którego dało się zauważyć niedomaganie serca, należało by nie kierować do prac przy wysokich napięciach.

Niektórzy ludzie ulegają paraliżowi woli w momentach niebezpiecznych właśnie na skutek choroby serca.

Z prądami wysokiego napięcia mogliby więc stykać się ludzie o całkowitym zdrowiu, o układzie nerwowym zrównoważonym i o szybkiej reakcji w wypadkach niebezpiecznej sytuacji.

Wypadki związane z prądami wysokiego napięcia zawsze mogą się skończyć śmiertelnie. Jeśli mimo to kończy się tylko na lżejszych lub cięższych uszkodzeniach, zawdzięczać możemy szeregowi szczęśliwych okoliczności. Jednakże zawsze na tych, że tak powiem, irracjonalnych czynnikach nie trzeba polegać, nie zmniejszają one w rzeczy samej liczby wypadków, lecz należy skierować nasze myśli i wysiłki w kierunku z jednej strony doskonalenia naszych urządzeń technicznych w zakładzie pracy, a z drugiej strony na opanowanie przyczyn tkwiących w samym czynniku ludzkim.

Wypadek przy pracy, powodujący kaleczność, czy śmierć, rzadko jest dziełem czystego przypadku, zazwyczaj składają się nań przyczyny, które można w pewnym stopniu przewidzieć i zapobiec im.

Czy młodzież wiejska jest zdrowa?

Podał

dr Aleksander Śliżyński (Bielsko)

W czasie 2-tygodniowych odpoczynków w podgórskiej rolniczej okolicy zwoływałem młodzież wiejską w ostatnich 4 latach na higieniczne pogawędki. Nawiazany kontakt pozwolił mi namówić moich słuchaczy obojga płci w wieku od 14 do 25 lat do zbadania ich zdrowia. Niewątpliwie wielu i to właśnie chorych nie zgodziło się na badanie.

Stwierdziłem: u połowy wszystkich zbadanych zarówno płci męskiej, jak i żeńskiej płaskie stopy, lub opadające sklepienie stopy i to niezależne od warunków miejscowych, jak zamieszkiwanie i praca w dolinach, lub na zboczach gór. Uderzające było przy tym, że młodzież obojga płci ze stwierdzonymi powyżej zmianami nie uskarżała się na żadne związane z nimi dolegliwości — w przeciwieństwie do ludności miejskiej, której nawet mała skłonność do płaskich stóp daje się dotkliwie odczuwać. Dlatego byłbym skłonny nie uważać płaskiej stopy u ludności wiejskiej za zjawisko chorobowe, zależne od słabej budowy sklepienia stopy, ale jako odkształcenia, nie mające większego znaczenia, a spowodowane ciężką pracą.

Również mniej lub więcej zaznaczone zmiany krzywizn kręgosłupa są związane z bardzo wczesnym rozpoczynaniem ciężkiej pracy rolnika podgórskiego. Zwracają przy tym uwagę dwa fakty: 1. dziewczęta, które, bądź co bądź, wykonują przeważnie mniej ciężką pracę, mają znacznie mniej skrzywień kręgosłupa, aniżeli chłopcy, 2. skrzywienie kręgosłupa stwierdzałem szczególnie często u tych, którzy zwracali uwagę znakomitą, silną budową ciała i dobrym odżywieniem i wykonywali szczególnie ciężkie prace.

U jednej czwartej części badanych stwierdziłem przewlekły nieżyt gardła i migdałków, a u pewnej części także przewlekły nieżyt tchawicy, co niewątpliwie zależy od warunków klimatycznych, przy czym rolnik jest szczególnie narażony na działanie deszczu, zimna i śniegu. I tu zwracał uwagę brak odczuwania jakichkolwiek dolegliwości.

Bardzo smutne stosunki stwierdziłem co do uzębienia. Spotykałem 18-letnich, którzy nie mieli ani jednego zęba, co musi powodować zaburzenia narządów trawienia i w następstwie zaburzenia ogniskowego choroby serca, nerek, stawów itd. Toteż większość przypadków, w których stwierdziłem białko w moczu, odznaczało się złym stanem uzębienia. Stan zębów był u wielu tego rodzaju, że zachowawcze leczenie dentystyczne było już niemożliwe, konieczne natomiast usunięcie zębów i sporządzenie sztucznego uzębienia, a to kosztowne postępowanie było by zbyt kosztowne przez właściwe zapobieganie.

W wielu wypadkach rozwój umysłowy nie był ukończony, lub też był spóźniony, nie odpowiadając wiekowi. Poronnych postaci obrzę-

ku śluzakowego było 1%. Wola mięszonego 35% u dziewcząt i 20% u chłopców. Wypadków jąkania 1% u płci męskiej, a u płci żeńskiej 0%. Nerwice ogólne 1% u obojga płci (w tej samej rodzinie). Epilepsja 1% tylko u chłopców. Płaskie stopy i opadające sklepienie stopy 50% płci męskiej, oraz 50% płci żeńskiej. Skrzywienie kręgosłupa 7% chłopcy i 3% dziewczęta. Żyłaki 2% chłopcy i 1% dziewczęta. Wypadki nieżyty gardła 25% chłopcy i 20% dziewczęta, zaś nieżyt tchawicy stwierdziłem u płci męskiej 10%, a u żeńskiej 8%. Ciężkie braki uzębienia przedstawiały się u chłopców 10%, u dziewcząt 11%. Sprawa lekkich braków uzębienia przedstawiała się gorzej, bo 80% chłopcy i 66% dziewczęta. Cherlactwo 2% chłopcy, a 1% dziewczęta. Ciężkie zmiany stawowe stwierdziłem jedynie u chłopców w 1%. Wypadków krótkowzroczności nie zauważyłem. Przytępienie słuchu po przebytych zapaleniu ucha środkowego 1% u obojga płci. Gruźlica gruczołowa w 4% u obojga płci. Nadczynność tarczycy 1% tylko u dziewcząt. 1 przypadek wargi zajęczej. Choroba serca 3% chłopcy, a 4% dziewczęta. Choroba nerek 2% chłopcy. Wyłącznie u chłopców zanotowałem 2% przepukliny pachwinowej, 3% gruźlicy otwartej, oraz 2% rzeżączki przebytej. Zawszenie 2% płci męskiej i 3% płci żeńskiej. Zaburzenia przewodu pokarmowego w 5% u obojga płci. 1 przypadek zupełnego braku miesiączki, a niedorozwinięcie sutków i owłosienia u 2 dziewcząt. U 2 chłopców (po służbie wojskowej) w wywiadach rzeżączka. U 30 pobrałem krew do kroplowego odczynu kiłowego kłaczującego z zaschłą krwią (Chediak). Wykonując odczyn po powrocie do pracy w laboratorium nie stwierdziłem nigdzie dodatniego odczynu.

Przebadać mogłem łącznie 200 osób, więc cyfrę za małą do oceny ludności rolniczej podgórskiej, to jednak 28 chorych (14%) wymagających leczenia stanowi duży procent.

W czterech zbadanych osiedlach jest jedna łazienka. Wodociągów brak. Kanalizacji nie ma, tylko 2% mieszkań odpowiada minimalnym wymogom higieny.

Uderzają wybitne różnice indywidualne psychiczne i duży procent osób o wybitnej inteligencji i ścisłym sposobie rozumowania (11%) przy znacznej powolności ruchów i powolnym rytmie pracy.

Poprawa zdrowotności ludności wiejskiej jest palącym problemem. — Zmianom układu kostnego zapobiec można wyrównawczym sportem odpowiednio zastosowanym, jak to się dzieje w Skandynawii, gdzie młodzież wiejska w wielu okolicach spędza kilka tygodni rocznie w okresie mniejszego natężenia prac rolnych w domach wypoczynkowych, uprawiając sport wyrównawczy dla zawodu rolnika.

Leczenie, etiologia i patogeneza promienicy

Z II Kliniki Chirurgicznej Uniwersytetu Warszawskiego.

Podał

Dr Stanisław Tokarski, adiunkt Kliniki.

Wstęp

Brak czasopism lekarskich uniemożliwił mi wydanie pracy w 1945 roku. W pracy tej nie podaję spostrzeżeń dotyczących leczenia promienicy penicyliną, gdyż te ostatnie zagadnienia należą już do okresu późniejszego.

Opierając się jednak na piśmiennictwie zagranicznym głównie amerykańskim, można dojść do wniosku, że wyniki leczenia promienicy penicyliną są mniej więcej takie same, jak po stosowaniu innych dawniejszych metod. Zresztą ostatnio nawet autorzy amerykańscy skłaniają się już do metod kombinowanych, jak na przykład: operacja i penicylina, penicylina i rentgenoterapia itd.

Praca moja oparta jest na 154 przypadkach, leczonych lub spostrzeganych przeze mnie w latach 1931—1945.

W piśmiennictwie polskim Barącz zestawia kilkanaście własnych przypadków w roku 1921, Rechniowski — 7 (1932) i Litwin — 6 (1938), poza tym istnieją tylko spostrzeżenia kazuistyczne.

Według Rechniowskiego do roku 1922 opisano w piśmiennictwie polskim zaledwie 50 przypadków promienicy. Liczba ta wydaje się zbyt małą, jeżeli wziąć pod uwagę, że Polska jest krajem rolniczym. Promienica zdarza się częściej po wsiach i małych miasteczkach, lecz warunki nieodpowiednie dla prawidłowego rozpoznania mogą spowodować, że często choroba bywa przeoczona lub też, co jest prawdopodobne, odnośne przypadki nie dochodzą do wiadomości lekarzy. Stąd też według Kwazebarta odczuwa się wyraźny brak w naszym piśmiennictwie statystyk, które by przedstawiały liczbowo częstość zakażeń promienicą w zależności od zawodu, wieku, płci, umiejscowienia, oraz ustaliły, w jakich okolicach kraju i w jakich specjalnych warunkach szerzy się choroba, co posiada wielkie znaczenie dla epidemiologii i patogeny promienicy. Statystyki zupełnie dokładne posiada Szwecja, Dania i Norwegia. Nie przesadzając na przyszłość sprawy skuteczności leczenia promienicy penicyliną, podaję także własną metodę leczenia, gdyż właśnie tylko po zastosowaniu tej metody, mogłem dojść do nowych wniosków dotyczących niektórych problemów patogeny promienicy.

I.

Zestawienie przypadków

Od 1931 do 1945 r. leczyłem lub widziałem razem 154 przypadków promienicy. Większość z nich leczona była do 1936 r. w I Klinice Chirurgicznej U. W., a od 1936 r. w II Klinice Chirurgicznej U. W., a mianowicie:

1. 15 chorych z I Klin. Chir. opisanych przeze mnie w pierwszej pracy z r. 1933, w której to wprowadziłem leczenie promienicy jontoforezą miedzi.

2. 6 chorych z II Klin. Chir., opisanych w drugiej pracy z roku 1933, gdzie opracowałem technikę wytwarzania sztucznych przetok dla jontoforezy.

3. 12 chorych z różnych oddziałów szpitalnych w Warszawie, opisanych w pracy z roku 1935, w pracy nad badaniami odczynów skórnych w promienicy.

4. 78 chorych leczonych przeze mnie od 1935 do 1945 r. w I i II Klin. Chir.

5. 21 chorych leżących w tym samym czasie w klinice z powodu ciężkich zmian, leczonych tylko objawowo, lub też z tych samych powodów odsyłanych do domu.

6. 10 chorych konsultowanych przeze mnie w warszawskich oddziałach chirurgicznych od 1935 do 1944 r.

7. 12 chorych różnych. Czterech z nich z I Klin. Chir. z 1931 r., kiedy nie zajmowałem się jeszcze leczeniem promienicy, — trzech, 10 przypadki przedstawione przez innych lekarzy na posiedzeniach Towarzystwa Chirurgicznego Warszawskiego i pięciu konsultowanych przeze mnie w praktyce prywatnej innych lekarzy warszawskich. Razem 154 przypadków w ciągu 14 lat, co daje przeciętną 11 przypadków rocznie.

Jaka mogła by być przeciętna ilość roczna chorych na promienicę leczonych w Warszawie w tym okresie?

Na podstawie moich spostrzeżeń i ankiet, oraz na podstawie faktu, że w roku 1935 w okresie przeprowadzania badań nad odczynem skórnym promienicy mogłem w ciągu 3 miesięcy zgromadzić 14 przypadków z 5 oddziałów chirurgicznych, przypuszczam, że poniższe obliczenia nie będą dalekie od prawdy. Na 20 oddziałach chirurgicznych w Warszawie, przy przeciętnej 2—3, mogło być w leczeniu 50 przypadków. Dziesięć ambulatoriów chirurgicznych mogło mieć razem 15 przypadków rocznie. Pewna liczba chorych leczyła się także i poza szpitalem; liczbę ich ustaliłbym na 10 przypadków rocznie. Do tego doszły by jeszcze przypadki chorych z oddziałów skórnych i wewnętrznych (promienica płuc). Opierając się na otrzymanych przypadkach i sprawozdaniach z posiedzeń liczbę ich ustaliłbym na 10 przypadków rocznie. Razem dało by to 85 przypadków rocznie. Są to, rzecz jasna, liczby orientacyjne, oparte na pewnych spostrzeżeniach i przypuszczeniach. Promienica nie podlegała zgłoszeniu urzędowemu, niemniej liczby te, według mego mniemania, są raczej za niskie, niż za wysokie.

Opierając się na moim materiale, podam kilka tabel uwzględniając wiek, płeć, zawód i siedzibę sprawy chorobowej.

Tabela I

Wiek	mężczyzn	kobiet	razem
0—10	5	2	7
10—20	22	13	35
20—30	30	20	50
30—40	20	5	25
40—50	26	2	28
50—60	4	4	8
60 i wyżej	1	0	1
	108	46	154

Z obliczeń i statystyk autorów obcych wynika, że promienicę spotyka się w latach wyteżonej pracy fizycznej. Rzeczywiście, jeżeli idzie o mężczyzn, to i z mojej tabeli wynika, że najwięcej chorych ma 15 do 50 lat życia. Natomiast kobiety chorują pomiędzy 15 a 30 rokiem życia. Jest to jasne, jeżeli się uwzględni, że kobiety na wsi pracują w tym właśnie okresie życia na roli; po 50 latach zajmują się raczej gospodarstwem domowym. Zarówno u mężczyzn, jak i kobiet, uderza liczba przypadków między 10 a 20 rokiem życia, musiałbym tu jednak zrobić uwagę, że przypadki te dotyczą raczej końcowego odcinka drugiej dekady życia. Gdybyśmy ułożyli tabelę więcej szczegółową, np. w okresach pięcioletnich, to fakt ten rzucił by się więcej w oczy. Odsetkowy stosunek zachorowań mężczyzn do kobiet wynosi 70,1% dla mężczyzn, a dla kobiet 29,9%.

W stosunku do zawodu tabela wygląda w sposób następujący:

Tabela II.

Zawód	M	K	Razem	%
Rolnicy	53	40	93	60,3
Inni (miasta)	45	2	47	30,5
Inni (W-wa)	10	4	14	9,2

Pozornie mała liczba rolników, bo tylko 53—55, zwiększy się, jeżeli uwzględnimy, że większość mieszkańców małych miasteczek zajmuje się również gospodarstwem wiejskim. Poszczególnych zawodów poza rolnikami nie wydzielałem, gdyż zdaniem moim nie ma to większego znaczenia. W każdym razie zwraca uwagę duża liczba szewców, bo aż 7. **Kwazebart** na 5 opisywanych przypadków ma ich aż 2. Być może, jest to zwykły zbieg okoliczności.

U kobiet za to uwydatnia się olbrzymia przewaga mieszkanek wsi — 40. Związane jest to prawdopodobnie z tym, że kobiety w małych miasteczkach w przeciwieństwie do mężczyzn, nawet w młodszym wieku, nie biorą udziału w pracy gospodarstw wiejskich i przez to są narażone mniej na zetknięcie się z grzybkami promienicy.

Co się tyczy mieszkańców Warszawy, to w 11 przypadkach źródło zakażenia było łatwe do wykrycia i nastąpiło poza Warszawą. W pozostałych 3 przypadkach, w dwóch źródło

zakażenia było o tyle trudne do ustalenia, że chorzy w ciągu ostatnich 2—3 lat przed zachorowaniem przebywali w różnych miejscowościach. W 3 ostatnim u 42-letniego ślusarza nie można było ustalić źródła zakażenia i chory w ciągu ostatnich dwóch lat nie opuszczał wcale Warszawy. Czternaście tych przypadków przedstawia pod względem zawodu bardzo różnorodny obraz (uczniowie, studenci, adwokat, pielęgniarka itd.).

Umiejscowienia sprawy chorobowej:

Tabela III.

Miejsce	M	K	Razem
Twarz	27	20	47
Twarz i szyja	25	10	35
Szyja	29	8	37 (119) 77,2%
Klatka piersiowa	10	1	11
Jama brzuszna	5	4	9
Jama ustna	3	—	3
Nerki	1	2	3
Kostne	2	—	2
Uogólnione	6	1	7 (35) 22,8%

Promienica twarzy i szyi należy do najczęstszych postaci tego schorzenia. Następująca tabela IV uwydatnia tę przewagę i zarazem podkreśla zasadniczą różnicę w porównaniu do statystyk zagranicą. Umiejscowienie twarzowo-szyjne.

Tabela IV

Autor	Ogólna liczba przyp.	% przyp. twarz-szyja
Laederich	1009	62,25%
Brofeld	332	58,1%
Gordon	157	68,1%
Harbitz	87	45%
Tokarski	154	77,2%

W polskim piśmiennictwie **Rubinrot** podaje ogólnie, że połowa przypadków* spostrzeczanych dotyczy promienicy twarzowo-szyjnej. W tabeli tej uderza stosunkowo duży odsetek promienicy twarzy i szyi. Wytlumaczenie tego zjawiska jest dość łatwe; prawdopodobnie mniejsza jest u nas w Polsce jeszcze liczba rozpoznawanej promienicy narządów wewnętrznych, zwłaszcza płuc.

W piśmiennictwie niemieckim osobiste statystyki kilkunastu przypadków promienicy płuc nie należą do rzadkości, a u nas podaje się kazuistyczne pojedyncze doniesienia. Trudno przypuszczać, by tej promienicy płuc było w Polsce rzeczywiście tak mało. Tym bardziej jest to dziwne, że w piśmiennictwie obcym są podawane nie rzadko opisy wyleczonych promienicy płuc czy to za pomocą promieni czy operacji. W naszym piśmiennictwie nie znalazłem dotychczas ani jednego przypadku wyleczonych promienicy płuc. Takim pewnym dowodem słuszności mego przypuszczenia jest okoliczność, że z 14 chorych mieszkańców Warszawy, u których rozpoznanie promienicy narządów wewnętrznych jest łatwiejsze, dotyczą aż 3 promienicy płuc i 3 promienicy jamy brzusznej. Pozostałe 8 są przypadkami promienicy twarzy i szyi.

Gdybyśmy uwzględnili chorych z samej Warszawy, to zestawienie odsetka zbliżyło by się do zestawień zagranicznych. Na 14 chorych z Warszawy 8 przypadków promienicy twarzy i szyi daje 57,12%, czyli mniej więcej liczby zachodnio-europejskie.

Poza tym w tabeli III uderza stosunkowo duża ilość przypadków promienicy tylko twarzy u kobiet, a w mniejszej mierze u mężczyzn. Prawdopodobnie względy kosmetyczne zmuszają chorych do wcześniejszego leczenia, zanim choroba przesunie się na szyję. Dlatego też przypadki promienicy twarzy przedstawiają w wywiadach zawsze prawie krótszy okres trwania choroby i leczą się stosunkowo łatwiej.

Promienica uogólniona

Promienica uogólniona, z szybkim zejściem śmiertelnym, dotyczy przede wszystkim dzieci. Z 7 przypadków promienicy uogólnionej aż 6 dotyczy dzieci w wieku od 4—10 lat. Trzeba się tu zastrzec, że dość częste przypadki promienicy wielonarządowej u dorosłych nie pokrywają się z pojęciem sprawy uogólnionej. Przejście promienicy płucnej na opłucną i nerki nie jest uogólnieniem promienicy, gdyż sprawa postępuje tu przez ciągłość, a nie drogą przerzutową.

Terenowo nie stwierdza się żadnej zależności między umiejscowieniem i natężeniem choroby — a zamieszkaniem. Stosunkowo większa ilość promienicy narządów wewnętrznych stwierdzona u chorych z Warszawy tłumaczy się większymi ośrodkami klinicznymi.

Zamieszkanie

Z całą pewnością można ustalić, że promienica dotyczy i atakuje przede wszystkim mieszkańców wsi. Czy jednak w Polsce istnieją okolice, gdzie liczba przypadków promienicy jest specjalnie duża, nie można ustalić z powodu braku jakichkolwiek danych statystycznych. W piśmiennictwie zagranicznym, dotyczącym krajów zachodniej Europy, nie spotyka się takiego zestawienia szczegółowego. Wobec dużego rozsiania miast uniwersyteckich na zachodzie, każdy z autorów opiera przeważnie liczbami z najbliższego względnie małego obszaru, wskutek czego nie może wyciągnąć żadnych wniosków co do rozmieszczenia promienicy, pomimo dużej liczby przypadków. Nie sprzyja temu też i brak obowiązku rejestrowania promienicy jako choroby zakaźnej.

Promienica jako choroba względnie niedawno ujawniona (1878) i dość rzadka, nie była, rzecz jasna, przedmiotem zainteresowania. Tym bardziej u nas w Polsce, gdzie najwyższa liczba ostatnio opisywanych przypadków promienicy przez jednego autora wynosi 6, nie można było myśleć o jakichś szerszych zestawieniach epidemiologicznych. Byłem o tyle w lepszym położeniu, że Warszawa leżąc w centrum Polski, była równocześnie znacznie oddalona od pozostałych większych centrów chirurgicznych i od miast

uniwersyteckich. Dlatego też do Warszawy mogli zdążyć chorzy z całej centralnej Polski i że tak było, wie o tym każdy z klinicystów warszawskich. Tym bardziej dotyczyło by to promienicy, jako choroby przewlekłej i trudno leczonej. Chorzy na promienicę z dalszych okolic kraju nie przybywali do Warszawy. I np. w swojej statystyce mam tylko 2 chorych z Pomorza, lecz za to ani jednego z Kresów Wschodnich, czy też Małopolski. Szczególnie rzuca się w oczy brak przypadków promienicy z Kresów Wschodnich. Wydawało by się, że rozstrzygającym momentem jest tu trudność komunikacji. Zapytani przeze mnie w tej sprawie lekarze z tych okolic podkreślają rzadkość promienicy w porównaniu z prowincjami centralnymi.

Ze 154 moich chorych odliczając 14 z Warszawy i 2 z Pomorza, pozostali tj. 138 pochodzą z województw centralnych.

Z tych 138 przypadków olbrzymia większość, bo aż 128 pochodzi z terenów leżących na wschód od Warszawy, a mianowicie z całego województwa lubelskiego, południowej części województwa białostockiego, północnej części województwa kieleckiego, wschodniej i południowej części województwa warszawskiego; reszta, tj. 10 przypadków z północnej i zachodniej części województwa warszawskiego i łódzkiego. Z okolic nawet bardzo blisko położonych Warszawy, ale leżących na zachód i na północ, a więc: z powiatu sochaczewskiego, łowickiego, skierniewickiego, błońskiego i okolic Płocka, przypadków promienicy nie miałem prawie wcale.

Bliższa i szczegółowa analiza miejsc zamieszkania wykazuje, że są tereny, w których specjalnie dużo było przypadków promienicy.

Odróżniłbym trzy takie sfery:

1. powiat grójecki i jego okolice — 24 przypadki; 2. powiaty — mińsko-mazowiecki, siedlecki, garwoliński, łukowski i tereny przyległe — 46 przypadków; 3. Ostrołęka i Wysokie Mazowieckie, oraz tereny przyległe — 27 przypadków. Słabą stroną tej statystyki jest to, że dotyczy ona chorych, którzy przeważnie z własnej inicjatywy przyjeżdżali na leczenie do Warszawy. Oprócz nich istniała duża liczba chorych, którzy mogli leczyć się na miejscu. Statystyki przeprowadzone bezpośrednio w poszczególnych okręgach były by o wiele więcej miarodajne. W każdym razie na podstawie moich obliczeń można ustalić, że na wschodnich terenach województw centralnych spotyka się częściej promienicę, niż w zachodnich.

O wschodnich częściach województw centralnych wiemy, że podstawą żywienia zimowego była jest siano i słoma, w zachodnich zaś raczej pasza treściwa — okopowe, czy też kiszunki z silosów. Specjalnie stosowane pasze w formie kiszzonek, wydaje mi się, nie sprzyjają rozwojowi promienicy, gdyż prawdopodobnie podczas długich kilkumiesięcznych procesów fermentacyjnych grzybek ulega łatwo zniszczeniu. Brofeld i Eljason uważają, że

promienica u ludzi i zwierząt szerzy się w jednych i tych samych okolicach. głównie tam, gdzie jako pokarm dla zwierząt służy sucha pasza — wspólne źródło zakażenia dla ludzi i zwierząt.

Być może, że koncepcja Brofelda i Eljasona jest słuszna, z naszymi jednak warunkami, nie zgadzała by się ona o tyle, że okolice powiatu grojeckiego należą do ziem, gdzie kultura rolnicza stoi dość wysoko; w każdym razie nie niżej, niż w powiatach północnych wojew. warszawskiego.

Uderzającą okolicznością jest mała ilość przypadków promienicy na Kresach Wschodnich, co wg mnie tłumaczy się inniejszą gęstością ludności, która zajmuje się nie tyle gospodarstwem rolnym, ile hodowlą ryb i leśnictwem. Być może, że trudności komunikacyjne i wydzielenie dużej części okręgów województw centralnych poza obręb tzw. Generalnej Gubernii w czasie okupacji niemieckiej nie pozwalało chorym z tych części Polski przyjeżdżać na leczenie do Warszawy. Spostrzeżenia moje dotyczą nie tylko lat wojennych. W okresie przedwojennym nie było ograniczeń takich, jak w czasie okupacji niemieckiej, zresztą szereg powiatów województwa warszawskiego położonych na zachód od Warszawy nie miał ograniczeń w czasie okupacji, jednak liczba przypadków promienicy z tych okolic była minimalna.

II

Leczenie

Z chwilą wtargnięcia grzybka do ustroju, choroba nie rozpoczyna się jeszcze. Czy grzybek może żyć saprofitycznie w sensie nosicielstwa, lub choroby bezobjawowej, w patogenie promienicy rozstrzygnięte to nie zostało i żadnych danych, przemawiających za tą możliwością, na razie nie posiadamy. Z piśmiennictwa wiadomo, że człowiek może się zarazić od człowieka chorego, ale czy grzybek saprofitycznie przeniesiony na inny ustrój nie wywoła choroby, tego doświadczenie nie wykazało.

Jeżeli z tych lub innych powodów grzybek staje się lub jest chorobotwórczy, wywołuje miejscowe odczyny tkanek. Grzybek rozwija się tak długo i choroba trwa tak długo, dopóty istnieją w ustroju odpowiednie warunki dla grzybka. Warunki te zależą między innymi od ciągłego i korzystnego dla zarazków odczynu uczuleniowego komórek całego ustroju. Uczulenie powstaje wskutek stałego wytwarzania jądów przez grzybnie; zmiany miejscowe są zaś wynikiem działania dwóch składników: zmian uczuleniowych i zmian fizycznych związanych bezpośrednio z mechanicznym rozwojem grzybni, w sensie uszkodzenia tkanek. W promienicy okres rozwoju trwa długo, nieprzerwanie, bez okresu remisji, i zwykle im jest więcej grzybni, tym odczyny są liczniejsze.

Zejsście w przebiegu promienicy jest trojakie:

1. przy nieprzerwalnym przebiegu — śmierć wskutek zmian miejscowych. (pęknięcie naczyń, charłactwo lub uogólnienie);
2. samowyleczenie wskutek ugruntowania się symbiozy między grzybnią i ustrojem, co może też doprowadzić do zaniku grzybni wskutek samoistnego odczucia się organizmu;
3. wyleczenie przez leczenie.

Z powyższego wynikało by, że leczenie promienicy powinno i będzie polegało albo na bezpośrednim zaatakowaniu grzybni, albo na odczuleniu ustroju.

Bezpośrednie zaatakowanie grzybni można skutecznie albo przez: a) zniszczenie całej grzybni na drodze operacyjnej; b) zniszczenie na drodze operacyjnej części grzybni. Wtedy w uczulonym, a zarazem już przestrojonym ustroju, względnie mała pozostałość grzybni nie jest już zdolna do wywoływania korzystnych dla siebie odczynów uczuleniowych całego organizmu i w ten sposób pozostała grzybnia, nie znajdując korzystnych warunków dla swego rozwoju, albo ginie, albo przyjmuje charakter saprofityczny; c) zaatakowanie miejscowymi środkami chemicznymi (miedź, płyn Dakina, okłady z jodu, rivanol) z całkowitym lub częściowym zniszczeniem grzybni; d) zaatakowanie grzybni środkami chemicznymi jak: złoto, salvarsan, sulfamidy, penicylina — stosowanymi nie miejscowo.

Odczuleniu ustroju nazywamy stworzenie takiego stanu, w którym by ustrój na drodze uczuleniowej nie działał korzystnie na grzybnie. Osiągniemy to przez zastosowanie: szerepienek, jodu, rentgenoterapii, środków chemicznych takich jak: złoto, salvarsan i sulfamidy. Te ostatnie trzy środki mogą działać tak na samą grzybnię, jak i na cały ustrój.

Chorych moich leczyłem prawie wszystkimi metodami, lub też kombinacjami tych metod. Opisując kolejno każdy z tych sposobów leczenia podaję jednocześnie moje doświadczenia i wyniki, podkreślając przede wszystkim te metody, które będą potrzebne dla umotywowania i zrozumienia pewnej celowości mojej własnej metody, którą opiszę dopiero na końcu.

Leczenie operacyjne

Najdawniej przez wszystkich stosowane jest leczenie operacyjne, które teoretycznie wydało by się najwięcej uzasadnione. Wymaga ono jednak dużej radykalności, a taki radykalny zabieg pozostawia zwykle duże i szpecące blizny. Ta radykalność jest właśnie trudna do osiągnięcia w przypadkach, zdawało by się, najłatwiejszych, a więc w promienicy twarzy i szyi. Pomijając już sprawę blizn pooperacyjnych, technika tych operacji jest bardzo trudna, — o wiele trudniejsza, niż w operacjach w promienicy płuc lub brzusznej, gdzie opracowanie samej metody operacyjnej, jak to zwykle bywa w operacjach typowych, jest już momentem prawie rozstrzygającym.

Osobiście nie operowałem nigdy promienicy twarzy i szyi dla radykalnego usunięcia ogniska. Kilkunastu chorych, którzy się do mnie

zgłosili operowani już przez innych chirurgów, nie byli wyleczeni, ale też o żadnej radykalności w tych przypadkach nie było mowy. Niektórzy z nich byli operowani z właściwym rozpoznaniem przedoperacyjnym, inni jako cierpiący na ropnie i ropowice, dlatego też w przypadkach tych zadowalniano się zwykłym cięciem i wyskrobanie.

Prawdziwie radykalną operację widziałem tylko raz jeden u chorego (dr Czarkowski-go). Po operacji rozległej promienicy szyi powstał prawdziwy preparat anatomiczny z widocznymi i obnażonymi dużymi naczyniami szyjnymi i nerwami splotu barkowego. Jest to operacja, na którą może pozwolić sobie chirurg, który nabył dużej wprawy w operacjach szyjnych w związku z dawniej często wykonywanymi operacjami z powodu gruczolow szczyjnych. Chory został wyleczony, blizny były bardzo duże.

O operacjach z powodu promienicy płuc w sensie usuwania zajętych płatów w piśmiennictwie polskim nie ma żadnych danych. Przypadki takie natomiast opisywane są w piśmiennictwie obcym.

W naszym piśmiennictwie opisywane są przypadki udanej operacji z powodu promienicy jamy brzusznej, najczęściej kątnicy. Operowałem 4 przypadki promienicy jamy brzusznej. Wyleczenie uzyskałem w 2 przypadkach. W jednym, dotyczącym kątnicy, w drugim — poprzeczny. W pozostałych dwóch przypadkach — chorzy zmarli.

Decydującym czynnikiem dla rokowania wydaje się rozległość zmian chorobowych. Z pięciu przypadków promienicy jamy brzusznej, leczonych operacyjnie przez innych chirurgów, wyleczenia nie otrzymałem, pomimo zastosowania przeze mnie innych środków. Przytaczam jeden z operowanych przeze mnie przypadków promienicy kątnicy, gdyż jest to nie opisywany dotychczas w piśmiennictwie, w którym wrotami zakażenia nie była jama ustna, lecz skóra.

Przypadek I. (Nr 138.) Chora Z. K. lat 25 zamieszkała w Warszawie, z zawodu pielęgniarka, zachorowała we wrześniu 1940 r. Podczas pracy wbiła sobie igłę do szcicia w dolną prawą połowę brzucha. Po 3 tygodniach zauważyła nieznacznie stwierdzenie w miejscu wbicia igły. Ponieważ obmacywaniem stwierdzono bolesność, wykonano w październiku 1940 r. appendektomię. W wyrostku, ani kątnicy zmian nie znaleziono, stwierdzono jednak tak w mięśniach, jak i w powięzi duże zmiany naciekowe, co brano za objawy po przebytym zapaleniu wyrostka robaczkowego. Po tygodniu rana operacyjna zagojona. W miesiąc po operacji twarde nacieki rozprzestrzeniły się w całej połowie prawej, dolnej brzucha. W grudniu naświetlana była promieniami, w styczniu naświetlana powtórnie, stan chorej pogarszał się, wystąpiły bóle brzucha, rozwojenia, w lutym w okolicy kątnicy utworzyła się przetoka. Do kliniki przybyła dn. 5 marca 1941 r. Miejscowo stwierdzono duży, płaski, twardy nacieki w okolicy kątnicy, wielkości dwóch dłoni, zlewający się z otoczeniem. Widoczna jest jedna przetoka,

z której wydobywa się ropa. Badanie ropy wykazało obecność grzybków promienicy.

8. III. — laparotomia; dotarto do kątnicy, otrzewna zgrubiała, zrosnięta z kątnicą. Otrzewną wraz z odciętą przednią ścianą kątnicy o średnicy 3 cm usunięto. Cały guz składający się z mięśni, powięzi i tkanki tłuszczowej z twardymi naciekami — usunięto, oszczędzając skórę jak tylko to było możliwe. W czasie operacji nastrzyknięto do tkanek podskórnych 2% Cu SO₄. Skórę udało się zaszyć. Równolegle do rany operacyjnej, poniżej niej wytworzono podskórny kanał, w którym pozostawiono dren gumowy o średnicy 3 cm. Kanał ten wytworzono dla późniejszego wprowadzenia elektrod dla jontoforezy. W trzecim dniu po operacji zastosowano jontoforezę miedzią, wprowadzając elektrodę czynną do wytworzonego uprzednio kanału. Pięć codziennych seansów jontoforezy po 20 min., natężenie prądu 20 mil. amp.

19. III. — wypisana z raną na zagojeniu.

23. IV. — chora powróciła do Kliniki dla powtórzenia jontoforezy zwykłej. Jontoforezę stosowano do dn. 4. V. Natężenie prądu do 30 mil. amp. Kontrola po pół roku stwierdziła zupełne wyleczenie chorej.

Leczenie operacyjne, jeżeli jest radykalne i możliwe wcześniej wykonane, może dawać duże szanse wyleczenia. Leczenie operacyjne nieradykalne może też stwarzać pewne szanse wyleczenia, jeżeli połączymy je z inną metodą dodatkową.

O tym zagadnieniu będę mówił później i dokładniej przy opisie własnej metody leczenia.

Rentgenoterapia

W obecnych czasach jedną z najpopularniejszych metod leczenia promienicy jest rentgenoterapia.

W piśmiennictwie obcym, jak i naszym, ogólna ocena jest raczej zachęcająca, lecz nie zupełnie jednakowa. W samej technice naświetleń istnieje ostatnio skłonność stosowania dawek silnych w mniejszej ilości seansów. Zasady tej trzymałem się również; wszystkich prawie swoich chorych naświetlałem wspólnie z prof. W. Zawadowskim. Przez takie właśnie gromadzenie leczenia w jednym ręku mogłem łatwiej zorientować się w ocenie skuteczności rentgenoterapii.

Moje doświadczenie o skuteczności rentgenoterapii na podstawie własnych przypadków przedstawiało by się w sposób następujący:

Z 10 chorych z promieniową twarzowszczyzną 6 zostało wyleczonych zupełnie, dwaj — ponieważ po upływie roku nie byli jeszcze zdrowi — zostali leczeni inną metodą. Jeden zmarł z powodu promienicy płuc, ostatni po upływie jeszcze 2 lat nie był wyleczony, z powodu wybuchu wojny straciłem go z oczu i dalszy jego los nie jest mi wiadomy. Ważne jest zagadnienie ustalenia czasu nieskuteczności leczenia promienicy skórnej rentgenoterapią. Spotkałem się z przypadkami, w których pomimo braku wyniku po 2 latach, chorzy byli dalej leczeni promieniami Rentgena.

Musimy przecież zawsze liczyć się z tym, że jeżeli długo pozostawiamy przypadek niewyleczony, to sprawa może przejść dalej,

najczęściej z szyi do klatki piersiowej, lub też uogólnić się.

Na podstawie własnego doświadczenia mogłem stwierdzić, że jeżeli po upływie roku stosowania rentgenoterapii nie uzyskamy wyniku, wtedy najczęściej nie będzie wyleczenia. Z 22 chorych leczonych uprzednio przez innych lekarzy różnymi sposobami, większość była leczona od 1—3 lat Rentgenem bez wyniku. Z drugiej strony po upływie 6-ciu miesięcy, ujemnego wyniku rentgenoterapii nie można uważać za ostateczny. Niemniej istnieją przypadki promienicy skórnej, których nie można wyleczyć rentgenoterapią. W interpretacji ogólnej, podręcznikowej, fakt taki tłumaczy się zwykle albo nadzwyczajną odpornością grzybni, albo niewystarczającą produkcją ciał odpornościowych ustroju.

Tak się złożyło, że mogłem dłużej obserwować przypadki promienicy twarzowszyjnej, odporne na wszelkie leczenie. Przeważnie byli to chorzy, którzy zgłaszali się po nieudanym leczeniu w innych zakładach, lub u innych lekarzy.

Okazało się, że przede wszystkim te przypadki promienicy skórnej są odporne na leczenie miejscowe i leczenie rentgenoterapią, w których istnieje równocześnie promienica narządów wewnętrznych, najczęściej płuc. Istniejące ognisko płucne w dalszym ciągu działa uczulająco na cały ustrój, to znów działanie dla grzybni skórnej utrudnia działanie środków miejscowych i ułatwia przetrwanie grzybni, pomimo zaatakowania jej przez czynniki szkodliwe. Tylko w jednym takim wypadku widziałem wyleczenie przy pomocy rentgenoterapii, gdy zastosowano dawkę tak silną, że wraz z martwicą całej tkanki zniknęła i grzybnia.

Operowałem 22 chorych, leczonych uprzednio już gdzie indziej i okazało się, że przyczyną nieskuteczności rentgenoterapii w tych przypadkach jest najczęściej zbyt duża głębokość nacieków promienicznych. Moment ten jest też przeważnie przyczyną nieskuteczności w działaniu i innych środków, działających miejscowo.

W promienicy narządów wewnętrznych nie uzyskałem rentgenoterapią wyraźnych wyników.

Inne środki działające miejscowo

Do najpopularniejszych środków tej grupy należą: miedź w zastrzykiwaniach, okładach i jontoforezie, jod w tych samych postaciach, płyn Dakina, wyciągi z gruczołów chłonnych i rivanol. Ten sam środek w jednych rękach daje dobre rezultaty, w innych gorsze. Widocznie samo doświadczenie i wprawa odgrywają tu pewną rolę. Decydującym momentem jest też i głębokość nacieku promienicznego.

Kto ma z daną metodą więcej doświadczenia, tym lepiej potrafi zaatakować głębokie nacieki. Im większa seria, tym rezultaty końcowe są lepsze. Każdy z tych środków może być dobry lub zły. Leczenie takimi środ-

kami nie może trwać nieskończenie długo. W pewnym momencie należy zdać sobie sprawę z nieskuteczności danego sposobu leczenia i przejść do innego.

Z własnego doświadczenia określiłbym ten okres na 6—8 miesięcy, w stosowaniu rentgenoterapii okres ten jest dłuższy, wynosi 12 miesięcy, głównie dlatego, że w czasie tego leczenia powstają prawie zawsze rozmiękające przetoki, których gojenie przedłuża czas leczenia.

Tak jak w każdej metodzie, tak i w stosowaniu tych środków miejscowych wystarczy zniszczenie tylko części grzybni promienicznej.

Z metod tej grupy największe doświadczenie mam w stosowaniu jontoforezy siarczanem miedzi. Rezultaty stosowania jontoforezy, jako też wytwarzanie sztucznych kanałów podskórnych dla jontoforezy, podałem w uprzednich swoich pracach. Wyleczenia po stosowaniu innych środków chemicznych, miejscowych, widziałem w przypadkach innych lekarzy.

Leczenie ogólne. Szczepionki.

U nas w Polsce nie stosował nikt szczepionek w celach leczniczych. W piśmiennictwie obcym spotykamy się niejednokrotnie z dodatnią oceną tego sposobu leczenia. Autorzy amerykańscy **Neber** i **Wynn** uzyskali dobre wyniki, jeżeli przed zastosowaniem szczepionki wstrzykiwano dożylnie złoto. Według nich anergia zmienia się wtedy w alergię.

Być może, że działa tu samo złoto, a być może, że i po wstrzyknięciu złota każda proteinoterapia będzie miała lepszy skutek. To drugie przypuszczenie jest prawdopodobne, gdyż te same wyniki otrzymali oni stosując, w razie trudności sporządzenia auto-szczepionki, szczepionkę wielowartościową (6—8—10 obcych szczepów).

Teoretycznie wydaje mi się, że leczenie szczepionkami promienicy należy postawić na tej samej płaszczyźnie, co i leczenie gruźlicy — tuberkuliny. Przeglądając piśmiennictwo dotyczące gruźlicy z lat 1891—1892 roku, spotykaliśmy się też z entuzjastycznym przyjęciem tuberkuliny, jako środka leczącego gruźlicę. Tym bardziej wydaje mi się to słuszne, że gdyby szczepionki dawały w przypadkach promienicy rzeczywiste same przez się jakiegokolwiek rezultaty, to metoda ta, znana przecież od 20 lat, była by wszędzie o wiele szerzej stosowana.

Jod

Jod jest najstarszym środkiem leczenia promienicy. Jako wystarczającego środka do leczenia promienicy nie stosowałem jodu nigdy. Z piśmiennictwa wiadomo, że kuracja jodowa może doprowadzić do wyleczenia tylko w wyjątkowych przypadkach. Wszyscy zgadzają się, że w dzisiejszym stanie rzeczy jod zasługuje tylko na miano metody leczniczej wspomagającej; nie jest on sposobem doświadczonego i pewnym bez połączenia z innymi. Osobiście jodu nie stosowałem nawet w kombinacji z innymi metodami.

Inne środki chemiczne

Inne środki chemiczne, działające ogólnie, były stosowane już od dawna. Próbowano wstrzykiwać złota, srebra, srebra koloidalnego, neosalvarsanu — bez większych rezultatów.

Ostatnio, na kilka lat przed wojną, zaczęto stosować z dość dużym powodzeniem prontosil. Podaje się 6 tabletek dziennie, aż do 270 tabletek razem, z krótszymi lub dłuższymi przerwami. Miejscowo niektórzy dodatkowo stosują też maści sulfamidowe. (A. M. Browne i E. Mealla: Soc. Cir. Buenos-Aires 30, II. 38). Duża jednak ilość przypadków promienicy jest oporna na leczenie sulfamidami. Widocznie, podobnie jak i w stosowaniu penicyliny, istnieją szczepy odporne na działanie sulfamidów. W Polsce nikt nie ogłosił dotychczas wyników leczenia promienicy sulfamidami. Z ustnych relacji wiadomo mi tylko, że **dr Kenig** podczas wojny, w szpitalu więziennym na Pawiaku stosował cibazol dożylnie z niezłymi rezultatami.

Sami osobiście leczyłem w roku 1945 tylko jednego chorego z promienicą twarzowszyzną cibazolem, stosowanym dożylnie, z zupełnie dobrym wynikiem.

III.

Metoda własna

W leczeniu promienicy uwzględnić należy trzy następujące momenty: po pierwsze, przystępując do leczenia, musimy sobie zawsze zdawać sprawę z rozciągłości zmian anatomicznych, po drugie należy dążyć do skrócenia leczenia i wreszcie po trzecie, staramy się zapewnić możliwy powrót do normy (blizny). Wszystkie te zastrzeżenia dotyczą przede wszystkim promienicy skórnej. W obecnym stanie leczenia promienicy punkt pierwszy jest najważniejszy. Gdybyśmy jednak wynaleźli jakiś środek działający ogólnie o 100% pewności wyleczenia, coś w rodzaju sulfamidów, czy penicyliny, punkt ten rzecz jasna okazał by się zbędny.

Wydawało by się, że w przypadkach promienicy powierzchownej wyleczenie będzie łatwe bez względu na rodzaj zastosowanej metody. Tymczasem okazuje się, że nawet i w tych przypadkach spotykamy się z niepowodzeniem. Przyczyną jest fakt, że zmiany, które uważamy za powierzchowne, sięgają daleko w głąb. Wobec tego, dla uniknięcia niespodzianek i ewentualnego rozszerzenia się sprawy chorobowej, czy to w postaci przerzutów, czy też przez ciągłość, lepiej jest do każdego przypadku ustosunkować się, jako do przypadku promienicy głębokiej.

Zorientować się w rozległości i głębokości zmian chorobowych możemy najlepiej i jedynie na drodze operacyjnej.

Dlatego też w moim sposobie leczenia **zabieg operacyjny jest pierwszym etapem leczenia**. Dla uniknięcia szpecących blizn operuję z dwóch małych cięć długości od 2 do 4 cm, po przeciwnych stronach nacieku, zazwyczaj

w granicach skóry zdrowej. W przypadkach większych nacieków cięcia te mogą być wykonane w granicach nacieku. Jeżeli zmiany są duże, robimy dwie lub więcej par takich cięć. Po zorientowaniu się w głębokości nacieku, należy w granicach możliwości wyłyżeczować zmienione tkanki. Wszystkich grzybni nie usuniemy, niemniej jednak po tak wykonanej operacji możemy uzyskać zupełne wyleczenie. Organizm nie może już uczulać się zbyt małymi dawkami antygeny i pozostała grzybnia ginie. W koncepcji klasycznej odpornościowej fakt wyginiecia samoistnego pozostałej grzybni tłumaczony jest możliwością skoncentrowania wszystkich ciał odpornościowych na jednym zmniejszonym odcinku. Gdyby jednak ciała odpornościowe w leczeniu promienicy odgrywały zasadniczą rolę, to przypadki samowyleczenia promienicy nieleczonej nie powinny być takie rzadkie. Tak samo i brak okresów remisji w przebiegu promienicy nie świadczy o tym, by w organizmie zwiększała się zdolność wytwarzania przeciwciał w miarę trwania choroby.

Z 4 chorych leczonych przeze mnie samym tylko zabiegiem operacyjnym wyleczyłem 2. Byli to chorzy, u których nie mogłem z powodu wojennych warunków przeprowadzić innego leczenia. Samego tylko zabiegu operacyjnego nie można uważać za wystarczający, gdyż nigdy nie wiemy dokładnie, ile jeszcze grzybni pozostało, tak samo jak i nie możemy zawsze liczyć na samowyleczenie pozostałej grzybni.

Dla wyleczenia reszty grzybni, która może znajdować się b. głęboko, należy zastośować jakiś środek chemiczny, który by wnikał głęboko wśród tkanek. Temu warunkowi odpowiada jontoforeza siarczanem miedzi z umieszczeniem elektrody czynnej w samym ognisku.

Po zabiegu operacyjnym pozostawia się dren gumowy grubości od 15 do 25 mm. Dren taki przechodzi przez całe ognisko chorobowe, przez te dwa cięcia uprzednio już wykonane, i pozostaje przez dwa dni, przez co wytwarza się kanał, do którego wprowadza się zupełnie bezboleśnie elektrodę czynną, w kształcie wydłużonej, płaskiej blaszki o szerokości 10 do 15 mm. Dla lepszego działania jontoforezy można podczas operacji wstrzyknąć do tkanek roztwór 2% CuSO_4 . Zabiegi jontoforetyczne wykonuje się po 30 minut przez 10 dni; natężenie prądu od 10 do 30 miliamperów. Dłużej nie można stosować jontoforezy, gdyż zarastający kanał uniemożliwia w końcu bezbolesne wprowadzanie elektrody. Po każdym zabiegu należy wprowadzić do przetoki dren gumowy, gdyż inaczej kanał zarósł by zbyt szybko. Dren może być stopniowo coraz cieńszy.

W stosowaniu tego sposobu jontoforezy trzeba liczyć się z tym, że skóra i tkanka podskórna jest poza działaniem prądu elektrycznego, gdyż elektroda czynna jest w ognisku, a bierna po drugiej stronie ciała. Także i podczas operacji operujemy najczęściej w

granicach skóry zdrowej, sama skóra nacieku zazwyczaj znajduje się poza zasięgiem zabiegu operacyjnego, wobec czego trzecim etapem leczenia będzie bezpośrednie zaatakowanie samej skóry i tkanki podskórnej. To osiągniemy najłatwiej promieniami Rentgena. Chorzy ci w 4 tygodnie po zakończeniu jontoforezy otrzymują jedną lub dwie serie naświetlań promieniami Rentgena. Tak więc całkowita metoda składa się z trzech etapów:

1. Leczenie operacyjne z wytworzeniem kanału dla jontoforezy z jednym wstrzyknięciem miedzi.

2. Jontoforeza.

3. Rentgenoterapia.

Najważniejszą, dodatnią stroną tej metody jest: a) możliwość zorientowania się co do głębokości zmian chorobowych, b) dobre wyniki kosmetyczne (minimalne cięcia), c) krótki okres leczenia.

Sposób ten daje też możliwość zaatakowania wszystkich grzybni. Nie chcę twierdzić, że jest to jedyny skuteczny sposób leczenia promienicy, gdyż możemy uzyskać wyleczenie i na innej drodze; jednak możemy być pewni, że w tej metodzie nie postępujemy na ślepo, lecz wiemy, jak głęboko sięgają zmiany. Zastosowanie dodatkowe jontoforezy i rentgenoterapii, a nie innych środków działających miejscowo, ma swoje uzasadnienie praktyczne i teoretyczne.

Po jontoforezie z elektrodą czynną w ognisku możemy zawsze się spodziewać, że zastosowany środek na pewno dojdzie do grzybni w głębi tkanek. Grzybnię zaś powstałą w samej skórze najłatwiej zaatakować promieniami Rentgena.

Po zastosowaniu każdej innej metody, w razie ujemnego wyniku, nigdy nie wiemy, czy przyczyną naszego niepowodzenia jest wybór nieodpowiedniego środka dla danego przypadku, czy istnienie dodatkowego ogniska promienicznego w narządach wewnętrznych, czy też duża głębokość sprawy chorobowej.

Metodą powyżej opisaną leczylem 58 przypadków promienicy twarzowo-szyjnej. Z tych 58 przypadków, 22 dotyczy chorych leczonych już uprzednio, gdzie indziej w ciągu długiego czasu, z wynikiem ujemnym. Wyniki przedstawiają się w sposób następujący: na 36 przypadków leczonych od razu i tylko tą metodą w 31 otrzymałem zupełne wyleczenie, w przeciętnym okresie 6-ciu miesięcy. Bywały przypadki wyleczenia w 3 miesiące, ale bywały przypadki, gdzie wyleczenie następowało dopiero po upływie 10 miesięcy. Z pozostałych 5 jeden nie został wyleczony z powodu promienicy płuc, jeden nie wyleczony po upływie 2 lat, trzech pozostałych nie zgłosiło się do kontroli. Byli to mężczyźni w wieku od 20—30 lat i, jak się dowiedziałem, zostali wywiezieni do Niemiec na roboty.

Z 22 chorych leczonych już uprzednio innymi sposobami przez innych lekarzy, wyleczyłem moją metodą 19, z 3 pozostałych 2 zmarło z powodu promienicy płuc, a jeden z powodu promienicy uogólnionej.

Dla ścisłości muszę zaznaczyć, że 4 nie otrzymało naświetlań promieniami Rentgena z powodu trudności komunikacyjnych i warunków wojennych, pomimo to zostali wyleczeni.

Całą techniczną stronę leczenia łatwiej będzie zrozumieć po przejściu historii choroby poniższych 2-ch przypadków. Jeden z nich dotyczy chorego leczonego od razu przeze mnie, drugi chorego już uprzednio leczonego innym sposobem.

Przypadek 2 (92). Chory S. K., lat 18, z zawodu rolnik, zamieszkały w powiecie mińsko-mazowieckim, zachorował w lipcu 1940 roku. Choroba obecna rozpoczęła się w sierpniu 1940 roku; po prawej stronie szyi wystąpiło niewielkie stwardnienie, które stale się powiększało. Po pewnym czasie skóra nad stwardnieniem nabrała koloru sino-czerwonego, potem wytworzył się nieduży ropień, który pękł. W miejscu tym powstały przetoki, z których stale sączyła ropa. Do kliniki, chory przybył w listopadzie tegoż roku. Miejscowo stwierdzono: Po prawej stronie szyi na przestrzeni wielkości dłoni, rozległe nacieczenie skóry i tkanki podskórnej, sięgające od szczęki dolnej do połowy szyi. Kilka przetok, z których podczas ucisku wydobywa się ropa. Badanie ropy wykazało obecność grzybka promienicy.

23 XI — operacja, w narkozie chloro-etylowej wykonano dwa cięcia długości po 3 cm po obydwu stronach nacieku w granicach zdrowej skóry. Z cięć tych wyłuszczano możliwie jak najwięcej zmienionych tkanek. Okazało się przy tym, że naciek łączył się ze szczęką dolną. Podczas operacji wstrzyknięto do tkanek leżących w głębi 2 cm³ 2% CuSO₄.

Przez jamę ogniska promienicznego przeprowadzono dren gumowy średnicy 2 cm.

24 XI — nieznaczny obrzęk szyi.

25 XI — wyjęto dren gumowy i wprowadzono przez obydwie cięcia operacyjne elektrodę czynną. Zabieg jontoforetyczny trwał 20 minut; natężenie prądu 20 mA., użyto 2% CuSO₄. Po skończonym zabiegu wprowadzono z powrotem dren gumowy.

26 XI—4 XII — codziennie zabiegi jontoforetyczne, natężenie prądu stopniowo zwiększano do 30 mA., czas zabiegu do 30 min. Po ostatnim zabiegu usunięto ostatecznie dren gumowy.

10 XII — chory wypisany z raną dobrze się gojącą i nieznacznymi naciekami.

2 I 1941 r. chory zgłosił się do kontroli. Rany operacyjne i przetoki zagojone, nieznaczne stwardnienie.

12 I—17 I — trzy seanse rentgenoterapii.

23 II — chory zgłosił się powtórnie do kontroli. Stwierdzono dobry stan, stwardnienie znacznie się zmniejszyło.

18 V — kontrola, zupełnie wyleczony, małeńkie, miękkie bliznki.

Następny przypadek dotyczy chorego już uprzednio leczonego promieniami X.

Przypadek 4 (136): Chory lat 37, rolnik z powiatu garwolińskiego. Do kliniki przybył 12 lipca 1943 roku z powodu promienicy policzka prawego. Choruje już od 14-tu miesięcy i leczony był dwukrotnie serią rentgenoterapii. Badanie bakteriologiczne, kilkakrotnie przeprowadzone wykazało obecność grzybka promienicy. Z powodu braku poprawy i powiększającego się

stałe szczękoscisku został przez lekarza skierowany do kliniki.

Miejscowo stwierdzono nacieki o średnicy 6—7 cm na prawym policzku, liczne przetoki i zupełny szczękoscisk. Obecność grzybka stwierdzono 15 VII — w narządzie chlorkiem etylu, z dwóch cięć długości po 3 cm, wyłuszczone prawie cały naciek i po operacji pozostawiono dren gumowy grubości 2 cm. Podczas operacji stwierdzono, że naciek, który wydawał się powierzchowny, łączył się ze szczęką dolną.

17 VII—27 VII — codzienne zabiegi jontoforetyczne z 2% CuSO_4 , natężenie prądu od 20—30 mA, czas trwania od 20—30 min.

30 VII — wypisany.

4 IX — kontrola wykazała dobre gojenie się przetok i ran pooperacyjnych. Szczękoscisk o wiele się zmniejszył.

16 XII — kontrola wykazała zupełne wyleczenie, szczękoscisk zupełnie ustąpił.

Promienica narządów wewnętrznych

Płuca.

6-ciu chorych leżących w klinice z powodu promienicy płuc oraz rozprzestrzenienia się sprawy chorobowej i dużego wyniszczenia, nie nadawało się do lobektomii. U 4 chorych, w 3 przypadkach, w których już istniały przetoki i w 4 przypadku po wytworzeniu sztucznych zrostów, wprowadziłem podczas jontoforezy 2% CuSO_4 elektrodę czynną do jamy opłucnej. Chorzy znosili zabiegi zupełnie dobrze, jednak nie zostali wyleczeni.

W każdym razie wykazałem, że wprowadzenie elektrody do opłucnej jest możliwe dla jontoforezy. Wykonana wcześniej lobektomia, połączona z jontoforezą wewnątrzpłucnową, mogła by dać lepsze rezultaty.

Trudności diagnostyczne uniemożliwiają wczesne uchwycenie odpowiednich przypadków. Wprowadzenie roztworów miedzi do wolnej jamy opłucnej igłą, chorzy znoszą zupełnie dobrze.

Jama brzuszna. Całkowitą metodę w promienicy jamy brzusznej stosowałem w 3 przypadkach, z czego w 2 z wynikiem pomyślnym.

Jeden z tych przypadków wyleczonych podany był już jako przypadek Nr 1.

Tych chorych, których operować nie mogłem próbowałem leczyć za pomocą jontoforezy. Wprowadzenie elektrod czynnych przez przetoki do jamy brzusznej, w przypadkach zrostów okazało się zupełnie możliwe i chorzy znosili zabieg ten zupełnie dobrze. Leczenie to nie dało jednak dotychczas rezultatów.

W innych przypadkach promienicy narządów wewnętrznych, lub też promienicy uogólnionej po stosowaniu jakiejkolwiek z metod leczniczych, nie uzyskałem wyleczenia.

Reasumując więc w przypadkach promienicy skórnej uzyskałem wyniki dobre, a w promienicy narządów głębokich tylko tam, gdzie prawidłowe rozpoznanie nie było zbyt późne. Wynikało by z tego, że decydującym momentem dla wyleczenia promienicy jest możliwość zaatakowania możliwie dużej części grzybni promienicznej.

IV

Pierwotna i wtórna promienica skóry.

Wrota zakażenia.

Ponieważ znaleziono dużą ilość miejsc pierwotnego wszczęcia grzybka promienicy w jamie ustnej i gardzielowej, większość autorów uważa, że promienica twarzy i szyi jest schorzeniem wtórnym. Promienicę pierwotną skóry okolic twarzy i szyi, uważa się za schorzenia wyjątkowe. J. Kucera przytacza liczby z VII Kongresu Pirogoffa w Kazaniu (1899), w którym na 173 przypadków zakażeń grzybkami promienicy nie było ani jednego z pierwotną promienicą skóry.

Na podstawie statystyk Illicha, de Ponceta, Berarda i innych, ogółem na 574 przypadków, Laederich znalazł tylko w 15 pierwotne umiejscowienie w skórze. Brofeld oznacza częstość pierwotnej promienicy skóry na 1,6% — Harbitz na 3%.

W poszczególnych przypadkach odróżnienia pierwotnego zajęcia skóry od wtórnego jest trudne. Grzybek promienisty może wnikać do ustroju niespostrzeżenie, nie pozostawiając śladów, a schorzenie ujawni się z momentem zajęcia wtórnie skóry i tkanki podskórnej. Bliźny, łączące ognisko pierwotne z wtórnym, mogą zupełnie zaniknąć, tak, że dopiero zabieg operacyjny może rozstrzygnąć, czy jest pierwotną, czy też wtórną promienicą skóry (Berhardt, Jungling, Guttman). Trudności te są tym większe, że okres wylegania promienicy rozciąga się nieraz na całe lata tak, że pierwotna promienica skóry może ulec przeoczeniu.

Prawidłowe rozpoznanie pierwotnej promienicy jest sprawą stosunkowo łatwiejszą, gdyż wystarczy wykluczyć tylko możliwość powstania ogniska promieniczego na drodze przerzutowej, najczęściej jako powikłania postaci uogólnionych. Natomiast w promienicy twarzowo-szyjnej trudno na pierwszy rzut oka zdecydować, czy jest promienicą pierwotną czy wtórną. Przypadek promienicy wtórnej łatwo rozpoznać, jeżeli stwierdzimy łączność ogniska ze szczęką lub też, jeżeli chory łączy w wywiadach początek choroby ze schorzeniem zęba, lub dziąsła. Promienicą pierwotną będziemy więc nazywać te przypadki, w których podczas operacji nie stwierdzimy łączności z dziąsłem, czy to w formie nacieków czy też bliźn.

Może się jednak zdażyć, że grzybek, wkraczając do organizmu przez dziąsło, nie jest chorobotwórczy, a cech tych nabiera dopiero w momencie usadowienia się w tkance podskórnej szyi, lub twarzy i tu dopiero wywołuje zmiany chorobowe. W takich przypadkach, zdaniem moim, nawet zabieg operacyjny nie rozstrzygnie o pierwotnym, czy wtórnym umiejscowieniu promienicy skóry; przypadki te należy uważać za promienicę pierwotną, gdyż wątpliwości, które przed chwilą podkreśliłem, mogą się budzić w każdym przypadku promienicy, nawet w 100% pierwotnej. Chorych z promienicą twarzowo-szyjną mia-

tem 119. Z tej liczby 51 nie było operowanych i we wszystkich tych przypadkach łatwo było rozpoznać wtórną promienicę. Pozostałych 68 chorych było operowanych i z nich w 8 przypadkach przez operację można było przypuszczać o możliwości promienicy pierwotnej. Zabieg operacyjny w 6 przypadkach wyłączył tę możliwość i tylko 2 pozostałe odpowiadały wszelkim wynaganiom i warunkom dla rozpoznania prawdziwie pierwotnej promienicy skóry.

W piśmiennictwie polskim takie przypadki 100% pewnej pierwotnej promienicy skóry okolicy twarzowo-szyjnej nie było dotychczas opisywane i dlatego obydwa przytaczam:

Przypadek Rechniowskiego podany w jego pracy (Nr I. 4.), jako przypadek pierwotnej promienicy skóry twarzy, pomimo anamnezy urazowej nie może z całą pewnością być traktowany jako taki, gdyż podczas operacji stwierdzono łączność między naciekiem, a szczęką górną. Być może, że to połączenie wytworzyło się wtórnie, to znaczy, że naciek posuwał się od skóry do szczęki, a nie na odwrót.

Przypadek 4 (Nr 123). Chory K. P., lat 60, rolnik z powiatu zamojskiego. W sierpniu 1942 r. spadł ze strychu i rozbił sobie twarz. Po miesiącu zauważył obrzmienie i bolesność w skórze twarzy w okolicy szczęki górnej. Po dwóch miesiącach obfity wyciek ropny. Do kliniki przybył w październiku 1942 r. W czasie badania stwierdzono: zupełny brak zębów, na lewym policzku naciek o średnicy 4 cm o brzegach nierównych, z jedną przetoką, wydzielającą ropę, w której stwierdzono obecność grzybka promienicy. Cały naciek dość ruchomy, ze skórą nie zrośnięty.

12 X — operacja w uśpieniu chlorkiem etylu; z dwóch cięć w granicach zdrowej skóry wyłuszczano cały naciek podskórnym. Podczas operacji stwierdzono, że naciek promieniczny nie łączy się ze szczęką górną. Pozostawiono dren gumowy.

Od 14 X do 20 X — codziennie jontoforeza 2% CuSO_4 .

23 X — wypisany z ranami dobrze się gojącymi.

16 XI — kontrola wykazała: przetoka i rany pooperacyjne zagojone, naciek znacznie się zmniejszył.

24 XI—26 XI rentgenoterapia.

22 XII — kontrola, zupełnie wyleczony.

16 II 1943 r. — kontrola, stan dobry, nawrotu nie stwierdza się.

Przypadek 5 (73). Chory W. O., lat 41, rolnik zamieszkały w powiecie garwolińskim. Zachorował w listopadzie 1938 r. Podaje, że z powodu zmienionej sytuacji majątkowej zmuszony był nosić snopki na plecach, robił to bardzo niewprawnie i kilkakrotnie skaleczył skórę na karku i szyi. W listopadzie na karku po lewej stronie zjawilo się stwardnienie, które zaczęło się stopniowo powiększać w kierunku szyi, ucha i szczęki dolnej. W styczniu otworzyły się przetoki, z których sączy ropa. Do kliniki przybył w lutym 1939 r. Stwierdzono naciek wielkości dłoni po lewej stronie szyi, karku, sięgający do wyrostka sutkowego i nie dochodzący do kąta żuchwy. Ruchy szczęki dolnej nieograniczone. Z licznych przetok wydobywa się ropa, w której stwierdzono obecność grzybka promienicy.

14 II — operacja w uśpieniu eterowym. Z powodu rozległych zmian przeprowadzono dwie pary cięć. Wyłuszczano dokładnie ognisko promieniczne, nie stwierdzono połączenia ze szczęką dolną. Wstrzyknięto 2 cm³ 2% CuSO_4 do tkanek okolicznych i pozostawiono dwie pary drenów gumowych.

15 II — obrzęk zmniejszył się. Rozpoczęto jontoforezę, używając elektrody czynnej dwuramiennej.

17 II—28 II codzienna jontoforeza.

5. III — chory wypisany z ranami gojącymi się.

17 IV — kontrola. Rany pooperacyjne zagojone, z przetok wydziela się trochę płynu, w którym nie znaleziono grzybków.

19 IV—23 IV — rentgenoterapia.

6 VI — kontrola. Przetoki nie zagojone, naciek zmniejszył się bardzo.

19. VII — kontrola, przetoki zagojone.

26 VIII — kontrola, zupełnie wyleczony.

Obydwa przypadki są niewątpliwie przypadkami promienicy pierwotnej skóry. Obydwaj chorzy nie łączą początku choroby ze schorzeniem zęba i w obydwu przypadkach uwypukla się moment urazowy zakażenia. Podczas operacji tak w jednym, jak i w drugim przypadku, nie stwierdzono łączności między ogniskiem promienicznym i dziąsłem.

Wrota zakażenia

Według Partscha, Israela, Silber-schmidta, u nas Goldberga-Górskiego, przeważająca ilość przypadków promienicy okolic szczęki dolnej i szyi rozpoczyna się w uszkodzonych zębach. Poncet, Bernard, Hartwitz, a z polskich autorów Barącz, uważają, że próchnica zębów jest tylko wyjątkową drogą zakażenia, a najważniejsze znaczenie ma uszkodzenie błony śluzowej dziąsła. Próchnica zębów jest tylko czynnikiem usposabiającym do wywołania stanu zapalnego i w następstwie do uszkodzenia dziąsła. Wszyscy jednak zgadzają się, że promienica zaczyna się w bezpośrednim sąsiedztwie zęba, głównie w zębodole i dziąśle.

Na podstawie obserwacji własnych 119 przypadków promienicy twarzowo-szyjnej uważam, że próchnica zębów nie jest czynnikiem decydującym dla zakażenia promienicą. Aczkolwiek większość chorych miała zęby mniej, lub więcej popsute, to jednak u 12 chorych (szczególnie młodszych) nie znalazłem w zębach najmniejszych zmian. Próchnicy podlegają zarówno zęby górne, jak i dolnej szczęki, a tymczasem wiemy, że ogniska promieniczne łączą się przede wszystkim ze szczęką dolną. W moim materiale na 117 przypadków wtórnej promienicy twarzowo-szyjnej, 102 przypadki wykazują łączność ze szczęką dolną, a tylko 15 ze szczęką górną.

W przeliczeniu procentowym jest to 87,1% i 12,9%.

Obrażeniu i uszkodzeniu ulega częściej błona śluzowa ruchomej szczęki dolnej, niż nie-ruchomej górnej. Ta okoliczność rozstrzyga w dużej mierze wątpliwości na korzyść etiologii dziąsłowej.

V

Uwagi ogólne

A. Organizacja leczenia.

Wszystkie metody radykalnego leczenia promienicy, jak leczenie operacyjne, jontoforeza, rentgenoterapia, należą do zabiegów dosyć kosztownych, na poniesienie tych kosztów nie każdy z chorych w leczeniu szpitalnym może sobie pozwolić. Większość chorych promienicznych, to chorzy niezamożni. Przed wojną stosunkowo wysokie koszty leczenia szpitalnego były pokrywane przez samego chorego, lub przez gminy, w każdym razie chory miał zawsze możliwość dostania się do szpitala. Podczas wojny i po wojnie, pomimo ogromnego potaniaenia opłat szpitalnych, chory z promienią nie mógł wzgl. nie może do szpitala się dostać. Składa się na to kilka powodów: większa liczba chorych w ogóle, mniejsza ilość szpitali i najczęściej dyskwalifikacja przez lekarza dyżurnego, dla którego chory z promienią skórną był za lekko chory, a chorzy z promienią narządów wewnętrznych — zbyt ciężko chorzy. Liczby szpitali nie zwiększymy od razu. Możemy jednak zawsze ułatwić choremu dostanie się do szpitala, jeżeli będziemy sobie zdawać sprawę, że właśnie chorzy z promienią, bez względu na ciężkość przypadku, przede wszystkim wymagają leczenia szpitalnego. Takie nastawienie już samo przez się ułatwi chorym leczenie.

B. Trudności diagnostyczne.

Niewątpliwie statystyka przypadków promienicy przeprowadzona w całym kraju, statystyka, która by liczbowo przedstawiła częstość promienicy w zależności od wieku, zawodu, płci, umiejscowienia i wreszcie od miejsca zamieszkania, miała by wielkie znaczenie dla poznania etiologii i patogenyzy promienicy. W obecnych warunkach, przeprowadzenie takiej statystyki napotyka na wielkie i nieprzezwyciężone trudności. Ani przymus urzędowego zgłaszania, ani nawet w pewnej mierze lepiej rozwinięta sieć szpitali, nie rozwiąże zagadnienia tego, gdyż największym szkopułem są trudności wczesnego rozpoznania promienicy. Dotyczy to, tak promienicy narządów wewnętrznych, jak i promienicy skóry.

Przypadki promienicy daleko posuniętej i uogólnionej nie przedstawiają większego znaczenia dla lepszego poznania etiologii i patogenyzy schodzenia. Ani wrót zakażenia, ani mechanizmu zakażenia nie wykryjemy w przypadku promienicy uogólnionej, jak nie wykryjemy też miejsca zakażenia u chorego, który zgłasza się po dłuższym upływie czasu od początku zachorowania, a przed tym zmieniał często miejsce zamieszkania. Tylko więc wczesne rozpoznanie ma pewną wartość tym bardziej, że dla leczenia ma to znaczenie zasadnicze.

Trudności diagnostyczne wczesnego rozpoznania są bardzo duże. Nie zawsze się nam udaje znaleźć grzybki promienicy. Odczynny skórny mogą mieć duże znaczenie rozpoznawcze, jak to wykazałem w swoich badaniach,

dawniej już ogłoszonych, lecz duże trudności otrzymania odpowiednich antygenów sprawiają, że i ta metoda na razie nie może liczyć na szersze rozpowszechnienie. Zwiększamy jednak łatwo liczbę wczesnych rozpoznań promienicy, jeżeli w ogóle częściej będziemy myśleć o możliwości istnienia promienicy. Dotyczyło to przede wszystkim przewlekłych nacieków skórnych, guzów jamy brzusznej i zmian w płucach.

C. Poszukiwanie grzybni.

Bezwzględnie pewnym dowodem promienicy, jest stwierdzenie obecności grzybka w wydzielinie, lub w samym ognisku. Łatwiej osiągnąć to na drodze bakteriologicznej, niż histologicznej. W swoim materiale 119 przypadków promienicy skórnej znalazłem w 92 przypadkach grzybki w badaniu wstępnym, bezpośrednim, bakteriologicznym, w 10 przypadkach dopiero po dłuższej obserwacji, sięgającej czasami 2 miesiące. W pozostałych 17 przypadkach znalazłem grzybki bądź w wyskrobinach operacyjnych (11 przyp.), bądź dopiero później, w wydzielinach pooperacyjnych (6 przyp.), tak w jednym, jak i w drugim razie na drodze badań bakteriologicznych.

Jakie istnieją możliwości rozpoznania na drodze badań anatomo-patologicznych? W żadnym przypadku, w którym nie uzyskałem pozytywnego wyniku badań bakteriologicznych, nie osiągnąłem też i dodatniego wyniku badań histologicznych. Fakt ten sam przez się nie pomniejsza znaczenia i wartości badań histopatologicznych, gdyż jest możliwe, że w tych przypadkach promienicy w ogóle nie było. Natomiast w 6 przypadkach, w których dopiero w wydzielinach pooperacyjnych znalazłem grzybki, w tkankach usuniętych podczas operacji, badanie anatomo-patologiczne nie wykryło promienicy. Z 3 przypadków, w których już w badaniu przedoperacyjnym stwierdzało się bakteriologicznie grzybki, badanie histologiczne w 2 potwierdziło słuszność rozpoznania. Widzimy więc z tego, że widocznie nie w każdym skrawku grzybni się znajduje i dlatego możliwość znalezienia grzybni histologicznie o wiele jest mniejsza, niż na drodze bakteriologicznej. Szukanie grzybni w wycinkach próbnych jest zadaniem bardzo trudnym. Wycinki te muszą być odpowiednio duże i pobranie ich musi być kilkakrotnie powtarzane. Zabiegi takie w twardych tkankach są bardzo bolesne i bardzo szpecące. Największe trudności rozpoznawcze związane są zawsze z różnicowaniem z różnymi postaciami gruźlicy skórnej. Zmiany kiłowe i nowotworowe łatwiej dają się wykluczyć, czy to przez badanie krwi, czy też jednokrotnym wycinkiem. Zbyt długie oczekiwanie na pozytywny wynik badania bakteriologicznego zmniejsza widoki wyleczenia w razie istnienia promienicy. Jeżeli więc objawy kliniczne przemawiają za promienią, jeżeli istnieją twarde nacieki (nawet bez przetok) i szczekościsk, to lepiej uważać przypadki takie za promienicę i leczyć jak promienicę, pomimo ujemnych wyników badań pracowniowych.

Przypadków takich leczyłem 12, wszystkie z dobrym wynikiem i nie znalazłem grzybni podczas całego leczenia (przypadków tych nie umieściłem w swojej statystyce). Uprzednio wspominałem, że w 17 takich przypadkach grzybki znalazłem dopiero podczas leczenia i dlatego te ostatnie włączyłem do ogólnego spisu chorych. Przypadki, w których grzybków nie znalazłem, być może, były promienicą, a może gruźlicą. Dlatego też postanowiłem sprawdzić, jakie będą rezultaty leczenia niewątpliwiej gruźlicy skórnej, metodą stosowaną dla leczenia promienicy. W 2 takich przypadkach niewątpliwiej gruźlicy skóry szyi otrzymałem zupełne wyleczenie. Były to przypadki rozpadowej gruźlicy gruczołów szyi ze zmianami serowatymi i przetokami. Specjalnie wybierałem takie przypadki, gdyż wiadomo z piśmiennictwa niemieckiego i naszego (**Michalski**), że w leczeniu gruźlicy płuc miedź specjalnie dobrze działa, właśnie w takich postaciach ze zmianami serowatymi.

O podobieństwie między gruźlicą i promienicą będę mówił później, tutaj tylko zaznaczę, że wszystkie etapy leczenia promienicy w mojej metodzie były właściwie stosowane dawniej i w gruźlicy.

Leczenie operacyjne gruźlicy szyi miało swoje dwa okresy. W końcu zeszłego stulecia wilk gruźliczy leczony był nacięciami, a gruźlica skórna i gruczolowa, w początkach bieżącego stulecia — rozległymi wycięciami. Miedź od kilkunastu lat jest próbowana w gruźlicy płucnej (**Michalski**), a ostatnio już podczas wojny stosowaliśmy zamiast rubrofenu w Klinice preparaty miedzi, nadsyłane przez firmy niemieckie, w gruźlicy kostnej, nerek i skóry (ebesal).

Jontoforeza jodem i srebrem była stosowana w gruźlicy stawowej już przed 20 laty, a także i rentgenoterapia jest stosowana od dawna w różnych postaciach gruźlicy. Dlatego też kombinacja tych wszystkich metod mogła dać dobre wyniki i w promienicy i w gruźlicy. Wynikało by z tego, że przypadki, w których różnicowanie między promienicą, a gruźlicą napotyka na wielkie trudności, należy i można leczyć, jak promienicę. Takie ujęcie sprawy nie narazi chorego z ewentualną promienicą, trudną do rozpoznania, na niebezpieczne dla chorego odkładanie momentu rozpoczęcia prawidłowego leczenia. Lepiej leczyć gruźlicę, jak promienicę, aniżeli zaniedbać leczenia chorego z promienicą.

D. Doświadczenie lekarskie.

Z istniejących dotychczas metod leczenia promienicy, każdą z nich można dany przypadek promienicy leczyć i wyleczyć. Najlepsze rezultaty mają jednak ci, którzy dysponują największym materiałem. Często się zdarza, że jakaś metoda w jednych rękach daje dobre rezultaty, w innych gorsze — dotyczy to przede wszystkim rentgenoterapii. Pewne więc osobiste doświadczenie stosowania każdej z metod odgrywa dużą rolę.

Nie każdy jednak przypadek promienicy można danym sposobem wyleczyć; przypadki,

które źle się leczą np. rentgenoterapią, mogą być zupełnie wyleczone zabiegiem operacyjnym. Ograniczenie leczenia do jednej z metod nie jest wobec tego wskazane. Należy więc poznać i stosować kilka sposobów leczenia i dopiero wtedy pewne doświadczenie pozwoli na wybór metody dla każdego poszczególnego przypadku.

E. Promienica i gruźlica.

Zarówno bakteriolodzy, jak i anatomo-patolodzy, oraz klinicyści, podkreślają duże podobieństwo, jakie istnieje między promienicą i gruźlicą. Podobieństwo to dotyczy nie tylko cech bio- i morfologicznych zarazka, zmian anatomo-patologicznych w organizmie, ale przede wszystkim przebiegu klinicznego. Według dotychczasowych naszych wiadomości, gruźlica atakuje przede wszystkim płuca, skórę, kości i przewód pokarmowy, a promienica: skórę, płuca oraz przewód pokarmowy. Być może, że kolejność ta, tak w gruźlicy, jak i promienicy, jest inna, opieram się w tym razie na danych podręcznikowych. Jeżeli na przykład: schorzeniem gościnnym przyznany tło gruźlicze, to w klasyfikacji zmian gruźliczych najliczniejszą grupą będą schorzenia kostne i stawowe, a nie płucne. Lepsza diagnostyka promienicznych zmian płucnych, być może, właśnie płuca określi jako miejsce najczęstszych schorzeń promienicznych w ustroju. W każdym razie widzimy, że promienica, jak i gruźlica, usadowiają się i atakują te same tkanki i narządy.

O podobieństwie odczynów serologicznych wspominałem w jednej ze swoich prac dawniejszych, a podobieństwo prób terapeutycznych w gruźlicy i w promienicy opisałem powyżej.

Synteza przyszłości gruźlicy jest tematem rozważań zarówno klinicystów, jak i biologów. Według **Robert Philip** („O wpływie zarządzeń przeciwgruźliczych na zmniejszenie się śmiertelności gruźliczej“, referat na Międzynarodowym Zjeździe Przeciwgruźliczym w Lozannie 1924) zmniejszenie śmiertelności na gruźlicę płucną nie jest zależne od polepszenia warunków życiowych i zarządzeń przeciwgruźliczych, gdyż w ciągu ostatnich 50 lat śmiertelność w krajach kulturalnych zmniejszyła się o połowę, a natomiast śmiertelność na gruźlicę spadła o $\frac{2}{3}$. Wchodzą tu w rachubę naturalna immunizacja ludności, oraz środki zapobiegawcze — czyli, jak sądzi **Robert Philip**, świat kroczy po drodze „odgruźliczenia“ — detuberculosis du monde.

Według **Bailokura** i innych, chodzi tu nie tylko o odgruźliczenie, lecz o mutację zarazka gruźliczego. W związku z mutacją samego zarazka występują częściej inne postacie kliniczne gruźlicy, jak np.: kostno-stawowe, a rzadziej płucne, stąd mniejsza śmiertelność gruźlicy.

Czy opierając się na naszych dotychczasowych wiadomościach o promienicy, możemy stawiać jakieś horoskopy co do przyszłego rozwoju promienicy? Czy promienicy będzie coraz mniej, czy coraz więcej? Z moich

obserwacji i badań wynikało by, że promienica należy do chorób progresywnych, a to z następujących powodów: Postać ostra promienicy uogólniona zdarza się przede wszystkim prawie zawsze u dzieci, tylko wyjątkowo u dorosłych. Jest to dowodem, że oporność wrodzona odgrywa minimalną rolę w zachorowaniu na promienicę, a człowiek broni się przede wszystkim odpornością nabytą. Tę odporność nabywa ustroj prawdopodobnie wskutek istnienia w dużej ilości postaci pasorzytniczych w ustroju. Zgadzało by się to z obserwacjami autorów (**Davis, Mioduszewski**) znajdujących u ludzi zdrowych w spróchniałych zębach i migdałkach grzybki promienicze. Fakt istnienia w małej mierze odporności wrodzonej, a w większej nabytej, świadczy o dalszych, możliwościach rozwojowych nabytej choroby zakaźnej. Zagadnienie to w tej płaszczyźnie porusza możliwości ze strony samego podłoża, tzn. ustroju, i wykazuje, że w przeciwnieństwie do gruźlicy nie ma w promienicy narastającej hyperinfekcji, nie porusza natomiast dalszych możliwości ze strony samego zarazka.

Czy mutacja grzybków promienicznych pójdzie w kierunku zwiększenia ich chorobotwórczości, czy też zmniejszenia? Czy stoimy już przed okresem symbiozy wyrównawczej, czy też w okresie, w którym zarazki w swoim rozwoju ewolucyjnym zwiększają swoją chorobotwórczość? Czy ilość zachorowań na promienicę zwiększa się, czy zmniejsza?

O ile na te pytania łatwiej odpowiedzieć w gruźlicy, o tyle w promienicy, z powodu braku porównawczych statystyk, jest to o wiele trudniejsze. Niewątpliwie istnienie ognisk endemicznych w chorobach zakaźnych, które nigdy epidemicznie nie występowały, świadczy zawsze o zwiększeniu siły chorobotwórczej danego gatunku zarazków.

Na podstawie moich badań wykazałem, że takie ogniska endemiczne w promienicy, wydaje się, istnieją w Polsce. Na podstawie naszego piśmiennictwa wydaje się, że ilość przypadków promienicy zwiększa się. Ale czy nie jest to po prostu zwiększenie tylko liczby przypadków promienicy, tego nie wiemy. Dalsze statystyki mogły by ustalić to lepiej.

Wobec ogromnego rozpowszechnienia grzybków promienicznych w przyrodzie (około 20% wszystkich drobnoustrojów żyjących na roślinach) i możliwości przeistaczania się szczepów pasożytniczych w chorobotwórcze lub też zwiększania chorobotwórczości pod

wpływem nieznanych bliżej czynników, a także wobec możliwości większej skłonności do zachorowania u ludzi, musimy się zgodzić z możliwością zwiększenia liczby przypadków promienicy.

Opierając się na moich badaniach i biorąc pod uwagę istnienie ognisk endemicznych i występowanie postaci ostrych w wieku dziecięcym należało by przypuścić, że te możliwości już istnieją. Czy jednak przyczyną zwiększania się tych możliwości jest sam zarazek w sensie zmian ewolucyjnych, czy też samo podłoże, tj. chory, w sensie zwiększania się wrażliwości na zakażenie promienicze, na to pytanie nie można odpowiedzieć. Rozwiązanie takiego zagadnienia leży raczej w płaszczyźnie zainteresowań i możliwości biologów.

Czy wobec ewentualnego odgruźliczania się świata i wobec ewentualnego zwiększania się ilości promienicy, a przede wszystkim dużego podobieństwa bio- i morfologicznego zarazków gruźlicy i promienicy, można przypuszczać, że promienica kiedyś, w przyszłości zastąpi gruźlicę, by sama z kolei, w miarę rosnącego przekazania i wzmagającego się dziedzicznego uodpornienia, ustąpić innej chorobie zakaźnej, jeszcze nie istniejącej. Każda hipoteza jest tym lepsza, im opiera się na większej ilości spostrzeżeń i faktów. Zbadanie dalszych spostrzeżeń jest nieodzowne.

W porównaniu z innymi chorobami zakaźnymi nasze wiadomości z zakresu promienicy są jeszcze małe i niewystarczające.

Streszczenie.

Na podstawie 154 przypadków promienicy autor opracował statystykę promienicy w Polsce centralnej, wykazującą częstość zakażeń promienicą w zależności od zawodu, wieku, płci. Wzięto też pod uwagę obliczenia dotyczące liczby różnych postaci promienicy.

W związku z dużym rozpowszechnieniem się w przyrodzie grzybka promienicznego, w związku z istnieniem już okręgów endemicznych i w związku z występowaniem ostrych postaci przeważnie tylko u dzieci, należy się według autora liczyć ze wzrastaniem zachorowań na promienicę u ludzi.

Najważniejszym zadaniem jest opracowanie łatwych i dla wszystkich dostępnych metod usprawniających wczesne rozpoznanie promienicy. Dalsze dokładne statystyki są niezbędne dla lepszego poznania etiologii i patogenetyzmu promienicy.

Piśmiennictwo.

I. Obszerne piśmiennictwo dotyczące promienicy zebrane jest w następujących pracach, które ostatnio ukazały się w piśmiennictwie polskim:

1. Kwazebart L.: „O promienicy skóry“. Medycyna Nr 4 — 1931 r.
2. Litwin Fr.: „W sprawie promienicy“. Polski Przegląd Chirurgiczny Nr 10 — 1938 r.
3. Wołciechowski A.: „Promienica. Choroby zakaźne“. Tom 1 — 1937 r.
4. Rechniowski.: „W sprawie leczenia promienicy“. Pol-

ski Przegląd Chirurgiczny tom 1 — 1922 r.

II. Piśmiennictwo dotyczące jontoforezy i serodiagnostyki

1. Tokarski St.: „Leczenie promienicy jontoforezą miedzi“. Medycyna Nr 8 — 1933 r.
2. Tokarski St.: „Wytwarzanie sztucznych przetok w jontoforezie“. Medycyna Nr 21 — 1933 r.
3. Tokarski St. i Landesman M.: „Badania nad odczynami skórnymi w promienicy“. Medycyna Nr 3 — 1935 r.

Odległe przerzuty nowotworów narządu rodnej kobiety ze szczególnym uwzględnieniem przerzutów do skóry

Podał

dr med. Henryk Klawe

Nowotwory narządu rodnej kobiety mają tendencję do przerzutów już w początkowym swoim okresie. Przerzuty te rozszerzają się najczęściej w miednicę małą, wzdłuż naczyń limfatycznych, a czasem krwionośnych. Ażeby sprawę tę należycie ująć, trzeba oprzeć się na anatomii tej okolicy.

Naczynia limfatyczne zewnętrznego odcinka części pochwowej macicy zdążają ku sklepieniom pochwy i stąd kierują się bezpośrednio do głównego kanału odprowadzającego limfę z części pochwowej. Naczynia rozpoczynające się w kanale szyjki macicy biegną na boki i przechodzą bezpośrednio w przewód odprowadzający. Naczynia te znajdują się w licznych połączeniach tzw. anastomozach **Seelig'a** z naczyniami odprowadzającymi limfę z trzonu macicy. Naczynia limfatyczne dna macicy zdążają w kierunku jajowodów, gdzie wpadają do przewodu maciczno-jajowodowego. Przewód ten podąża dalej wzdłuż naczyń jajowodowych, w kierunku jajnika. Łączy się on z głównym przewodem odprowadzającym z okolicy szyjki macicy za pomocą anastomoz **Poirier'a**. Dalej przewód ten towarzyszy naczyniom nasiennym i wpada do gruczołów biodrowych górnych lub dolnych. Gruczoły te mają bezpośrednie połączenie z cysterną chyli i przewodem chłonnym piersiowym przez przewody lędźwiowe. Poza tym łączą się także z gruczołami limfatycznymi przy tętnicy głównej i przykręgosłupowymi.

Główny przewód odprowadzający z okolicy szyjki macicy biegnie w bok, w więzadło szerokie macicy, wzdłuż tętnicy macicznej i na wysokości jej skrzyżowania z moczowodem przechodzi do tzw. gruczołu przymaciczo-moczowodowego (lymphoglandula parametralis vel ureterica), który był wykryty na zwłokach przez **Leveuf i Godard'a** w 14%, a na materiale operacyjnym znacznie częściej, bo w 60% (**Brunet**). Nie jest on przez niektórych autorów uważany za taki, który może zatrzymać przepływ limfy, a raczej za twór adenoidalny wtrącony (**Schindler**). Pierwszym większym gruczołem limfatycznym i niejako stacją filtrującą limfę, płynącą od macicy przez przewód główny, są gruczoły biodrowe dolne. Na wewnętrznym brzegu tętnicy biodrowej wewnętrznej, między nią, a tętnicą biodrową zewnętrzną i moczowodem. Takim także pierwszym gruczołem etapowym są gruczoły limfatyczne otworu zasłonowego, wokół nerwu tej samej nazwy.

Za dodatkową drogę dla limfy szyjki macicy uważają niektórzy (**Leveuf i Godard**) tzw. drogę podbrzuszną (hypogastryczną), przebie-

gającą poza moczowodem, a położoną na wewnętrznej krawędzi naczyń podbrzusznym. Również i naczynia limfatyczne, przebiegające wzdłuż nerwu sympatycznego ku kości krzyżowej i jej wzgórkowi, są uważane także za jedną z dróg, przez którą odpływa limfa z okolic szyjki macicy.

Za gruczoły drugiego etapu odpływu limfy z przewodu głównego są uważane gruczoły biodrowe górne i wspólne. W gruczołach tych następuje połączenie limfy z okolicy szyjki macicy i dna. Dalej limfa przepływa przez przewody lędźwiowe ku górze i wpada do cysterna chyli i przewodu chłonnego piersiowego wspólnego.

Niektórzy autorzy spostrzegali liczne połączenia między przewodami limfatycznymi biegnącymi od macicy, a przewodami pęcherza moczowego od przodu i odbytnicy od tyłu. **Leveuf i Godard** opisali przypadek, gdzie przewody limfatyczne główne szyjki macicy po- cażały ku górze, wzdłuż naczyń pępkowych i tworzyły pierwszy etap gruczołowy w okolicy pępka, dając po tej drodze przerzuty nowotworowe.

W przewodzie piersiowym wspólnym, towarzyszącym tętnicy głównej, limfa przebiega dalej ku górze. Przewód biegnie początkowo na przedniej powierzchni kręgosłupa, później przechodzi na jego lewą stronę, otacza od tyłu żyłę podobojczykową i wpada do niej w okolicy żyły szyjnej. Między przewodem piersiowym wspólnym, w jego końcowym odcinku, a gruczołami nadobojczykowymi i szyjnymi, znajdują się liczne naczynia łączące.

Wyżej wymienionymi drogami limfatycznymi mogą się rozszerzać przerzuty spraw nowotworowych, toczących się w narządach rodnych kobiecych. Powstają najczęściej na skutek przenoszenia komórek nowotworowych prądem limfy, ale nie należy do rzadkości fakt, że mogą się przesuwać także i przeciw prądowi, jak to widzimy w przerzutach do narządów rodnych zewnętrznych, podczas gdy sprawa pierwotna toczy się w narządach wewnętrznych.

Z chwilą pojawienia się komórek nowotworowych w krwiobiegu, zaniesionych tam przez przewód piersiowy, mogą pojawiać się przerzuty we wszystkich narządach. Czasami też sprawa nowotworowa, omijając drogę limfatyczną, przechodzi do światła żył w przymaciczach i od razu możemy stwierdzić jej szybkie rozsianie się we wszystkich narządach ciała.

Przerzuty do przymacicza lub do ich gruczołów limfatycznych zdarzają się bardzo

często i są znane wszystkim ginekologom, a w szczególności tym, którzy często operują i widzą je podczas zabiegu. Częstość występowania przerzutów przymacicza jest zależna od okresu choroby — w materiale operacyjnym występują w około 50% (**Kundrat-Wertheim** — 35,8%, **Brunet** — 50 %, **Baisch-Döderlein** — 33%, **Schottländer** — 44%, **Martzioli** — 42,5%), — w materiale sekcyjnym występują znacznie częściej, bo w 64—72% (**Schauta, Williams, Cigheri**).

W przypadkach uznanych jako I stopień nie spotyka się przerzutów i nacieków prawie wcale, — w przypadkach II stopnia jedno, albo obydwa przymacicza są mniej lub więcej naciezione, — w przypadkach III stopnia nacieki obejmują szeroko obydwa przymacicza i przechodzą na pochwę, — w IV stopniu nacieki sięgają daleko od miejsca wyjścia sprawy. Przerzuty do odległych narządów wynoszą w przypadkach I stopnia — 12%, w przyp. II stopnia — 43%, w przyp. III stopnia — 42%, w przyp. IV stopnia — 4% (**Grigouroff**). Mała liczba przypadków w IV stopniu tłumaczy się tym, że chore szybko kończą życie, na skutek wyniszczenia.

W swej pracy z 1909 roku **Offergeld** omówił szeroko odległe przerzuty nowotworowe choroby pierwotnej, toczącej się w narządzie rodnych kobiecych. Przerzuty do narządów wewnętrznych jamy brzusznej, klatki piersiowej i jamy czaszki możemy sobie wytłumaczyć na podstawie anatomicznej. Częstość ich występowania wynosi do wątroby 19%, do płuc 7%, do nerek 3,5% (**v. Franque**). Przerzuty do gruczołów nadobojczykowych są uważane przez niektórych autorów (**Ernst, Raymond, Petit, Hosch, Wagner, Troisler, Winkler**) za jeden z najwcześniejszych objawów rozszerzania się sprawy nowotworowej. Tłumaczy się to także na podstawie anatomicznej, na skutek połączenia, jakie istnieje między przewodem piersiowym wspólnym, a gruczołami szyjnymi i nadobojczykowymi, na wysokości żyły podobojczykowej. **Offergeld** uważał przerzuty do skóry za jedno z rzadszych, oczywiście, jeśli nie dotyczyło to przypadków rozsianej rakowatości — w zestawieniu swoim podaje tylko jeden taki przypadek. W roku 1937 **Holtermann** zajął się sprawą przerzutów nowotworów narządów rodnych kobiecych do skóry i doszedł do wniosku, że nie są one obecnie tak wielką rzadkością, a to z dwóch względów: 1. zgodnie ze zdaniem **Philipp'a** i **Schäfer'a**, dzięki obecnej technice naświetłań przedłuża się życie chorej na tak długi okres, że daje się czas na wytworzenie przerzutów skórnych, 2. dzięki sprawnej organizacji, pacjentki pozostają pod stałą kontrolą lekarską, co umożliwia nam dłuższą ich obserwację. Do tej samej sprawy powrócił jeszcze **Bade** w roku 1939, **Caffier** — 1940, **Yamamoto** — 1940, **Grigouroff** — 1942.

Pod nazwą przerzutu do skóry należy rozumieć sprawę nowotworową wychodzącą z nowotworu narządów rodnych, o takiej sa-

mej budowie histologicznej i rozwijająca się wtórnie w skórze właściwej, lub tkance tłuszczowej podskórnej. Przerzuty do skóry dzielimy na wczesne, to jest powstałe w czasie leczenia, lub bezpośrednio po jego zakończeniu, i późne, pojawiające się w parę lat po leczeniu (2—15), kiedy sprawa pierwotna jest wyleczona. Pojawiają się one najczęściej w pierwszych dwóch latach od początku leczenia, późniejsze należą do rzadkości. Sprawy przerzutowe rozwijają się w dwojaki sposób: albo drogą naczyniową (krwio- lub limfonośną) — lub na skutek wszczęcia podczas wykonywanych zabiegów. Na skutek tego dzielimy rodzaje przerzutów na: 1. powstałe drogą naczyniową do zewnętrznych narządów rodnych, 2. powstałe drogą naczyniową do skóry, lub odległych narządów, wzgl. gruczołów limfatycznych, 3. powstałe na skutek wszczęcia podczas zabiegów (podział według **Offergeld'a**).

Objawy kliniczne tych przerzutów są bardzo trudne do ujęcia. Najczęściej, chora nie zauważa swojej dolegliwości, albo ją bagatelizuje, ponieważ nie powoduje bólów, ani nie wpływa deprymująco na stan ogólny. Dopiero ich szybki wzrost i rozszerzanie się zaczyna budzić w chorej obawy. Rozpoznanie kliniczne jest także trudne i może być wyjaśnione dopiero badaniem histopatologicznym.

Co się tyczy częstości występowania przerzutów do skóry w nowotworach narządów rodnych kobiecych, to według **Grigouroff'a** sprawa przedstawia się następująco (1942): na 242 chorych cierpiących na przerzuty, w sprawie pierwotnej, toczącej się w narządach rodnych, tylko u 3 znaleziono przerzuty do skóry, co wynosi 1,25%. Inni autorzy są podobnego zdania. Co się tyczy podziału tych przerzutów na rodzaje (podział **Offergeld'a**), to zaliczane do grupy 1 występują stosunkowo najczęściej (do 5% wg **Offergeld'a**); przerzuty zaliczane do grupy 2 należą do rzadkości; należące do grupy 3 są dość częste.

Tak przed czterdziestu laty, jak i dziś najbardziej radykalnym leczeniem jest leczenie chirurgiczne, polegające na wycięciu nowotworu szeroko w tkankach zdrowych. Następnie napromienia się bliznę radem, stosowanym w igłach. Naświetlania promieniami Rentgena wg **Deucher'a** dają dobre wyniki choćby dlatego, że przedłużają życie chorym i poprawiają samopoczucie. Z 54 przypadków naświetlanych promieniami Rentgena miał on w 76% dobre wyniki miejscowe. Życie chorych przedłużone było średnio do 15,8 miesięcy, w przeciwieństwie do 4,9 u nienaświetlanych. Dobre samopoczucie utrzymywało się 4,6 miesięcy, w przeciwieństwie do $\frac{1}{2}$ u nienaświetlanych. Także **Grigouroff** podaje, że szybkie zastosowanie terapii promienistej szczególnie u tych chorych, które cierpią na przerzuty do narządów rodnych zewnętrznych, daje dobre wyniki. Donosi o pomyślnych wynikach u 12 chorych, spośród 20 leczonych.

Jeżeli przerzuty do skóry występują późno, podczas gdy sprawa pierwotna jest wyleczona, to rokowanie nie jest najgorsze. Znacznie jest gorzej dla chorej, jeżeli przerzuty pojawiają się jako objaw wczesny po leczeniu operacyjnym, lub po naświetlaniach promieniami radu. W takim przypadku najczęściej pojawienie się przerzutów w skórze przemawia za uogólnieniem się sprawy nowotworowej i jest prognostycznie bardzo złym objawem. Co do umiejscowienia przerzutów, to najlepiej rokuje się w przerzutach do skóry krocza, lub narządów rodnych zewnętrznych. w przypadkach jednoczesnego wyleczenia sprawy pierwotnej. Gorzej rokuje się w przerzutach do odległych części skóry.

Wobec rzadkości występowania tego rodzaju schorzenia, przedstawiam przypadek wczesnych przerzutów do skóry w sprawie nowotworowej narządu rodnych kobiety, jaki zdarzył się w Klinice Wrocławskiej, po początkowym leczeniu radem.

Pacjentka I. K., lat 49, zamężna. Dotychczas nie chorowała. Ojciec pacjentki zmarł na raka dwunastnicy, matka na skutek wypadku. W początku września 1946 pojawiły się obfite upławy, pod koniec miesiąca nieregularne krwawienia po stosunkach. W 1935 operowana z powodu ciąży pozamajacicznej. W lutym 1947 otrzymała pełną kurację naświetlań promieniami radu w Instytucie Radowym w Warszawie z powodu prawdopodobnie rozpoznanego Ca colli uteri. Dnia 20 III 1947 zgłosiła się do naświetlań promieniami Rentgena. Pierwsza miesięczka w 11 roku życia, później regularne co 4 tygodnie trwające 3 dni, ostatnia w grudniu 1946. Rodziła 5 razy na czasie. Obecnie skarży się na bóle w klatce piersiowej. Dnia 28 III 46 zauważyła na bocznej powierzchni klatki piersiowej mały guzek, tkliwy podczas dotykania. Podobne guzki zauważyła na plecach i pod lewą pachą. W dniu 31 III 1947 pobrano próbny wycinek z guzka na bocznej powierzchni klatki piersiowej. Badanie histopatologiczne (Zakł. Anat. pat. Uniw. Wrocł.) 531/47: *carcinoma planocellulare* o wyraźnym naciekowym charakterze.

Stan obecny: budowa i odżywienie prawidłowe wzrost średni. Temp. 37,2C, tętno 76/min. Skóra o pra-

widłowym zabarwieniu, jędrna. Na przedniej powierzchni klatki piersiowej, na przedniej powierzchni brzucha, w skórze pleców stwierdza się liczne guzki wielkości grochu i wiśni, twarde, słabo, sinawo-zielono zabarwione. Badanie histopatologiczne przysłane z Warszawy: Ca colli uteri planocellulare.

Głowa prawidłowego kształtu, podczas obmacywania i opukiwania niebolesna. Gałki oczne prawidłowo osadzone i ruchome. Żrenice prawidłowo reagują na światło, zbieżność i nastawienie. Śluzówka jamy ustnej różowa, wilgotna. Szyja prawidłowo ruchoma, niebolesna. Gruczoł tarczowy niepowiększony. Gruczoły nadobojczykowe obustronnie nacieczone, twarde, niebolesne, wielkości orzecha laskowego.

W obrębie klatki piersiowej, brzucha, kończyn i odruchów fizjologicznych nie stwierdza się odchyłań od stanu prawidłowego.

Badanie ginekologiczne: srom wieloródki. Pochwa średnio długa i szeroka, zaciągnięta w dnie po stosowaniu radu. Śluzówka dna pochwy zaczerwieniona. Macica w położeniu horyzontalnym, odpowiedniej wielkości, nieruchoma. Przydatki obustronnie niewyczuwalne. Przymacicze tylne i prawe nacieczone, twarde, nieruchome, niebolesne. Nacieki sięgają do kości. Przymacicze lewe skrócone, zgrubiałe.

Od 20 III 1947 naświetlana promieniami Rentgena w dawce 180 kV 6mA 40cm immCu 10 × 15 cm 300r na 4 polapole 2400r/pole.

10 IV 1947. Dalsze naświetlania promieniami Rentgena w dawce, jak wyżej. Chora skarży się na bóle w klatce piersiowej.

11 IV 1947. Prześwietlenie klatki piersiowej (prof. Grabowski): przepona obustronnie prawidłowa ruchoma. Płuca prawidłowo powietrzne. Wnęki prawidłowej szerokości, gruczoły wętkowe bez zmian. Kształt serca prawidłowy. Rysunek tętnicy głównej prawidłowy.

Badanie krwi na odczyn Wassermanna — ujemny.

12 III 1947. Codzienne naświetlania. Pacjentka skarży się na bóle w klatce piersiowej. Pojawiły się nowe guzki na przedniej powierzchni brzucha poniżej prawego łuku żeber. Chora czuje się coraz słabsza.

Jak widać z powyższego, jest to jedna z najcięższych postaci dalekich przerzutów do skóry w sprawie pierwotnej, toczącej się w narządzie rodym. Prognoza u tej chorej jest bardzo zła i należy się liczyć z szybkim zejściem śmiertelnym.

Literatura

Bade, W., Arch. f. Dermatol. 179 (257—278) 1939. — Caffier P., Zbl. Geburtsh. 120, 352—355 (1940). — v. Franqué O., Veit-Stoeckel, Handb. d. Gynaek. Bd. VI/1, 131 (1930). — Grigouroff, G., Gynec. et Obstetr. 12, 189—194, (1942). — Holtermann C., Zschr. f. Geburtsh. u. Gynaek. 114, 350—370, (1937). — Hinselmann, Veit-Stoeckel, Bd. VI/1, 887. — Ernst S., Zbl. f. Gy-

naek. 1931, Nr. 33, 2466—2472. — Deucher, W. G., Strahlenth. 68, z. 4 1940. — Leveuf et Godard, wg v. Franqué. — Offergeld H., Mschr. Geburtsh. 1909, Bd. 29, str. 870. — Arch. f. Gynaek. Bd. 87, 144—178 (1909). — Philipp Z. Gynaek. 1934, 943. — Philipp & Kehaefer, wg Holtermanna. — Yamamoto, K., Mitt. med. Akad. Kioto 29, 167—174, (1940).

W sprawie wykrywania pałeczki okrężnicy w wodzie

Podał

Tadeusz Janik

(Z Laboratorium Chem.-Bakteriologicznego. Dr A. Śliżyński & T. Janik, Bielsko.)

Bardzo ważnym obowiązkiem państwa w trosce o zdrowie ludności jest nadzór nad zaopatrywaniem w wodę. Jednym z najważniejszych zadań higieny wody jest zapobieganie uszkodzeniu zdrowia przez użycie wody do picia i wody użytkowej. W pierwszym rzędzie mowa tu o niektórych chorobach zakaźnych przewodu pokarmowego, wywoływanych przez bakterie grupy T. A. B., o ile znajdują się w wodzie. Woda może też zawierać pałeczki czerwoni, przecinkowce cholery azjatyckiej, węglik, krętki żółtaczk zakaźnej i gorączki błotnej, wreszcie jaja i larwy robaków, np. tasiemców itd. Metody badania w tym kierunku będą opisane w osobnej pracy. Zarazki te przedostają się z wydzielinami chorych ludzi i zwierząt, a niekiedy także od zdrowych (nosiciele bakterii). Stwierdzenie obecności bakterii chorobotwórczych w wodzie przedstawia pewne trudności z powodu małej ilości drobnoustrojów. Dla oceny higienicznej wody ważne jest stwierdzenie miejscowych warunków, w jakich woda ta jest pobierana i w jaki sposób bywa przenoszona do laboratorium, ponieważ i z tej strony, przy niewłaściwej technice, nastąpić mogły zanieczyszczenia bakteryjne. Zwykłe woda w głębi zbiorników zawiera mało bakterii w stosunku do ilości bakterii w warstwach powierzchniowych wody. Podczas badania wody zaskórnej (gruntowej) i źródlanej zanieczyszczonej stwierdza się obecność drobnoustrojów, które zwykle w wodzie nie występują.

Bakteriologiczne badanie wody ma więc za zadanie oznaczenie tzw. całkowitej ilości bakterii, przez co rozumie się ilość kolonii bakterii, które wyrastają na przepisowej żelatynie w dostępie powietrza w temperaturze $+22^{\circ}\text{C}$ w ciągu 48 godzin, oglądane gołym okiem, lub lupą trzykrotnie powiększającą. Sposób ten nie wykazuje wszystkich bakterii, zdolnych do życia w wodzie. W użyciu innych warunków hodowli, np. innej pożywki, innej temperatury, dalej hodowli w warunkach beztlenowych otrzymuje się inną ilość bakterii. Pod całkowitą ilością bakterii rozumiemy jednak zwykle tę ilość, którą powyżej określono.

Nie tylko zwiększenie całkowitej ilości bakterii, ale i pojawienie się drobnoustrojów, spotykanych prawidłowo tylko w wodzie zaskórnej lub w ziemi, dowodzi zanieczyszczenia wody. Stwierdzenie np. bakterii, spotykanych w gniących resztkach na powierzchni ziemi, również dowodzi zanieczyszczenia wody. Bakterie te rosną na pożywkach w temperaturze wyższej, np. $+37^{\circ}\text{C}$, a częściowo i więcej, toteż wykazanie tych bakterii, zwanych termofilami, wskazuje na znaczne za-

nieczyszczenie wody. Bakterie te oczywiście muszą być hodowane na pożywce, która pozostaje stale w temperaturze $+37^{\circ}\text{C}$, by można było oznaczyć zwykłym sposobem, niżej podanym, tzw. miano termofilów. Właśnie bakterie chorobotwórcze należą przeważnie do termofilów, dowodząc zetknięcia się wody z gniącym białkiem. Dowodem, że woda została zanieczyszczona kałem zwierząt, lub ludzi, będzie wykazanie np. enterococcus lub też beztlenowca bac. Fränkel-Welch. Przede wszystkim jednak dowodzi zanieczyszczenia wody wystąpienie bact. coli (b. c.), które znajduje się w przeważającej ilości w kale ciepłokrwistych. Obecność prątka okrężnicy, który nie jest drobnoustrojem chorobotwórczym, nie dowodzi, że badana woda może wywołać chorobę zakaźną — woda taka jest tylko nieapetyczna — ale ponieważ b. c. żyje w tych samych warunkach, co i bakterie chorobotwórcze, obecność b. c. powoduje, że wodę taką uważamy za niehigieniczną i podejrzaną.

Prątek okrężnicy jest krótką pałeczką, długości od 2—4 tysięcznych mm, grubości 0,4 do 0,6 tysięcznej mm, która wytwarza niekiedy w hodowlach krótsze, lub dłuższe nitki. Młodsze osobniki, szczególnie z płynnych hodowli, okazują własny ruch za pomocą witek. B. c. nie tworzy zarodników i jest gramujemne.

Najwybitniejszą cechą b. c. w hodowli jest zdolność rozkładania różnych cukrów, szczególnie cukru gronowego i mlekowego, z wytwarzaniem kwasu i gazu, jako też rozkład sześciowartościowego alkoholu, zwanego manitem, również z wytwarzaniem kwasu i gazu. B. c. powoduje ponadto ścinanie się mleka i zamienia w odpowiednich warunkach hodowli czerwień obojętną na żółto-zielonawo fluoryzujące ciało.

Na pożywce Endo, zawierającej fuchsynę, wytwarza b. c. ciemnoczerwone kolonie, metalicznie połyskujące, a w pożywkach, zawierających pepton powstaje często indol. Bardzo ważne jest, że b. c. w przeciwieństwie do innych, podobnych mu pałeczek, nie rozpuszcza żelatyny. Optimum temperatury wzrostowej wynosi $+37^{\circ}\text{C}$, jednakże rośnie w nieosłabionym stanie i w wyższych temperaturach, aż do 46°C . Do swego wzrostu potrzebuje tlenu, może jednak rosnąć również bez dostępu powietrza. Przez stwierdzenie jeszcze innych cech, przeważnie jednak niestałych, podzielono b. c. na większą ilość podgrup.

Stosownie do opisanych cech pałeczki okrężnicy przeprowadza się następujące badania w celu wykazywania jej w wodzie:

Przede wszystkim należy stwierdzić, jaka jest najmniejsza ilość wody, w której można

jeszcze wykazać obecność b. c., tzn. oznaczamy tzw. „miano coli“. Aby wykazać również małą ilość bakterii, dodajemy malejące ilości wody do roztworu Eijkmana o następującym składzie:

1000 ccm wody destylowanej
100 g peptonu suchego
50 g soli kuchennej

rozmieszać i dwie godziny gotować, po czym dodaje się 100 g cukru gronowego i całość gotuje jeszcze 20 minut, następnie sący na gorąco i rozlewa do kolbek po około 100 ccm. Kolbki te wyjałowia się następnie w ciągu 20 minut w autoklawie.

Do badanej wody dodaje się $\frac{1}{8}$ objętości tego roztworu, przy czym powstaje około 1% roztwór cukru gronowego z peptonem. Jeżeli do próbek używamy 100 ccm, to stosujemy kolby Eijkmana, próbki zawierające 20 i 10 ccm umieszczamy w mniejszych rurkach fermentacyjnych, dodając odpowiednią ilość badanej wody. W naszym laboratorium używamy roztworu mniej stężonego, zawierającego 2% cukru, 2% peptonu i 1% soli, z którego to roztworu dodajemy 12,5 ccm na 10 ccm badanej wody. W ten sposób można używać do badania 20 i 10 ccm wody rurek fermentacyjnych tej samej wielkości.

Z każdej próbki robimy podwójne badanie fermentacyjne, ustawiając dwa równoległe szeregi (2×100 , 2×20 , 2×10 ccm). Z tych dwóch szeregów jeden umieszczamy w temperaturze $+37^{\circ}\text{C}$, aby umożliwić szybsze rozmnażanie się także osłabionych pałeczek okrężnicy, podczas gdy drugi szereg umieszczamy w temperaturze $+45,5^{\circ}\text{C}$, aby powstrzymać inne towarzyszące bakterie, które w tych warunkach się nie mnożą, podczas gdy b. c. rośnie dobrze. Próbkę bada się najwcześniej po 48 godz. Jeżeli w którejś rurce stwierdzi się wytwarzanie gazu, to bada się dalej na obecność pałeczek okrężnicy. Jeżeli jednak ulegnie zmętnieniu któraś z probówek, trzymany w temperaturze $+45,5^{\circ}\text{C}$, to również badamy dalej w kierunku pałeczki okrężnicy, ponieważ stwierdzono, że niekiedy pałeczka okrężnicy w temp. $+45,5^{\circ}\text{C}$ wprowadzić się rozmnaża, wywołując zmętnienie, ale nie wytwarza gazu.

Jeżeli woda jest znacznie zanieczyszczona to nie wykonujemy badania pobierając wodę w ilości 10, 20 i 100 ccm, ale stosujemy ilości znacznie mniejsze, używając do pojedynczych próbek wody w ilościach 1 ccm, 0,1 ccm, 0,01 ccm a nawet i mniej, stosując zawsze dwa szeregi, jeden w temperaturze $+37^{\circ}\text{C}$, drugi w $+45,5^{\circ}\text{C}$. Jeżeli dalsze badania wykazują brak b. c. w rurkach fermentacyjnych zarówno w temperaturze $+37^{\circ}\text{C}$, jak i $+45,5^{\circ}\text{C}$, można przyjąć, że woda nadaje się do użytku.

Jeżeli jednak w rurkach fermentacyjnych stwierdzi się podejrzaną wzrost bakterii, trzeba wtedy stwierdzić, czy wzrost ten wywołany został przez b. c.

Pobieramy wtedy próbkę zarówno z szeregu, hodowanego przy 37°C jak i $45,5^{\circ}\text{C}$, i rozcieramy na pożywkach stałych, rozlanych do płytek Petriego, wybierając takie pożywki, które zawierają oprócz barwnego indykatora cukier mlekowy i wstawiamy płytki do termostatu do temp. $+37^{\circ}\text{C}$. Pałeczka okrężnicy tworzy na pożywce Endo ciemnoczerwone, płaskie kolonie, połyskujące zielonawo-żółto w padającym świetle, które zabarwiają również otoczenie czerwono przez wytworzenie kwasów i aldehydów. W przeciwieństwie do tego rośnie większość innych bakterii na tej pożywce bezbarwnie, lub różowo i przeważnie bez metalicznego połysku.

Na pożywce tej rośnie bakteria podobna do pałeczki okrężnicy, ale nie występująca w wodzie, zwana *bact.-lactis aerogenes*, wytwarzając więcej półkuliste, poza tym jednak podobne kolonie, które wkrótce zabarwiają się jasnoczerwono, rosnąc w grubej warstwie śluzowato. Bakterie te można zidentyfikować, używając innych pożywek.

Jeżeli na pożywce Endo nie wyrosną żadne podejrzanego kolonie, badanie jest skończone i można twierdzić, że woda nie zawiera b. c.

Jeżeli jednak, szczególnie z szeregu, trzymanego w $+37^{\circ}\text{C}$, wyrosnie więcej rodzajów kolonii, to przeszczepia się kolonie na dalsze płytki Endo, dla otrzymania czystych hodowli.

Teraz należy jeszcze stwierdzić postać bakteryjną i ewentualną ruchomość wyhodowanego szczepu, co wykonuje się przez badanie w kropli wiszącej i przez barwienie sposobem Grama. Jeżeli w badaniu mikroskopowym stwierdzimy gramoujemną krótką pałeczkę, ruchomą lub nieruchomą, należy jeszcze wykonać dalsze badania dla stwierdzenia charakterystycznych cech wzrostu, z użyciem tzw. pstrego szeregu, tj. zestawienia różnobarwnych pożywek.

Pstry szereg składa się:

1. Z próbki zawierającej pożywkę żelatynową, do której wszczepia się materiał, zawierający bakterie, bez uprzedniego roztopienia, za pomocą wkłucia igłą platynową. Taką „kłutą“ hodowlę trzyma się przez kilka dni w temperaturze $+22^{\circ}\text{C}$. Jeżeli przy tym występuje rozpuszczanie żelatyny, to zetknęliśmy się — o ile nie zaszło przypadkowe zanieczyszczenie — nie z pałeczką okrężnicy, ale z innymi rodzajami drobnoustrojów, które poza tym mogą się zachowywać bardzo podobnie jak pałeczka okrężnicy (*bact.-cloacae*).

Pozostałe pożywki pstrego szeregu zaszczepla się po dwie rurki, trzymając jedną w temperaturze $+37^{\circ}\text{C}$ a drugą w temperaturze $+45,5^{\circ}\text{C}$. Jakich używa się pożywek w zespole pstrego szeregu, zależy od doświadczenia i przyzwyczajenia poszczególnego laboratorium; konieczne przy tym jest badanie na rozkład cukru gronowego, cukru mlekowego, mannitu, dalej na przemianę czerwieni obojętnej (i ewentualnie na wytwarzanie indolu). W naszym laboratorium używamy

ptrego szeregu, założonego z następujących pożywek:

- 2) agar z cukrem gronowym, zawierający jako wskaźnik czerwien obojętną
- 3) pożywkę Barsiekową z cukrem gronowym, lakmusem jako wskaźnikiem i solą sodową kazeiny mleka (jako białka mlecznego),
- 4) pożywki Barsiekowa, przyrządzonej podobnie jak powyższa, jednak z dodatkiem cukru mlekowego, zamiast gronowego,
- 5) syntetyczną serwatka lakmusową o składzie

1000 ccm wody destylowanej
 20 g cukru gronowego
 0,4 g cukru mlecznego
 0,4 g cukru gronowego
 0,5 g dwufosforanu sodowego
 1,0 g siarczanu amonowego
 2,0 g trójasadowego cytrynianu sodowego
 5,0 g soli kuchennej
 0,05 g suchego peptonu

i lakmusu do wyraźnego zabarwienia. Mieszanie tę przelewa się do 2 l kolby, silnie miesza i po zupełnym rozpuszczeniu sący przez pojedynczy sączek fałdowany. Przesączone rozlewa się do jałowych próbek i wyjaławia je nie dłużej, jak 1/2 godziny.

6) roztwór mannitu z czerwienią obojętną wg Bulira. Roztwór ten przyrządza się w ten sposób, że w 1000 ccm wody destylowanej rozpuszcza się (zamiast 10 g wyciągu mięsnego Liebiga) 15 g zwyczajnego, płynnego wyciągu mięsnego Maggi, dodając następnie 25 g suchego peptonu, 10 g soli kuchennej i 30 g mannitu. Roztwór ten gotujemy w ciągu godziny sączymy i jeżeli potrzeba zobojętniamy roztworem sodu. Roztwór ten rozcieńcza się jałową wodą destylowaną, biorąc na dwie objętości roztworu Bulira, po czym dodaje się 2% jałowego, wodnego roztworu 0,1% czerwieni obojętnej. Mieszanie rozlewa się do próbek i wyjaławia jeszcze raz.

Pożywki zawierające 1% cukier gronowy z czerwienią obojętną, używa się do badania wody, zakładając z podejrzanych kolonii bądź hodowle kłute, jak na żelatynie, albo lepiej wykonując t. zw. hodowle w wysokiej warstwie, jeżeli pożywkę, rozpuszczoną w kąpieli wodnej zaszczepia się dopiero po ostudzeniu do + 40°C, wykonując teraz szczepienie i mieszając pożywkę tak, aby nie powstały pęcherzyki powietrza. Dobrze zmieszana pożywkę wstawia się do zimnej wody, co zapobiega nierównemu rozmieszczaniu bakterii. Pałeczka okrężnicy wytwarza na tej pożywce gaz, który rozsada agar. Ponadto czerwien obojętna przechodzi w żółty, lekko zielonawo fluoryzujący barwik.

Pożywkę Barsiekową czerwieni pałeczka okrężnicy, wytwarzając kwas z cukru gronowego, pożywki, mającej pierwotną barwę

fioletową. Poza tym pałeczka okrężnicy ścina sól sodową kazeiny mleka, jako kłaczkę. Syntetyczna serwatka ulega już po krótkim czasie przemianie barwy z fioletowej w czerwona. Na pożywce mannitowej z czerwienią obojętną ulega czerwien obojętna również odbarwieniu i fluoryzuje, natomiast wytwarzanie kwasu przez rozłożenie mannitu wykazuje przemianę żółtego zabarwienia w czerwone, po dodaniu 0,10 objętości zasadowego roztworu lakmusu, przyrządzonego przez dodanie na 10 ccm roztworu lakmusu 0,2 ccm normalnego ługu sodowego.

Z chwilą odczytania wyników pstręgo szeregu, zarówno trzymanego w + 37°, jak i w + 45,5° notujemy obecność typowego szczepu pałeczki okrężnicy, o ile wszystkie odczyny temu odpowiadają.

Jeżeli jednak badany szczep rośnie tylko w + 37°, albo brak jakiejś cechy typowej pałeczki okrężnicy jak np. odbarwienie czerwieni obojętnej, to mamy również pałeczkę okrężnicy, ale jej nietypowy szczep, który już dłuższy czas znajduje się poza organizmem żywym. Ponieważ jednak takie nietypowe szczepy zdarzają się również w stolcu, mogą takie nietypowe pałeczki okrężnicy w wodzie również pochodzić od świeżego zanieczyszczenia wody kałem. Pomimo tego nie uważamy różnych szczepów pałeczki okrężnicy za równe, przypisując większe znaczenie dla higieny wodnej typowej pałeczce okrężnicy, chociaż obecność szczepów nietypowych również nie jest higienicznie obojętna i wskazuje zawsze na niedostateczną filtrację ziemną lub jakiś niedokładny sposób zamknięcia wody.

Niekiedy pałeczka okrężnicy zostaje przeciętnie we wzroście przez inne bakterie w + 37°, przy czym zdarza się niekiedy — szczególnie w większych rozcieńczeniach — że w niektórych z nich stwierdzamy pałeczkę okrężnicy w jednej z próbek o większym rozcieńczeniu, a nie stwierdzamy jej w rozcieńczeniu mniejszym (przeskoczony stopień).

Oprócz oznaczania miana pałeczki okrężnicy, które dają tylko przybliżone wartości, stosujemy dokładniejszy sposób, polegający na bezpośrednim zliczeniu kolonii, wyrosłych na stałych pożywkach specjalnych, po zaszczepieniu ich określoną ilością wody. W laboratorium naszym używamy żelatyny z cukrem i fuchsyną. Z pożywki tej znacznie prościej sporządza się płytki do liczenia anizeli np. na pożywce Endo, gdzie przeszkadza parowanie wody. Żelatynę tę sporządzamy, dodając do 100 ccm rozpuszczonej żelatyny 1 g cukru mlecznego, 1/2 ccm 10% roztworu alkoholowego fuchsyny i 2,5 ccm świeżo sporządzonego 10% wodnego roztworu siarczanu sodowego. Mieszanie tę rozlewa się do jałowych próbek i wyjaławia. Pożywka szybko się psuje przez rozkład odbarwiacza. Probówkę takiej żelatyny rozpuszczonej zadaje się odmierzoną ilością wody i trzyma 4—5 dni w temperaturze + 22°. Pałeczka okrężnicy wytwarza na tej pożywce, która jest prawie

bezbarna, ciemnoczerwone kolonie, spośród których te, które leżą na powierzchni lub przylegają do dna okazują metaliczny połysk, zabarwiając pożywkę w okolicy kolonii wyraźnie jasnoczerwono.

Jeżeli chodzi o oznaczenie ilościowe pałeczek okrężnicy w większych ilościach wody, to używa się żelatyny o stężeniu 2,5 razy większym wszystkich składników. 10 cm takiej pożywki można zadać 15 cm wody, po dokładnym zmieszaniu. Płytki wylane trzymają się również 4—5 dni w temperaturze + 22°.

Jeżeli chodzi o wodę specjalnie zanieczyszczoną, to dodajemy do żelatyny zwykłej, jak i fuchsynowej, kwasu karbolowego, aby uniknąć rozpuszczającego działania bakterii, rozkładających żelatynę. W tym celu używamy 5% wody karbolowej, dodając z tego roztworu na 100 cm zwykłej żelatyny 1,35 cm, a do 100 cm 2,5 razy stężonej żelatyny 3,4 cm. Przez to osiągamy zahamowanie bakterii, rozpuszczających żelatynę, zaś wzrost pałeczek okrężnicy nie ulega wyraźniejszemu zahamowaniu.

Na pożywkę żelatyny fuchsynowej z cukrem mlecznym liczy się tylko kolonie typowe, czerwone z przerachowaniem całkowitej ilości bakterii na 1 cm wody. Niekiedy otrzymuje się przy tym niższe liczby dla pałeczki okrężnicy, aniżeli w oznaczeniu miana pałeczki okrężnicy, szczególnie w szeregu trzymanego w + 37°, ponieważ rozwój kolonii tej pałeczki nie napotyka w stałej pożywkę i do tego wybiórczej i ewentualnie zawierającej karbol, na tak dobre warunki wzrostu, jak podczas oznaczania miana coli. Na ogół jednak miano coli i ilość pałeczek okrężnicy się zgadzają, zwykle dostatecznie. Poniżej zamieszczam tablicę z podaniem wyników badania wody opisanymi sposobami.

Oznaczenie próby	Pałeczki okrężnicy										
	Wykonano w cm ³							Ilość kolonii w + 22 °C w dostępie tlenu			
	W cieplecie °C							Wysiana ilość wody z rozcięciem	cm ³	zliczonych kolonii	obliczonych na 1 cm ³
	100	20	10	1,0	0,1	0,01	0,001				
Woda zaskórna (gruntowa)	37	—	—	—	n	n	n	n	15,0	0	0
	46	—	—	—	n	n	n	n	1,0	n	0
Woda z potoka	37	n	n	n	+	×	×	n	1,0	230	230
	46	n	n	n	+	+	—	1:100	1,0	2	200
								1:10	0,1	0	n

+ = dodatni

— = ujemny

n = nie oznaczono wzgl. nie sporządzono

Protokół dwóch analiz wody w formie tablicy.

W pierwszym przypadku w wodzie źródlanej, nie wykazałem pałeczki okrężnicy w

całej ilości (260 cm) badanej wody, zatem ilość bakterii okrężnicy wynosi 0. W drugim przypadku badałem wodę z potoka, gdzie miano coli wynosiło 0,1 w + 45,5° i 0,1 w + 37°C, ilość kolonii zaś wynosiła 215, co dobrze się zgadza z mianem coli 0,01, według którego było w badanej wodzie powyżej 100, a mniej niż 1000 pałeczek okrężnicy w 1 cm wody.

W przypadkach niektórych wód zanieczyszczonych jak np. w naszym przypadku w czasie badania wody z kąpieliska miejskiego w Bielsku, natrafia się na trudności w liczeniu kolonii, z powodu obecności pałeczek odmienia, które swym gwałtownym wzrostem zalewającym nie tylko powierzchnię, uniemożliwiają liczenie. Jako środka, hamującego wzrost pałeczki odmienia używamy roztworu wódzianu chloralu, który w naszych doświadczeniach hamuje dostatecznie wzrost pałeczki odmienia, nie uszkadzając pałeczek okrężnicy. Wódzianu chloralu dodaje się o. 0,1 cm (roztworu 1%) na 10 cm pożywki agarowej. W tych warunkach pałeczka odmienia rośnie bez „pełzania” po powierzchni pożywki i nie zaciera granic innych kolonii, co ułatwia liczenie.

Ze względu na ogromne znaczenie badań higienicznych wody dla państwa, konieczne jest ustawowe uregulowanie metodyki badań. Polska ma potężną sieć wodociagową na Śląsku, która jest stale kontrolowana przez odpowiedzialne laboratoria; również inne ośrodki przemysłowe, a przede wszystkim porty, gdzie między innymi pobierają też wodę do picia i gotowania okręty, muszą mieć wodę badaną i uznaną za odpowiednią, wreszcie liczne miasta i osiedla Polski będą urządzać i rozbudowywać sieć wodociągów. We wszystkich tych przypadkach urządzenia filtracyjne, do oczyszczania, chlorowania wody itp. muszą być kontrolowane. Wynik badań można porównywać tylko przez wprowadzenie ustawowe jednolitych metod badania wody. Ustawa musi to uregulować i przepisać sposób pobierania próbek wody, konstrukcję naczyń, służących do pobierania, sposób i rodzaj opakowania, czas przestania, wyszkolenie i egzaminowanie osób wykonujących powyższe czynności. Dalej ustawa musi zawierać, szczegółową metodykę, z opisem naczyń, aparatów i pożywek do tego używanych, jakoteż metod, służących do oznaczania miana pałeczki okrężnicy, miana termofilów i ogólnej ilości kolonii.

Praktyczne ulepszenia w badaniu bakteriologicznym wody polegają na:

- 1) użycie 2½ razy stężonej żelatyny, umożliwiające badanie większej ilości wody.
- 2) zastosowanie wody karbolowej dla zapobiegnięcia rozpuszczaniu żelatyny, co utrudnia liczenie kolonii,
- 3) dodaniu wódzianu chloralu, celem wstrzymania pełzającego wzrostu pałeczki odmienia.

Literatura: 1) Olszewski — Spitta: Untersuchung und Beurteilung des Was. und Abwassers, 1931.

Choroby oczne o znaczeniu społecznym

Podał

Dr Jacek Szmyt, Łódź

Wśród chorób ocznych istnieją schorzenia, które wymagają ingerencji społeczeństwa przez jego władze zdrowia, gdyż przebieg ich, nasilenie, ilość, następstwa nie mogą być obojętne dla niego, a także nie mogą być pozostawione do indywidualnego załatwienia.

Jeżeli dzisiaj jeszcze nie są one przedmiotem należytej opieki i kontroli, to jedynie z powodu niedostatecznej organizacji służby zdrowia na tym odcinku. Do wymienionych powyżej chorób należą:

1. Jaglica.
2. Zaćma.
3. Jaskra.
4. Wrzody rogówki.
5. Zapalenie woreczka łzowego, ropne.
6. Zapalenie spojówek noworodków rzęzawkowe.
7. Kiła i gruźlica oka.
8. Schorzenia i wady wrodzone.
9. Urazy i zatrucia.

1. **Jaglica** zwana także zapaleniem egipskim dlatego, że w Egipcie spotyka się ją najczęściej, jest przewlekłym zakaźnym zapaleniem spojówki oka. Spowodowana jest przez nieznaną zarazek, o którym wiemy, że jest nadzwyczaj mały.

Okres inkubacji wynosić ma około dwóch tygodni. Zakażenie następuje przez dostanie się do oka zdrowego wydzieliny z oka chorego przez wspólne mycie w miednicy, wycieranie się wspólnym ręcznikiem. Do zakażenia trzeba, jak się wydaje, dłuższego czasu i stałego kontaktu z chorym.

Choroba zaczyna się, jak każde zapalenie spojówek, uczuciem palenia, swędzenia, pieczenia oczu, mniejszym lub większym obrzękiem powiek — wydzielina oczna staje się gęstsza, obfitsza.

Ten stan trwa od 3 do 12 tygodni, po czym objawy zapalne ustępują, a podczas odwijania powiek, odwracadłem Rostkowskiego stwierdza się na spojówce górnej powieki, a zwłaszcza w jej załamku, liczne ziarna występujące nad powierzchnię spojówki, której prawidłowy rysunek zostaje całkowicie zmieniony i zartarty. Powieki górne stają się coraz cięższe i grubsze, opadają w dół i nadawają twarzy typowy senny wyraz. Opisane zgrubienie jest następstwem zajęcia tarczki górnej powieki przez nacieki jagliczy.

Choroba pozostawiona sobie, przenosi się na dalsze części oka zasłaniając górną połowę rogówki, naciekiem mniej lub więcej unaczynionym.

Czasem zjawiają się owrzodzenia rogówki, które jednak nie są typowe. Wszystkie te objawy powoli, czasem w ciągu długich lat, znikają pozostawiając trwałe zbliźnowacenia i zmętnienie rogówki, co znacznie upośledza wzrok, nieraz wywołuje ślepotę, skróce-

nie załamek, zanik spojówki, stwardnienie i skrócenie powiek, ich podwiniecie do wewnątrz, nieprawidłowe ustawienie rzęs, które zwracają się do rogówki i powodują dalsze jej zmętnienie.

Należy tu wspomnieć, że załamkiem spojówki nazywamy tę część spojówki, która leży na granicy między spojówką powiekową i gąbkową. Załamek ten widać bardzo dobrze, gdy wywinieśmy powiekę odwracadłem Rostkowskiego; napina się wtedy doskonale, a jest ważny w diagnostyce, bo w nim spotykamy najczęściej jagły. Istnieje załamek górny i dolny.

Leczenie jaglicy jest konieczne. Najlepsze wyniki daje połączone leczenie mechaniczno-lekowe. W okresie objawów zapalnych wstępnych, w czasie których można pomylić jaglicę z zapaleniem kąpielowym (spotykanym po kąpieli w sztucznych basenach) zapalenie spojówek typu Parinaud, Koch — Weeksa, należy stosować przemywanie roztworami dezynfekującymi, np. Sol. Hydrarg. oxycyan. 0,04/200,0 lub Sol. Acid. borici 6/200,0 oraz tuszowanie spojówek 2% Sol. Argenti nitrici jeden raz dziennie. Ponadto należy stosować sulfamidy, np. Cibasol, Albucid w ilości 3—6 pastylek dziennie przez okresy 10 dniowe z przerwami też 10 dniowymi. Ilość okresów zależy od reakcji. Pomagają one bardzo wydatnie w usunięciu objawów zapalnych i zastępuje leczenie bodźcowe nieswoiste, np. stosowanie domięśniowe mleka, yatreu, caseiny, omnadiny, panodiny. Po przejściu objawów zapalnych należy wygniatać jagły. Znieczulamy kokainą 2—5%, ewentualnie pantokainą, u ludzi wrażliwych, lub u dzieci. Zabieg ten wykonuje się przy użyciu odwracadła Rostkowskiego pałeczką szklaną, przyciskając pałeczkę równolegle do spojówki. Wprawna ręka odczuwa przy tym pęknięcie jagiel. W kąciach oka oraz w okolicy ciała łzowego można wycisnąć jagły przy pomocy pincetki anatomicznej. Nadzwyczaj wskazane jest natychmiastowe przetarcie krwawiącej spojówki ołówkiem siarczanu miedzi, który zwiększa ukrwienie i skraca okres resorpcji.

W razie ponownego wysiewu jagiel powtarzamy wyciskanie. Zawsze radzi się odczekać do ustąpienia objawów podrażnienia po wyciskaniu, by otrzymać jasny obraz dokonanego zabiegu. W międzyczasie stosujemy ½% Sol. Cupri sulph. z dodatkiem gliceryny dla większej zawiesistości płynu. Można też stosować w międzyczasie na zmianę nacieranie alunem. Bliznowaciejące spojówki utrzymujemy w elastyczności przez naparzanie nad gorącą parą z dodatkiem ziół jak np. suszonych nagietek, kory dębowej, szałwii, rumianku, po czym stosujemy masaż wykonywany pałeczką szklaną, zakończoną kulką, na

którą nabieramy nieco 3% maści Noviformowej lub Xeroformowej.

Powikłania rogówkowe leczymy przy pomocy ½% Atropiny w płynie lub maści, gorącymi naparzaniami 2—3 razy dziennie po ½ godziny. Oko dotknięte takimi powikłaniami, jak łuszczyca — pannus trachomatosis — zawsze podczas leczenia musi być zawiązane opaską ciepłą i suchą.

Stosowanie okładów ciepłych i gorących lub nagrzewañ Vitaluxem, lub innymi podobnymi, jest wskazane. Stosowanie zimnych okładów jest błędne i szkodliwe. Poza tym stosuje się zastrzyki domięśniowo, mleka 3—10 cm³, co znakomicie poprawia stan chorego. Pozostają następstwa przebytej jaglicy. Te leczymy tylko operacyjnie, a ponieważ zabiegi takie dokonywane są w klinikach lub oddziałach ocznych, dlatego opis tych operacji należy przestudiować w odpowiednich podręcznikach. Wspomnę tylko, że w wypadku wadliwego ustawienia rzęs należy je usunąć pincetką epilacyjną, gdy tego dokonać nie można, trzeba nalepić plaster od wolnego brzegu powieki, zależnie od potrzeby, w górę na czoło, lub w dół na policzek, tak by odciągał od rogówki powiekę, a z nią rzęsy. Jaglica jest chorobą, która podlega rejestracji, tj. zgłaszaniu lekarzom powiatowym i miejskim. Akcja zwalczania jaglicy opiera się na Rozporządzeniu Prezydenta R. P. z roku 1928. Wyczerpujący Okólnik w tej sprawie znaleźć można w Dzienniku Zdrowia M. Z. nr 7, rok 1945.

Najczęstsze epidemie jaglicy stwierdza się w zakładach zamkniętych różnego rodzaju. Jeżeli chodzi o dzieci, to z takich zakładów należy je natychmiast przesłać do Zakładu Przeciwjagliczego w Witkowicach pow. Kraków na koszt Min. Zdrowia Dep. Chorób Społecznych, Wydział Jaglicy i Okulistyki Społecznej. W Polsce istnieje więcej jak 400 przychodni przeciwjagliczych, których pracą kieruje Wydział Jaglicy i Okulistyki Społecznej Ministerstwa Zdrowia. Przypuszczamy, że w Polsce jest około 300.000 chorych na jaglicę. Przed wojną rozporządzaliśmy statystyką najlepszą na świecie, dziś jesteśmy w trakcie odbudowania tych osiągnięć.

2. **Zaćma** jest chorobą soczewki oka polegająca na jej zmętnieniu. Różne są podziały zaćm, zależą one od cechy, jaką biorą pod uwagę (lokalizacja zmętnienia, pochodzenie, stałość lub posuwanie się jej itd.) Najczęściej spotykaną zaćmą jest: a) starcza, b) wrodzona, c) urazowa. Przyczyną powstawania jest — poza urazem — zaburzenie przemiany materii (np. cukrzyca) oraz lokalne zmiany w molekularnej równowadze płynu komórkowego, (zaćma porentgenowa, radowa) spowodowane przez energię świetlną. W wielu wypadkach rozpoznawanie zaćmy jest utrudnione, zwłaszcza dla nie okulisty. I tak jako zaćmę rozpoznaje się szarzielony odbłask źrenicy u starszych ludzi spowodowany większą łamliwością jądra soczewkowego, które

zazwyczaj jest w wieku podeszłym znacznie większe. Z kolei mylnie rozpoznaje się zaćmę w wypadku plam rogówki, biorąc je za zaćmę, w przypadku osadów barwinkowych na tylnej ścianie rogówki w zapaleniu chronicznym tęczówki. Za zaćmę bierze się wysiękowe błony w obrębie źrenicy w wypadku chronicznego zapalenia tęczówki. Rzadziej można pomylić męty ciała szklстого z zaćmą; refleksy źrenicy w przypadkach jaskry również mogą stanowić powód do omyłek diagnostycznych. Rozszerzenie źrenicy w wątpliwych wypadkach wyjaśnia i ułatwia prawidłowe rozpoznanie. Rozszerzania dokonać można 1% Sol. Homatropini. W krótkim przeglądzie chciałbym poruszyć tylko niektóre szczegóły, które mogą mieć praktyczne znaczenie i które, jak stwierdzam, nieraz dręczą lekarzy nie okulistów. Np. takim zagadnieniem jest pytanie: Kiedy należy kierować chorego do szpitala celem dokonania operacji?

Na to pytanie inaczej należy odpowiedzieć, gdy zaćmą dotknięte jest jedno oko, a inaczej, gdy zajęte są oba oczy. Otóż, gdy zaćmą dotknięte jest jedno oko, nie należy przynaglać pacjenta do operacji, gdyż korzyść nawet z dobrym skutkiem przeprowadzonego zabiegu jest problematyczna. Różnica widzenia, po utracie soczewki jest duża, tak, że równowaga widzenia nie może się ustalić i chory de facto nie ma korzyści z przeprowadzonego zabiegu.

Jeżeli będzie nosił szkło +10 D. to wprawdzie uzyska lepsze widzenie w dal, ale za to z bliska nie będzie mógł tym okiem pracować, gdyż będzie musiał używać szkła +14 D. Jeżeli nie będzie nosił szkła, to znowu nie będzie widział. Jako zasadę przyjmuję, że w wypadku prawidłowej bystrości wzroku na drugim oku nie doradza się operacji.

W wypadku zaćmy na obu oczach, zazwyczaj jedno oko jest nią dotknięte znacznie więcej i dlatego nie mamy tu tych wątpliwości, jak powyżej.

Przesyłamy chorego na operację, gdy stwierdzimy, że oko lokalizuje światło i że czyni to prawidłowo (badamy przy pomocy świecy, latarki elektrycznej w ciemni). Jeżeli podczas badania (oświetlenia) źrenicy, którą dobrze jest rozszerzyć, stwierdzamy, wyraźnie brunatne lub brązowe jądro soczewki, możemy śmiało przesłać chorego na operację, jeżeli jądro to już opadło i znajduje się w dolnej części soczewki to zaćma jest już przejrzala, co zresztą nie ma większego znaczenia diagnostycznego. Praktycznie biorąc operuje się **zaćmę starczą**, gdy chory liczy palce przed okiem. Dobrze jest wiedzieć, że chory z zaćmą noszący silne okulary wklęsłe (krótkowzroczność) ma mniejsze szanse na szczęśliwy wynik operacji.

Jeżeli przesyłamy chorego do operacji, to pamiętajmy o zbadaniu woreczka łzowego przez naciśnięcie go, oraz o zbadaniu stanu spojówek. Czy jaglica jest przeciwwskazaniem do operowania? Nie! Chyba, że zaatakowana jest rogówka, lub gdy istnieją świeże jagły.

Od zasad powyższych można odstąpić w wypadku, gdy chory ze względu na konieczność pracy, utrzymania rodziny, lub innych przyczyn natury społecznej, nie chce czekać. Przyczyny natury kosmetycznej oczywiście odgrywają mniejszą rolę. Osobiście muszę powiedzieć, że na ogół chorzy wydają się raczej rozczerwowani przywróconym wzrokiem, aniżeli oczarowani, spodziewają się raczej lepszego widzenia i to zazwyczaj bez okularów. Być może, że ta moja obserwacja dotyczy głównie ludzi prostych. Niemniej jednak stwierdziłem to w praktyce.

Drugą postacią zaćmy jest **zaćma warstwowa**, spotykana u dzieci, które zwykle okazywały cechy tęczy, lub inne stany dowodzące zaburzenia w przyswajaniu wapnia. Dzieci takie rzadko skarżą się na złe widzenie, gdyż już się do niego przyzwyczaiły — chodzą do szkoły i wtedy dopiero zazwyczaj zwraca się uwagę, że gorzej widzą. Widzenie zresztą w tej jednostce chorobowej zależy w dużym stopniu od szerokości i labilności mięśnia zwierającego źrenicę.

Zmętnienie obejmuje tu warstwę soczewki dookoła jądra w formie pierścienia. Te dzieci trafiają do okulisty z zasady bez rozpoznania. Na pytanie, czy operować czy nie, odpowiadamy dopiero po zbadaniu bystrości wzroku, a wtedy zastanawiamy się, czy wykonać iridektomię optyczną, czy usunięcie soczewki.

Zazwyczaj dokonujemy ostatniego zabiegu.

Zaćma urazowa, której nazwa tłumaczy pochodzenie, musi być traktowana zależnie od stanu współistniejących uszkodzeń innych części oka. Stanowisko wyczekujące jest raczej wskazane. Możliwość powikłań zawsze bardzo duża (odnowienie utajonego stanu zapalnego).

Wspomnieć tu trzeba także o **zaćmie wtórnej**, spotykanej w trzech formach (zaćma między tkanką torebki, zmarszczenie samej torebki lub błona rzekoma ze zrostami po zapaleniu przewlekłym tęczówki). Operowanie tych zaćm musi być indywidualne.

Statystycznie zaćma jest chorobą, która po operacji daje nawet przy dobrych wynikach 15—25% utraty bystrości wzroku na stałe spowodowanej przez brak soczewki z następnym widzeniem niebryłowym.

3. Jaskra jest chorobą, którą można określić podobnie, jak cukrzycę i zapalenie wyrostka robaczkowego, jako „*crux medicorum*”. Istotą choroby jest podniesienie ciśnienia wśródgałkowego. Przyczyna jest nieznana, mechanizm znany. Polega na okresowym lub trwałym obrzęku wyrostków rzęskowych, które zapalnie zmienione przyciskają przestwory kąciowe tęczówki do rogówki i twardówki, zaciskając je i uniemożliwiając krążenie płynu.

Następstwem choroby jest ślepotą, lub bardzo znaczne osłabienie bystrości wzroku, spowodowane zanikiem nerwu wzrokowego. Choroba bywa w pewnych przypadkach pod-

stępna, imituje migrenę, bóle zębów, reumatyzm kości czaszki i często dochodzi do okulisty po obejściu wielu specjalistów w innych działach.

Chorzy zgłaszają się do lekarza z powodu silnych bólów głowy — zapytany, jaki jest charakter tych bólów, co inteligentniejszy opisuje go trafnie jako czucie, jak gdyby głowa chciała pęknąć, wydaje mu się że bóle są tępe, rozsadzają gałkę oczną i sąsiadujące kości nosowe, policzkowe i czołowe. Chory zauważa natychmiast pogorszenie bystrości wzroku, oraz koła tęczowe naokoło światła — do tego zjawiają się wymioty i nudności, osłabienie, poty. Nawiąsem mówiąc, „koła tęczowe” zdarzają się także w zwykłych zapaleniach spojówki przy mętnej wydzielinie.

Objawy zależą, jak zawsze, od ogólnej wrażliwości organizmu. Gdy taki chory zgłosi się do lekarza, dowiemy się od niego o wielkich bólach głowy w okolicy chorego oka, które będzie zazwyczaj zaczerwienione, łzawiące, bez połysku, matowe, nieco wysadzone. Jeżeli chcemy uniknąć pomyłki diagnostycznej, musimy zwrócić uwagę na to, że źrenica jest szeroka, na światło reaguje leniwie, że przednia komora jest płytka (to wymaga doświadczenia). Jeżeli mokrym, lub suchym wacikiem, będziemy badali tkliwość rogówki, zobaczymy, że jest prawie nieczuła, dowiemy się od chorego, że nie widzi dobrze od chwili napadu oraz, że przed napadem odczuwał już jakieś często trudne do określenia wrażenia w okolicy oka (prodromi glaukomatosi), oraz prawie zawsze, przed napadem zirytował się, zmartwił, lub miał jakieś przejście. Zwłaszcza u kobiet te momenty wywołujące są prawie zawsze łatwe do stwierdzenia. A zatem tło uczuciowe, konstytucjonalne odgrywa tu dużą rolę.

Ze wszystkich tych objawów, poprzednio wymienionych, należy podkreślić najsilniejszą szeroką sztywną źrenicę, w przeciwieństwie do wąskiej źrenicy w zapaleniu tęczówki, z którym to stanem najczęściej mylnie jaskrę.

Leczymy 2% pilocarpina, ½% eserinę, doraźnie jest to konieczne. Nerw oczny jest nadzwyczaj czuły. Czasem kilkugodzinny tylko ucisk powoduje nieodwracalną ślepotę. Skierowanie do okulisty celem ustalenia danych i diagnozy, oraz decyzja co do zabiegu operacyjnego, przywracającego krążenie płynu w oku, jest dalszym zwykłym następstwem.

Okulista stwierdza zwężenie pola widzenia, zwłaszcza po stronie nosowej, a na dnie oka wydrażenie tarczy nerwu wzrokowego, jako wyraz wpuklenia się części blaszki siatki twardówki wgiąb nerwu wzrokowego pod wpływem zwiększonego ciśnienia wewnątrzgałkowego.

Są różne odmiany jaskry (zapalna — prosta) i podział jej, w którym nieraz namyśleć się trzeba, czy wystąpił zanik nerwu wzrokowego, czy jaskra.

Wspomnieć jeszcze warto, że w pewnych zawodach należy okresowo badać bystrość

wzroku, którą można tracić w wyniku jaskry prostej, tj. przebiegającej bez podniesionego ciśnienia w sposób prawie niewidoczny celem uniknięcia groźnych następstw w dziedzinie np. komunikacji itd.

4. Wrzody rogówki są cierpieniem, które wywołuje znaczne upośledzenie bystrości wzroku, lub jego utratę. Wrzodem rogówki nazywamy ubytki w jej tkance, powstałe przez uszkodzenie nabłonka z następowym zakażeniem. Często spotykamy się z wrzodem u niemowląt jako powikłaniem nieleczonego, lub ciężkiego przebiegu zapalenia rzeżączkowego spojówek noworodków, dalej na tle błonicy oka, skrofulicznego zapalenia rogówki, z wrzodem pelzającym, żrącym.

W ostatnich wypadkach uraz ma znaczenie, jako czynnik otwierający drogę zarazkom do wnętrza rogówki.

Jeżeli chodzi o cechy wrzodu rogówki, to należy zwrócić uwagę na jego wielkość, położenie w stosunku do obwodu, charakter brzegów, głębokość, zabarwienie dna wrzodu, zachowanie się tęczówki, jakość płynu w przedniej komorze.

Przeźroczysta i regularna budowa rogówki nie dopuszcza żadnego innego układu beleczek tworzących ją i dlatego każde zapalenie, lub podrażnienie jest dla bystrości widzenia nie bez znaczenia. Wysięki ropne, zmiany w innej części organizmu nie będą nigdy tak przykre, jak właśnie w rogówce. I co ciekawe, że często nawet nieduże pozornie zmiany pozostawiają trwałe zmętnienia i na odwrót.

Przenikanie zarazków do rogówki może dokonywać się drogą bezpośrednią przez uszkodzenie nabłonka, lub drogą przerzutu z jakiegoś ogniska w organizmie (np. w zapaleniu stawu kolanowego na tle rzeżączki). O tym należy pamiętać, jakkolwiek ten ostatni sposób zakażenia nie jest tak groźny. W wypadku bezpośredniego działania zarazka na rogówkę, następuje przeżarcie jej nabłonka, w czym pomaga zwykle wyniszczenie organizmu, choroba lub braki w odżywianiu. Powolne przenikanie drobnoustrojów lub ich jądów do wnętrza utkrania rogówki dokonuje się z kolei.

Ciekawe jest, że mimo obecności zarazków dość głęboko w osnowie rogówki — w przypadku gdy płyn przedniej komory zareagował wytworzeniem dużej ilości leukocytów, w następstwie czego pojawia się płyn ropny w przedniej komorze, — to jednak w wielkiej ilości przypadków płyn ten i ropa w komorze pozostaje jałowa, co dowodzi, że bariera, jaką tworzy rogówka, jest mocna.

Blizny rogówki, znane pod nazwą bielma rogówki, są blyszczące, a znajdują się na rogówce i oku niepodrażnionym, czym różnią się od nacieków zapalnych, które przeciwnie są matowe, mętne, a oko podrażnione.

1% roztwór fluoresceiny wykazuje nam doskonale zarysy i charakter ubytku. Im silniej-

sza blizna, tym bielsza, bo tym więcej beleczek łącznych spletało się w najrozmaitszy sposób, na nieszczęście nieregularnie i chaotycznie, uniemożliwiając przenikanie światła.

Leczymy $\frac{1}{2}\%$ atropiną w kroplach, lub maści i ciepłem. Opaska na oko konieczna. Chcę przypomnieć o konieczności leczenia ogólnego wstrząsowego, przy czym, jak zauważyłem, wstrzykiwanie zwykłego mleka daje dobre wyniki, a że dziś trudno o preparaty do leczenia wstrząsowego nieswoistnego, mleko bywa stosowane najczęściej — w ilości od $\frac{1}{2}$ do 15 cm w zapaleniu spojówek rzeżączkowym noworodków, w ostrych zmianach jaglicznych z powikłaniami, w zapaleniu tęczówki, rogówki. Wspomnieć warto, że autohemoterapia może posiadać również dobre wyniki w leczeniu zapaleń tęczówki i rogówki. Stosowanie mydriatyków (rozszerzających źrenicę i zmniejszających przekrwienie tęczówki), jest nieodzowne, mimo że nie działają one w zupełności na rogówkę tylko na tęczówkę — która ma jednak decydujący wpływ na przebieg leczenia rogówki. Równoczesne stosowanie wapna z kwasem askorbinowym dożylnie działa dobrze w wypadkach, gdy chodzi o uszczelnienie naczyń. Penicilina w roztworze, w zasypce lub maści działa doskonale. Sulfamidy są stosowane z powodzeniem.

Często spotykamy się z zapytaniem: Czy taka, a taka plama rogówki zejdzie, i czy warto próbować ją zmniejszyć, lub usunąć? Odpowiedź, zależy oczywiście od rozległości, gęstości plamki, oraz czasu jej trwania, przy czym wiek chorego odgrywa wielką rolę. Gdy plamka utworzyła się, to znaczy, że nabłonek rogówki został przekroczony i zajęte zostały zmianami głębsze warstwy rogówki. Anatomicznie mówiąc, wszystko, co przekracza zapalnie błonę Bowmana, powoduje plamki rogówki.

Odpowiadając na wyżej postawione pytanie, możemy odpowiedzieć, że plamki nieduże o utkaniu niezbyt zbitym, u dzieci zwłaszcza małych, dają prawo spodziewać się, że po przeprowadzeniu intensywnej i dłuższej kuracji ulegną rozrzedzeniu, a czasem nawet usunięciu. Oczywiście, plamka istniejąca już wiele lat pozostanie prawdopodobnie bez zmian mimo leczenia. Przyjmujemy, o ile w medycynie można coś przyjmować, że jeżeli plamka nie trwa dłużej jak dwa lata, można u dzieci zastosować naparzenia (nad parą) z następowym wsmarowaniem żółtej maści i stosowaniem diioniny 2—5% na przemian okresami po dwa tygodnie. Oczywiście nie należy tego stosować, gdy oko jest z jakichkolwiek powodów podrażnione.

5. Zapalenie woreczka łzowego spowodowane jest zwykle mniejszą lub większą niedrożnością kanalików nosowo — łzowych, do czego dołączą się flora bakteryjna, rozwijająca się w przepelnionym woreczku łzowym, oraz podrażnienie ścian woreczka samą wydzieliną zastoinową.

Należy pamiętać, że taki stan zdarza się u niemowląt na skutek przejściowej niedrożności kanału nosowo — łzowego, który jeszcze nie zdażył się otworzyć. Takie przypadki leczone są jako nieżyty bez rezultatu, podczas gdy otwarcie kanału w punkcie łzowym na wolnym brzegu powieki usuwa w znakomity sposób tę dolegliwość.

Kiedy poza tym zapalenie woreczka ropne może być niebezpieczne? W przypadku: nieżyty spojówek na obojętnym tle z wyniszczeniem lub przejściowym osłabieniem organizmu. Ropa wyciskana brudną ręką, lub nawet niewyciskana dostaje się do worka spojówkowego, napotyka ubytek rogówki i w takim przypadku obserwujemy tworzenie się wrzodu pełzającego, choroby groźnej dla oka. Stwierdzenie ropnego zapalenia woreczka łzowego jest przeciwskazaniem do wykonania operacji, wyjęcia zaćmy, względnie otwarcia gałki ocznej z innych powodów (jaskra, ciało obce). Dlatego należy pamiętać, że chory przesyłany na operację zaćmy, lub inną, wymagającą otwarcia gałki ocznej, nie może mieć zapalenia ropnego woreczka łzowego, ani ostrego nieżyty spojówek. Dobrze jest, by lekarz praktyk wiedział, co robi okulista z pacjentem skierowanym przez niego do leczenia specjalistycznego. Otóż zabiegi w związku ze schorzeniami woreczka łzowego, lub dróg łzowych można uszeregować w następujący sposób: przepłukiwanie kanałów nosowo-łzowych, jeżeli są niedrożne, sondowanie ich, ewentualnie krwawe, modo Szymański, otwarcie przedniej ściany woreczka z sączkiem, usunięcie woreczka (z następowym trwałym łzawieniem), połączenie nosowej ściany woreczka z jamą nosową celem utrzymania drożności. Wybór sposobu leczenia jest indywidualny.

6. Zapalenie spojówek rzeżączkowe niemowląt jest bezpośrednim następstwem zakażenia spojówek niemowlęcia podczas porodu, lub bezpośrednio po nim, dwóinką Neissera tj. gonokokiem. Jaką wagę ma ta jednostka chorobowa wystarczy nadmienić, że 30% ociemniałych wywodzi się z tych niemowląt, które przeszły infekcję oczu. Z drugiej strony nie ma innej choroby, w której sama tylko troskliwa opieka wykwalifikowanego i odpowiedzialnego personelu pomocniczego odgrywała by tak wielką rolę. Warto też dodać, że im kraj więcej zacofany pod względem higieny, tym więcej wypadków następowej ślepoty. W niektórych krajach ilość dzieci oślepiętych na skutek rzeżączkowego zapalenia spojówek jest równa ilości dzieci oślepiętych po przejściu ospy. Przebieg choroby zależny jest w dużej mierze od odporności organizmu, oraz co najważniejsze od jadowitości zarazka, który, jak wiemy, jest bardzo niewytrzymały i mało żywotny, co powoduje, że wysuszony lub rozcieńczony do 1/100 traci jadowitość.

Inkubacja trwa od 12 godzin do 5 dni. Choroba zjawia się zwykle między 2—3 dniem po

urodzeniu. Jeżeli zapalenie występuje później, to zwykle jest następstwem zakażenia pneumokokami, lub zakażeniem przyniesionym z zewnątrz. Zanim przystąpimy do leczenia, należy zawsze zbadać wydzielinę pod mikroskopem. Prognoza jest zazwyczaj dobra, gdy leczenie jest wczesne, a pomoc wydajna. Należy pamiętać o ważności mechanicznego usuwania wydzieliny przez częste wypłukiwanie worka spojówkowego płynem dezynfekcyjnym (Kalium hypermanganicum, Acid. boricum, Hydrarg. oxycyn. Rivanol itd. w małych stężeniach), oraz o delikatnym obchodzeniu się ze spojówkami i uwadze na rogówkę w czasie łapisowania spojówek. Stężenie Argentum Nitricum nie powinno przekraczać 2%. Personel i otoczenie należy pouczyć o niebezpieczeństwie łatwego zakażenia, groźnego dla dorosłych w stopniu daleko większym, niż dla dzieci. Dla dorosłych choroba ta jest bardzo niebezpieczna i szczęście, gdy da się ograniczyć do jednego oka. Jeżeli taki chory trafi do nas, to należy natychmiast drugie oko zabezpieczyć mu przez nałożenie zwykłego szkła zegarkowego lub specjalnego szkła z otworami na brzegu zewnętrznym celem uniknięcia zapotnięcia szyby. Nie zawsze jednak składa się tak szczęśliwie dla chorego, że sprawa ograniczy się do jednego oka. W wypadku obustronnego zapalenia chory nie może otworzyć oczu, powieki są spuchnięte, grube, zwłaszcza górna, zamknięte. Rzeszę sklejone ropą, która zależnie od okresu choroby leje się po twarzy mniej lub więcej obficie. Obraz to tak typowy, że kto go widział raz z daleka, może postawić rozpoznanie.

W leczeniu należy pamiętać, że pewne osoby nie znoszą azotanu srebra — u tych stosujemy z powodzeniem 10—25% roztwór Argyrolu. Leczenie trwa 3—6 tygodni. Nie żałujemy środków sulfamidowych, które przyspieszają i nlepszą wyleczenie, oraz penicyliny lokalnie i ogólnie (sulfamidy stosujemy też lokalnie z wielkim powodzeniem w formie zasypki). Czas leczenia i przebieg jest dziś przez stosowanie penicyliny i sulfamidów znacznie skrócony. Mimo wszystko wymaga się czujności w leczeniu, gdyż jadowitość zarazka jest bardzo różna i mało zaniedbanie, czasem kilku godzinowe opóźnienie zabiegu i podanie leku, powoduje utworzenie się przepuklinki rogówki z następowym wrośnięciem w nią tęczówki, lub inne powikłania. Należy również przypomnieć, że noworodki powinny być poddane zabiegowi Crede'go w formie zakraplenia 1% Sol. Arg. nitr. z uprzednim i następowym przemyciem worka spojówkowego przez 3% Sol. Ac. borici. i to nie później, jak w 1 godzinę po urodzeniu.

7. Gruźlica i kiła oka. Kiła atakuje wszystkie części oka i pod tym względem jest podobna do gruźlicy. Wrzód pierwotny rzadko może być stwierdzony na spojówce, lub powiece. Obrzęk sąsiadujących gruczołów ułatwia rozpoznanie. Kiła drugorzędna powoduje nieraz zapalenie tęczówki, lub naczyńki. Kiła

trzeciorzędna daje zapalenie rogówki mięszowej, guzy kiłowe oczodołu i jego okostnej. Zmiany zapalne wywołane krętkiem bladym w oponach mózgowych odbijają się na stanie oczu, ponieważ dotknięte bywają w największym stopniu opony miękkie na podstawie mózgu (w okolicy chiasma opticum i pedunculi cerebri). Zaatakowanie kiłą mózgu, lub jego opon, daje następujące obrazy chorobowe, uszeregowane w ciąg odpowiadający liczebności przypadków. Często spotykamy się z tarczą zastoinową, zapaleniem nerwu wzrokowego, zanikiem nerwu wzrokowego, hemianopsją. Trzeba przypomnieć, że objaw sztywności żrenic Agryll — Robertsona jest symptomatyczny w kile trzeciorzędnej (tabes dorsalis, paralysis progressiva).

Z tego przeglądu widać, że lekarz okulista, czy praktyk musi być zawsze czujny i pamiętać o możliwości istnienia tła kiłowego. Leczenie stosujemy oczywiście specyficzne.

W wypadku zaniku, lub zapalenia nerwu wzrokowego nie używamy neosalvarsanu, tylko bismut, względnie jeżeli stosujemy neosalvarsan, to w małych dawkach 0,10—0,15 co 7 dni celem przekonania się, czy nie zachodzi pogorszenie bystrości wzroku. Poza tym stosujemy leczenie lokalne np. w zapaleniu miąższowym (keratitis parenchymatosa luetica) 1/2% atropine w maści lub płynie. Obecnie raczej polecamy krople, gdyż maści robione są tłuszczach niepewnych, oczyszczanych niedostatecznie z kwasu siarkowego i stąd bardzo często spotykamy się z silnymi podrażnieniami.

Gruźlica występuje w najrozmaitszych postaciach i atakuje wszystkie części oka. Objawy są długotrwałe, przebiegają łagodnie i goją się powoli, jako objaw wczesnego zakażenia prowadzi do alergii organizmu. Rzadko spotykamy równocześnie otwartą gruźlicę płuc w przypadku zmian ocznych. Na powiekach występuje jako łupus, który prowadzi do zaciągnięcia, zblizowacięcia i oszpeceń. Zmiany gruźlicze mogą przenikać do woreczka łzowego. Gruźlicę spojówki spotykamy w formie owrzodzeń trudno gojących się w twarde blizny. W wypadku przerostów mówimy o gruźlicy brodawkowej. Postać prosówkowa spotykamy rzadko. Gruźlicze zapalenie tęczówki może wystąpić w postaci wysiękowej lub guzkowej. Zmiany w rogówce objawiają się jako zapalenie miąższowe, co stanowi analogię do kiłowego zapalenia rogówki.

Częste są wypadki zapalenia naczyńówki, nie dają jednak objawów symptomatycznych dla gruźlicy i często tło to przyjmujemy hypotetycznie. Nerw wzrokowy i siatkówka mogą być również dotknięte. Na tarczy nerwu wzrokowego lub koło niej możemy spostrzeć gruzelki. W siatkówce gruźlica dotyka naczyń, powodując krwotoki do ciała szklatego. Leczenie tych wszystkich schorzeń oniera się na leczeniu ogólnym, klimatycznym. Miejscowe ogranicza się do leczenia środkami stosowanymi w innych schorzeniach ocznych (atropina, dionina, scopolanina).

W tym rozdziale trzeba wspomnieć o **zapaleniach żółzowych spojówki i rogówki**. Te choroby są u nas bardzo częste, zwłaszcza u dzieci. Warto zauważyć, że spotyka się więcej przypadków żółzowych schorzeń oczu, aniżeli przypadków krzywicy. Podczas I wojny światowej stosunek ten był odwrotny.

Dzieci o gliniastym ciele, pastowatych nacieklých twarzach zapadają często na uporczywe zapalenie pryszczkowe spojówek i rogówek (flyktaeny). Spotyka się pryszczki duże, lub liczne drobne miliarne, zwykle naokoło rogówki, nieraz na obu oczach. W wypadku ogólnego wyczerpania lub wyniszczenia przekraczają rogówkę, przechodząc na nią w formie nacieków i wrzodów. Dołącza się często mokry wyprysk brzegów powiek i okolicznej skóry, a głowa pokrywa się jednolitą skorupą wysięku, który zjawia się też w nosie. Gruczoły okoliczne są zawsze powiększone, zwłaszcza podszczękowe. Nieraz przedstawia to wszystko obraz pozornie rozpaczliwy. Na szczęście choroba jest wdzięczna do leczenia. Trzeba dziecko wyrwać z atmosfery apatii, przesadów, brudu i poddać je rygorowi szpitalnemu. Ciepła kąpiel, przewietrzanie pokoju, ciemne okulary, naświetlanie lampą kwarcową, zmieniają samopoczucie chorego. Strupy rozmięczamy tranem lub oliwą przez owiązanie głowy na noc. Zmiany w skórze osuszamy 10% roztworem Argenti nitrici, poza tym pudrujemy pudrem. Zinci oxyd., Amyli tritici aa 25,0. Stosujemy naświetlanie lampą kwarcową całego ciała, dietę bezsolną, podawanie tranu, zespólów witaminowych, wapna dożylnie, a w lecie słone kąpiele (sól ciechocińska, inowrocławska lub inna nawet zwykła w proporcji ¼ kg na każde 20 ltr. wody). Leczenie poprawia doskonale stan dziecka. Uporczywe przypadki należy poddać szczegółowemu badaniu, celem wykrycia przyczyn przedłużania się choroby. Trzeba przypomnieć przy tej okazji, że w dziesiętszych warunkach wobec braku mydła i odzieży, **zawszenie młodzień** jest miejscami zatrważające. Proszek D. D. T. nie dochodzi w dostatecznej ilości. To jest zagadnienie szersze. Nam chodzi o stan, który cechuje się obecnością wszy na rzesach. Wszy i ich jajka trzymają się rzes, dając wszawicę rzes; leczymy ją skutecznie przy pomocy wcierania w brzegi powiek 2% maści rteciowej żółtej lub szarej przed spaniem tak długo, aż pasożyty znikną.

8. Schorzenia i wady wrodzone. Mówiąc o chorobach wrodzonych, mamy na myśli te stany, które przekazywane są przez rodziców na dzieci bez widocznej jawnej przyczyny, jaką np. jest kiła płodu. Te stany, lub schorzenia mogą nie ujawnić się u rodziców, mogą przeskakiwać pokolenia, a potem ujawnić się w którymś pokoleniu. Zjawisko to zależy od genów, które wiążą się w kompleksy utajone, lub ujawniające się. Biologia nie umie jeszcze odpowiedzieć na ważne pytania dotyczące tej sprawy — obserwuje jednak pewne zjawiska, np. pokrewieństwo rodziców, które prowadzi u dzieci do skumulowania się

niekorzystnych cech fizycznych, lub psychicznych. Poczyniono ważne obserwacje, a mianowicie, że pewne choroby, pewne stany mogą przenosić się na pokolenie męskie, mimo że cecha ujemna przenoszona jest przez kobiety, które same tej chorobie nie podlegają. Tu widzimy zjawisko sprzężenia cech z genami płci.

Chorobą oczną dziedziczącą się jest **zwyrodnienie barwikowe siatkówki**. Mężczyźni częściej zapadają na nie, leczenie jest bezskuteczne, przyczyna jej tkwi najprawdopodobniej w zużyciu i niższej wartościowości tkanek nerwowej w siatkówce. **Wrodzona kurza ślepota** też dotyczy częściej mężczyzn, a leczenie jest bezskuteczne.

Rodzinny niedorozwój ze ślepotą jest stanem wrodzonym, ciężkim, z prognozą beznadziejności. Na szczęście choroba ta jest bardzo rzadka. **Buphtalmus (wołooce)** i jaskra były obserwowane przez kilka pokoleń w tej samej rodzinie. **Daltonizm i zupełny brak poczucia barw** bywa sprawą wrodzoną. Dotyczy 10-krotnie razy więcej mężczyzn, niż kobiet. Dziedziczenie skłonności do zaćmy jest obserwowane przez wiele pokoleń w jednej rodzinie. Ponadto dziedziczą się często następujące stany: **oczopląs, zęzy, porażenia, niedorozwoje mięśni ocznych, opadnięcie powiek, fałd mongolski, białactwo (albinismus), nieźborność, wady refrakcji, niedowidzenie wrodzone, microphthalmus, niebieskie twardówki**. Profilaktykę stosuje się w przychodniach eugenicznych.

9. Urazy i zatrucia. Urazy oczu są bardzo częste i tysiące ich kończy się szczęśliwie, pewna jednak liczba kończy się mniej lub więcej tragicznie przez znaczny ubytek wystrości wzroku, lub przez oślepienie. Stwierdzono na drodze statystycznej, że pewne kategorie osób są szczególnie narażone na urazy cka. I tak statystyka Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w rubryce porównawczej z takimi samymi grupami w różnych państwach świata wykazuje, że: na 100% wypadków urazów oczu wypada 23,9% u górników, 18,8% u pracowników rolnych, 10,5% w przemyśle budowlanym, 10,4% w fabrykach maszyn, 5,4% w hutach metalowych, i tak dalej dochodzimy, rzecz dziwna, do grupy kamieniołomów, która wykazuje 2,9%, i znowu dalej coraz niższy procent wykazują fabryki chemiczne, komunikacja, odlewnie żelaza, fabryki gwoździ, broni, kuźnie, walcownie, cementownie, elektrownie, wapienniki, koksownie, wreszcie przemysł kinematograficzny 0,2%. Wymieniony procent oznacza ilość przypadków urazów oczu w stosunku do ogólnej ilości odszkodowanych urazów w Polsce (dane Instytutu Społeczno, **Z. Puławski**, 1930 r.). Całość wypadków ocznych, jeżeli chodzi o ilość ich, można podzielić na 4 grupy. **Pierwsza grupa**, wielka ilość wypadków: (kopalnie węgla, przemysł metalowy, gospod. rolne, przemysł budowlany). **Druga grupa**, ilość średnia: (gospod. leśne, przemysł chemiczny, drzewny, kamieniołomy, mineralny,

spożywczy, komunikacja). **Grupa trzecia i czwarta:** ilość wypadków mała.

Zabezpieczenie od urazów w przemyśle zaczyna się od zapewnienia dostatecznej przestrzeni, odpowiedniej dla danego rodzaju pracy. Maszyny muszą być bezpiecznie umieszczone i rozstawione. Czystość powietrza jest ważna dla ochrony oczu. Wyziewy produktów drażnią oczy, zmuszają do stałego ich pocierania, a stąd blisko już do podrażnień i chorób (przemysł chemiczny). Oświetlenie maszyn lub miejsca pracy ma być optymalne. Jest to ważny szczegół dla bezpieczeństwa pracy i higieny wzroku. Natryski, umywalnie, kąpiele należą do niezbędnych urządzeń higienicznych. Pracownik winien móc w każdej chwili, gdy tego zajdzie potrzeba, umyć ręce, lub twarz. Maszyny obrotowe, toczące, dające odłamki, winny być osłonięte ochronami np. ze szkła, celofanu, siatki drucianej lub osłonami z blachy, drzewa. Są one wygodniejsze, aniżeli używanie okularów ochronnych, które mają swe dobre i złe strony. Okulary muszą być użyte tam, gdzie niebezpieczeństwo zagraża wzrokowi. Gdy dołącza się pył szkolidły, potrzebna jest osłona ust, nosa. Gdy działają pozafiołkowe promienie, dochodzi zasłona na całą twarz. Gdy pary, lub gazy atakują drogi oddechowe, potrzebne są maski gazowe.

Od odprysków chronią:

1. **okulary ochronne** typu cięższego z wentylacją boczną o grubości szkła 2,5 mm. Wytrzymują one uderzenie kuli 16 g żelaznej przy upadku z 50 cm. Okulary z gęstą siatką działają dobrze, a są tańsze.

2. **Okulary ochronne**, typ lżejszy, o grubości szkła 1 mm wytrzymują upadek kuli żelaznej 16 g z 25 cm. Od drobnego pyłu chroni

3. **skafander** z wszytymi okularami podwójnymi lub

4. **hełm** przewiewny dla ochrony od działania cieczy gorących, z fibry wulkanizowanej; szkła są grubości 2 mm.

5. Przeciw gazom (parom) — **okulary szczelne**.

6. **Okulary chroniące przeciw szkodliwym promieniowaniom** (spawacze) z bocznymi osłonami przydymione.

7. Dla zabezpieczenia przeciwko promieniom silnie szkodliwym dla oczu i skóry stosuje się **hełmy z szybkami** lub lekkie maski. (Szczegółowo interesujące poszczególne zawody znaleźć można w książce **Z. Puławski**, Technika Ochrony Oczu, Warszawa 1937, I. S. P.).

8. Zabezpieczenie od promieniowania szkodliwego jest potrzebne wtedy, gdy ilość światła, lub jego specyficzne cechy zagrażają oku.

Szkła ochronne przepuszczają całą wiązkę barwy, jaką same posiadają. Np. szkło czerwone przepuszcza całą wiązkę promieni czerwonych, inne natomiast przechodzą, jako promienie ciemniejsze lub zmienione, gdyż zostały częściowo pochłonięte. Stąd wynika, że np. szkło niebieskie chroni przed promieniowaniem żółtym i czerwonym, zielone przed

czerwonym i pomarańczowym. Ale sprawa komplikuje się, gdy chcemy określić absorpcję części niewidzialnej widna. Tu zależnie od rodzaju barwy szkła zatrzymującego, która utrzymujemy przez dodanie tlenków metali i ich soli, otrzymuje się pewnego rodzaju receptę — profil lub wykres dla danego gatunku szkła, który mówi nam, które promienie i w jakim stopniu dane szkło absorbuje, a które przepuszcza.

To co powiedzieliśmy, należy uzupełnić faktem, że wszystkie szkła, np. czerwone będą jednak mniej lub więcej przepuszczały wiązkę promieni czerwonych, ale mogą zupełnie odmiennie zachowywać się, jeżeli chodzi o przepuszczalność w skrajnych częściach widna, zależnie od tego, czy do wytworzenia czerwieni szkła użyto mieszaniny niklu, czy innego metalu, lub jego tlenku dającego czerwoną barwę.

Tak np. **Vogel, Buclers** stwierdzili, że najgroźniejsze dla oka są promienie podczerwone. Przy granicy widzialnej widna, które przenikają oko na wylot i są szkodliwe dla wszystkich napotkanych części oka do siatkówki włącznie. One wywołują zamię soczewki (hutnicy). Ochroną od tych promieni są szkła niebieskawo-zielonawe, zawierające tlenek żelazowy.

Jeżeli chodzi o promieniowanie pozafioletowe, to nie przenika ono oka głęboko i nie sięga poza rogówkę, która zatrzymuje wiązkę bardzo krótkich promieni pozafioletowych, jako najbardziej szkodliwych. Szkła zawierające tlenek chromu o barwie żółto-zielonej pochłaniają większość promieni pozafioletowych. Oślnienie jest spowodowane prawdopodobnie promieniami widzialnymi. Tak więc od szkła ochronnych żądamy, by chroniły przed szkodliwymi skutkami wszystkich rodzajów promieniowania, a tak zwane szkła uniwersalne są z domieszką żelaza i chromu o barwie szarej. Gdy spawacze używają łuku elektrycznego, winni używać szkła z domieszką chromu. Nauka dąży do normalizacji typów okularów ochronnych.

W decydowaniu o rodzaju pomocy udzielonej poszkodowanemu, należy zwrócić uwagę na następujące kapitalne zjawiska: 1. **Czy gałka oczna jest uszkodzona?** 2. **Czy ciało obce jest zewnątrz gałki?** 3. **Czy jest podejrzenie na ciało obce wewnątrz gałki?** W zależności od odpowiedzi na te pytania udzielamy właściwej pomocy. Jeżeli gałka oczna jest wyraźnie zraniona, rogówka przebita, tęczęwka wypada, należy założyć opatrunek i wysłać czym prędzej chorego do szpitala ocznego. Nie należy stosować żadnych maści do oka, które okuliście potem przeszkadzają w dalszych czynnościach. Jeżeli ciało obce jest widoczne na zewnątrz gałki, lub w worku spojówkowym, można i należy je delikatnie wydobyc watką nawiniętą na sondę oczną, lub coś podobnego, znieczuliwszy spojówkę 2% roztworem kokainy. Workę spojówkową przeemyć, założyć suchy opatrunek i wysłać chorego do okulisty. Jeżeli ciało obce tkwi w

przedniej komorze, lub w twardówce, lepiej go nie ruszać, zwłaszcza gdy mocno siedzi, lecz przekazać chorego czym prędzej do szpitala. Opatrunek suchy.

Ciało obce tkwiące w rogówce można usunąć igłą używaną do zastrzyków, po znieczuleniu rogówki 2% Sol. Cocaini. Po wyjęciu kropla atropiny, opatrunek suchy.

Oko oparzone kwasem przemycamy 3% Sol. Natrii bicarbonici i zakładamy maść 3% Xeroformową lub Noviformową. Opatrunek przewiewny, atropina. Oko oparzone alkaliami przemycamy 3% Sol. Acid. borici i podobnie, jak wyżej.

Oko porażone promieniami pozafioletkowymi (spawacz) zakraplamy 2% Sol. Cocainy, dajemy ciemne okulary. W zasadzie każdy wypadek oczny winien dotrzeć jak najszybciej do okulisty, lub oddziału ocznego, gdyż specjalnie w tych wypadkach szybka pomoc może wiele zdziałać i uratować.

Zatrucia

Ostatnio spotykamy się z wielką ilością ludzi niewidomych powracających z Niemiec, zatrutych **alkoholami skażonymi** (metyl i inne). Ci ludzie, przeważnie młodzi, podwyższają naszą liczbę niewidomych, dla nich nie można dużo zrobić, gdyż zanik nerwu wzrokowego tego rodzaju jest niestety nieodwracalny. Należy wiedzieć, że w świeżych przypadkach dobrze działa upust płynu mózgowo-rdzeniowego, oraz wstrzykiwanie dożylne 1—3% roztworu błękitu metylowego. Zatrucie spirytusem metylowym jest ostre. Zatrucie alkoholem etylowym powolne, wyniszczające.

Zatrucie trychinami (*Trichinella spiralis*) wywołuje obrzęk powiek znacznego stopnia, zwięzając sznare powiekowa, lub nawet ją zamykając, co skłania chorego do odwiedzenia okulisty, mimo że bystrość widzenia nie jest upośledzona. Okulista jednak może na podstawie tych objawów i zwiastujących się bólów w całym ciele postawić właściwe rozpoznanie. Leczenie ogólne. **Paratyfisy** oraz **jad bacilli botulini** dają objawy zatrucia podobne do zatrucia atropiną: suchość w gardle i skórv, brak ślinv, porażenie połknięcia, zamroczenie, zaczerwienienie skórv, porażenie akomodacji, opadnięcie powiek, onftalmoplegia ext. et interna. Należy namietać, że ani gotowanie, ani wedzenie, ani nieczenie nie niszczy zarazki, ani jego jądów.

O zatruciu nikotyną wspomnieć należy raczej mimochodem, gdyż w praktyce jest to rzadkie schorzenie. Rozwój choroby jest raczej wolny. Subiektywnie stwierdzamy przerwę środkową w polu widzenia, trudność lub niemożność rozpoznań barwy zielonej i czerwonej. Obiektywnie stwierdzamy zblednięcie skroniowej części tarczy nerwu wzrokowego. Poprawę uzyskujemy przez odstawienie napiersów i cygar.

Zatrucie arsenem występuje u malarzy, dekoratorów, lakierników, tapetarzy. Znanie są postaci ostre, lub chroniczne. Odciągnięcie

wody stanowi mechanizm zatrucia, dlatego obraz przypomina cholerę. Z objawów ocznych spotykamy się z zapaleniem spojówek i nerwów wzrokowych w odcinku pozagałkowym.

Zatrucie ołowiem cechuje się typowym szarym rąbkciem na dżiasłach, eozynofilią krwi, kolką ołowiczą (silne bóle brzucha), przykurczem przedramion z powodu porażenia mni. prostujących przedramienia, zamroczeniem, osłabieniem bystrości wzroku rozmaitego stopnia.

Siatkówka i nerw wzrokowy ulega zapaleniu, czasem zanikowi zawsze w obu oczach. Nerw odwodzący oko ulega porażeniu. Leczenie polega na zmianie miejsca pracy, diecie mlecznej, zastrzykach preparatów wątrobowych, poza tym leczenie oczne, jak zwykle.

Istnieją w Polsce fabryki **dwusiarczku węgla**. Środek ten jest wysoce trujący. Używa się go w produkcji opon samochodowych, wyrobów gumowych, sztucznego włókna, sztucznych mas plastycznych. Poraża on system nerwowy, oraz działa hemolizująco. Jak-

kolwiek nie prowadzi do ślepoty, to jednak wchłaniając się bardzo łatwo, wywołuje często przemijające zapalenia nerwu wzrokowego pozagałkowego, jak po zatruciu nikotyną.

Wszystkie wymienione choroby pojedynczo nie stanowią może zagadnienia, razem jednak zesumowane dają obraz zagadnienia, które społeczeństwo i władze muszą rozwiązać w dwóch aspektach: profilaktycznym przez uprzystępnienie pomocy specjalistycznej, lekarskiej, higienę pracy, uświadomienie oraz przez lecznictwo.

Ponadto należy zorganizować akcję szkolenia i pomocy słabo widzącym i niewidomym celem włączenia ich w procesy twórcze gospodarstwa. Ministerstwo Zdrowia w Polsce idzie po tej drodze przez stworzenie Departamentu Medycyny Społecznej Oddziału Jaglicy i Okulistyki Społecznej.

Zasady udzielania pierwszej pomocy w wypadkach urazów, oparzeń itp. ukażą się w formie oddzielnej broszury, przeznaczonej dla lekarzy praktyków i personelu pomocniczego.

Jaglica i metody jej leczenia

(w naświetleniu XV Międzynarodowego Zjazdu Okulistycznego w Kairze)

Podał

dr Franciszek Naróg, Opole

Jaglica, zaraźliwa choroba oczu, znana jest powszechnie pod nazwą egipskiego zapalenia oczu, albowiem Egipt jest jej pierwotną ojczyzną. Interesujące było poznanie jaglicy w jej ojczyźnie, co nam umożliwił XV Międzynarodowy Zjazd Okulistyczny w Kairze w r. 1937. Poznanie warunków klimatycznych na miejscu pozwoliło zrozumieć, dlaczego Egipt jest kolebką trachomy. W Egipcie pora deszczowa trwa tylko miesiąc, a przez resztę czasu wiatr dmie piaskiem w oczy i po pięciu minutach pokrywa ubranie pyłem. Widzi się przechodniów stojących i palcami wycierających oczy. Muchy masowo wśród upałów siadają na twarz. Widzi się małe dzieci z wydzieliną na twarzy, obsiadłe rojem much. Dzieci nie reagują na to i much nie spędzają. Za to my, jako przybysze, uzbroiliśmy się w miotełki z rękojeściami ozdobnymi koralami dla odpędzania much i otrzepywania z ubrań prochu. Miotełki te masowo są do nabycia na ulicach. Drugim warunkiem, sprzyjającym rozwojowi jaglicy, są stosunki społeczne. Z jednej strony olbrzymia nędza powszechna, co krok spotyka się dzieci i starców wyciągających ręce z prośbą o jałmużnę. Poza olbrzymią nędzą rolniczej ludności — Fellachów — widzi się olbrzymi przepych bazarów i bogactwo uprzywilejowanych z drugiej strony. Ma się wrażenie, że weszło się do średniowiecza, do stosunków feudalnych. Egipt to kraj skrajnych sprzeczności — nędzy i bogactwa, to gra światła i cieni. Jak długo nie zmieniają się stosunki

społeczne, tak długo nie zwalczy się ślepoty. Olbrzymie wrażenie robi na przybyszach kółko kilkunastu ślepych dziewczynek lub chłopców na ulicach Kairo, trzymających się za ręce, prowadzonych przez jednookiego. Tubylcza ludność na brzegach Nilu, trudniąca się rolnictwem od tysięcy lat, pomimo zmian historycznych, pozostała ta sama. Fellahowie żyją w nędznych lepiankach, nierzadko razem ze swoim domowym dobytkiem, orzą ziemię tym samym pługiem i nawadniają ją ze studni za pomocą kieratu, obracanego przez krowe lub wielbłąda. Tak było tysiące lat temu — i tak jest dziś. Nic się nie zmieniło. Te same lepianki z mułu nilowego, kryte łodygami z trzciny cukrowej, niskie, z małymi otworami w ścianach, zamiast okien. Widzi się tutaj tę siłę wiecznego trwania wody Nilu i tych samych mieszkańców wybrzeży, którzy zdają się przeczyć wiekowi postępu i mechanizacji. Ta przepaść między dobrobytem części narodu egipskiego, a nędzą reszty narodu, tłumaczy nam, dlaczego egipskie schorzenie oczu mimo wysiłków lekarzy i powiększającej się liczby szpitali pozostaje zawsze chorobą dominującą w Egipcie.

Trzeba bowiem przyznać, że zorganizowano tu walkę przeciw jaglicy na olbrzymią skalę. Rozwój szpitalnictwa okulistycznego datuje się od r. 1902, kiedy to na sekcji okulistycznej Ogólnego Międzynarodowego Zjazdu w Kairze założono Towarzystwo Okulistyczne. W r. 1903 finansista angielski, sir Ernest Cassel, wzruszony zastraszającym stanem ślepoty

w Egipcie, ofiarował 40 000 funtów angielskich na cele walki z jaglicą. Wielkie zasługi dla rozwoju szpitalnictwa położył Mac Callan, okulista angielski, który w r. 1924 pozostawił po sobie 20 szpitali stałych i 5 ambulatoryjnych, za co w r. 1931 w dowód wdzięczności wystawiono mu popiersie z brązu w ogrodzie Instytutu. Dzięki subwencji ministra zdrowia, skarbu i publicznej subskrypcji ilość szpitali wzrosła w r. 1937 do 111. Według spisu umieszczonego w przewodniku zjazdowym, ilość lekarzy okulistów, zajętych w szpitalach ocznych w Egipcie, wynosi 176.

Dzięki walce stale postępuje poprawa. I tak na 1000 mieszkańców było w r. 1907 ślepych na jedno oko 32, na oba oczy 13. W roku 1927 ślepych na jedno oko — 19, na oba oczy — 8. Ogólne zestawienie z r. 1937 wykazuje na 14,000.00 mieszkańców ślepych na jedno oko — 272,500, na oba oczy — 100,000.

Najważniejszymi przyczynami ślepoty w Egipcie jest jaglica i ostre zapalenie nieżyłowe spojówek. Jaglicy ulega powyżej 92% ludności tubylczej. Upośledzenie wzroku powstaje wskutek plam i blizn rogówkowych. Klimat wpływa na to, że spojówki są podatne na wtargnięcie zarazków, wywołujących oftalmię. Ważną rolę odgrywa gonokok, który przez ręce lub muchy przenosi się z oka do oka i powoduje znaczny odsetek ślepoty.

Posiedzenie Międzynarodowej Organizacji Walki z Jaglicą zagaił Mac Callan, angielski prezes Międzynarodowego Towarzystwa profilaktyki ślepoty — prezes francuski dr. Bailard, który jest prezesem stałego pisma: „La Internationale Revue du Trachome”. Mac Callan podał zarys historyczny walki z jaglicą i podniósł, że Egipt jeszcze w r. 1903 dał inicjatywę do zorganizowania na całym świecie walki z jaglicą. Stale odbywają się tam posiedzenia Komitetu Międzynarodowego. Przedstawił też historię odkryć bakteriologicznych i zwrócił uwagę na nowe badania, dotyczące zarazków z grupy *Rickettsii*.

Z wygłoszonych referatów na sekcji przeciwigagliczej:*)

Oguchi z Japonii mówił o szczepieniu materiałem jagliczym. **Shinkin** z Haify podał sposób operacyjny dla leczenia kurczowego podwinięcia powieki górnej. **Busacca** z Brazylii podał nowe poglądy na patologię jaglicy, w szczególności dotyczące istoty łuszczeniowej.

Pascheff z Sofii podał cenne spostrzeżenia, dotyczące transplantacji Deniga i powstawania ziaren w przeszczepionej śluzówce.

Michail z Clui położył główny nacisk na badania biomikroskopowe w przypadkach jaglicy. **Gruiter** z Marburga podał znaczenie etiologiczne mikrostruktury komórki przybłonkowej. **Sobhy** z Cairo podał leczenie jaglicy mechaniczne z uwzględnieniem w leczeniu

chemicznym de Huile de Chaulmogra, Quinine alcaloide i sulfate de Cuivre 0,05, Cocaine 0,05, Lanoline 10,0.

W czasie i po wojnach napoleońskich jaglica rozpowszechniła się po całym świecie.

Na pytanie, czym się różni jaglica nasza od jaglicy w Egipcie, należy podnieść, że zasadnicza różnica jest w nasileniu i powikłaniach. Tam wskutek warunków klimatycznych jest po pierwsze o wiele większa możliwość infekcji przez muchy, ciągłe drażnienie spojówki pyłem, wspólne mycie się muzułmanów w zbiornikach przed świątyniami, po wtóre gwałtowny przebieg jaglicy, częstość komplikacji z innymi bakteriami, zwłaszcza gonokokami, a wreszcie apatia i ciemnota miejscowej ludności. Jak długo ludność Egiptu nie pozna się z zasadami higieny, jak długo jej byt materialny nie zostanie unormowany na drodze socjalnego zrównania, tak długo nie wytepi się jaglicy. Cóż pomogą wspaniałe i liczne szpitale z wielką ilością lekarzy, jeżeli chory, nawet podleczone, wraca do tego samego źródła zakażenia i do tych samych warunków bytowania!

A trzeba przyznać, że szpitale są wspaniałe i wspaniałe urządzone. Programowo zwiedziliśmy 6 szpitali. Szpital z 15 lekarzami i laboratorium okulistyczne z 6 okulistami w Guizeli, szpital Kasr-Aini z 8 lekarzami, który jest równocześnie kliniką okulistyczną uniwersytetu z profesorem dr Abdul Hamid Soliman Pacha na czele, oddział oczny w szpitalu Fuada 1, szpital ambulatoryjny oczny nr 1. na cytadeli, szpital oczny Kalawoum z 6 lekarzami i szpital Rod-El-Farag z 18 okulistami. Każdy z tych szpitali ma 100—200 łóżek dla chorych na oczy. Dzięki programowemu zwiedzaniu szpitali, zapoznaliśmy się z rozwojem szpitalnictwa okulistycznego i z postęпами na polu walki z jaglicą i ślepotą w kraju, który jeszcze z końcem ubiegłego stulecia przedstawiał pod tym względem opłakane stosunki.

Chyba w żadnej z chorób nie wypróbowano i nie stosowano tylu środków, co w jaglicy. Jest to całkiem naturalne, że jak długo nie zna się zarazka choroby, tak długo nie może być mowy o specyficznym leczeniu i o ujednostajnieniu leczenia. Cały szereg środków nowych, modnych, po okresie entuzjizmu przeszedł z czasem w zapomnienie i wracano znowu do środków starych i wypróbowanych. To samo ma się z wykryciem zarazka chorobotwórczego jaglicy. Od kokków Sattlera, kropek i prątków Kocha, mikrosporonów Noiszweskiego, ciałek Provaczka, aż po *Rickettsia Halberstaedter-Provazeka* i przesączek spojówki — to entuzjazmy szeregu artykułów nad wykryciem zarazka jaglicy, który po bliższych badaniach okazał się nierealny.

Jak prawie w całej medycynie i prawie w dziedzinie wszystkich chorób, tak samo i w okulistyce przyszedł okres na sulfamidy. Ukazało się setki rozpraw, sprzecznych w wyni-

*) Dokładne sprawozdanie ze Zjazdu podał: prof. Melanowski w Klinice ocznej Z. 1, 1938 r. i prof. Reis w Pol. Gaz. Lek.

kach leczniczych jaglicy sulfamidami. Ścierają się tu poglądy od nadzwyczajnych wyników leczniczych zastosowaniu sulfamidów w skali zstępującej aż do zerowych. W okulistyce zaczęto stosować sulfamidy w r. 1935. Od tego czasu prawie wszystkie kliniki i szpitale zapoływały mniej, lub więcej pomyślnie wyniki po zastosowaniu najrozmaitszych preparatów sulfamidowych, jak albucid, streptocid, eleudron, eubazin, cibazol, protosil, salosept, Be 1034, Elektyl-uliron, sulfapyridin itp.

Z tych wszystkich preparatów zdobył sobie pierwsze miejsce bezprzecznie albucid dzięki brakowi toksyczności. Według większości autorów sulfamidy działały wstrząsowo po dużych dawkach i mają wpływ na znikanie objawów zapalnych, jak wydzielina, światłowstręt, przekrwienie i rozpułchnienie spojówek. W drugiej linii okazały się bardzo skuteczne w łuszcze jagliczej na rogówce, naciekach i wrzodach rogówkowych. (Lauber, Lindner, Botteri, Lorenz, Rohrschneider, Rafałowicz, i wielu innych) Nie mogą natomiast zniszczyć samych ziaren jagliczych na spojówkach powiek. O ile te cofają się, to bardzo powoli.

Nasz materiał chorych jaglicznych*) obejmuje około 200 przypadków. Jeszcze więcej przypadków było z epidemicznym ropnym nieżytem spojówek. Epidemiczny nieżyt spojówek pojawił się nagminnie w czasie wojny w stopniu o wiele większym, niż opisywany wojenny nieżyt spojówek i rogówek (keratoconjunctivitis) z numizmatycznymi okrągłymi naciekami na rogówkach. Zapalenie to Niemcy nazwali „polnische Krankheit“ całkiem niesłusznie, albowiem przyszło do nas dopiero z Niemcami, jak mogłem się przekonać o tym. Nagminnemu nieżytem spojówek ocznych podlegały całe rodziny. Schorzenia tego nie spotykałem nagminnie przed wojną, dopiero w czasie jej trwania. Charakteryzuje się uczuciem ciała obcego pod górną powieką, bardzo znacznym obrzękiem powiek, rozpułchnieniem spojówek powiekowych i gałki ocznej i znaczną wydzieliną ropną. Powstaje zazwyczaj na jednym oku, ale po tygodniu przenosi się na drugie. Spojówka powiek staje się nierówna, często z foliularną hipertrofią.

W niektórych przypadkach dochodziło do obrzęku gruczołów przyusznych, jak w tularaemii Jessa, zarazie, przenoszonej, na czołwieka z zająca, lub z innych zwierząt. Objawy zapalne były bardzo zbliżone z wyjątkiem braku ognisk nekrotycznych i zmian na rogówkach.

Przypadki te bardzo przypominają morbus Perinaudi. Zapalenie to trwa ze zmniejszającymi się stopniowo objawami zapalnymi 3—4 tygodnie. Epidemię tę sam przeszedłem w czasie leczenia około 7 przypadków dziennie. Obfita wydzielina i dotkliwy ból dawały się we znaki nawet w nocy. Właśnie w epi-

demicznym ropnym nieżycie spojówek, w którym kilkakrotnie przeprowadzone badania bakteriologiczne wypadły ujemnie, okazał się zbawienny albucid. Miejscowo stosowałem stale *argentum nitricum* 1%. Zapalenie od razu się tak boleśnie i dotkliwie, że ławis 1% sprawia ulgę, gdyż ustępuje zawadzanie i uczucie ciała obcego w oku. Po trzech dniach podawania albucidu po 6—8 tabletek 3 razy dziennie zmniejsza się wybitnie obrzęk i wydzielina ropna. Zaskoczony nagminnym wystąpieniem tego schorzenia, nazwałem je „conjunctivitis catarrhalis purulenta epidemica“, chociaż spotykałem się z rozpoznaniem jaglicy przez kolegów w tych przypadkach. Jaglica nie może być, gdyż przebiega nadzwyczaj gwałtownie, z silnymi obrzękami powiek, dużym rozpułchnieniem spojówek powiek i gałki, obfita wydzielina, a schodzi bez blizn. Lampą szczelinową i wziernikiem elektrycznym Komberga przy soczewce +20 D nie stwierdza się w tych przypadkach łuczki jagliczej. W przypadkach bowiem wątpliwych w diagnostyce różniczkowej nieocenione usługi oddaje nam elektryczny wziernik Komberga lub *Oculus-Universal-Ophthalmoscop* z lupą +13 D do +16 D, lub +23 D do +26 D, który w oświetleniu z bliska, w obrazie wprost, pozwala nam niezawodnie rozpoznać: „*Pannus trachomatosis tenuis*“ na górnym rąbku rogówkowym. W tych to właśnie przypadkach stosowałem z powodzeniem albucid — 6—8 tabletek dziennie 3—4 razy w dzień przez 3—5 dni, następnie 5 dni paazy. W razie potrzeby stosowałem drugą serię. Zazwyczaj 2 serie leczenia wystarczały, wyjątkowo trzeba było zastosować trzecią.

Podobnej metody używałem w przypadkach jaglicy. Przez 7 dni podawałem 3—4 razy dziennie po 2 tabletki albucid, lub z braku jego — streptocid rubrum lub album, po czym, 7 dni paazy. W świeżych przypadkach znikają po 2—3 seriach objawy zapalne, jednak foliularna i papilarna hipertrofia spojówki pozostawały najczęściej mało zmienione.

Na 100 przypadków leczonych, 20 było w pierwszym okresie jaglicy. Te przypadki wyleczyły się w przeciągu 2—3 tygodni. Dzięki albucidowi lub streptocidowi znikają po tygodniu objawy zapalne. Ziarna, które pozostały zmniejszone, były bardzo podatne na chemiczne i mechaniczne leczenie. Dzięki zatem sulfamidom nastąpiło bardzo znaczne skrócenie czasu leczenia.

30 przypadków w drugim stadium jaglicy wymagało już okresu leczenia około 2 miesięcy. W każdym razie, dzięki sulfamidom zyskało się również znaczne skrócenie czasu leczenia. Przypadki dawniej odporne na leczenie chemiczne i mechaniczne, przy pomocy sulfamidów szybko się poprawiały, ustępowały szybko nacieki i zgrubienia. Spojówki pokrywały się stosunkowo niegrubymi bliznami.

W 40 przypadkach trzeciego stopnia jaglicy, dało się zauważyć efektowne oczyszczanie się rogówki, szybkie znikanie łuszczy i ustępo-

*) Centralna Poliklinika Kolejowa i Szpital Kolejowy, Lwów — do r. 1944.

wanie wrzodów jagliczych. Dawniej leczono wrzody rogówkowe tygodniami i miesiącami bez widocznej poprawy, po zastosowaniu sulfamidów ustępowały w przeciągu 1—2 tygodni.

W 10 przypadkach czwartego okresu jaglicy z degeneracjami rogówkowymi, sulfamidy nie wywierały prawie żadnego wpływu. Zauważało się zaledwie zmniejszenie objawów zapalnych, w niektórych przypadkach nieznaczne wyjaśnienie rogówki.

Prócz ogólnego stosowania albucidu lub streptocidu białego po dwie tabletki 3—4 razy dziennie przez 7 dni z następnymi 7-dniowymi pauzami w jednej lub kilku seriach, często wkraplałem 10—15% streptocidu do worka spojówkowego, lub dawałem 10—15% masę streptocidową białą. W folikularnej i papilarnej hipertrofii spojówki, często trzeba było stosować *argentum nitricum* 1%, *cuprum sulfuricum cristalisatum* lub *aluminium cristalisatum*, do szlifowania spojówki. W przypadkach głębokich nacieków z łuszczką trzeba było masować pałeczką, lub wyciskać ziarna z załameków. W czasie wyciskania palcami kciuk prawej ręki przychodzi pod załamek, a bokiem opuszki lewego kciuka naciska się spojówkę tarczki i w ten sposób wyciska się ziarna. Po wyciśnięciu dobre wyniki daje wkraplanie do worka spojówkowego lub włożenie pałeczką szklaną *oleum Chaulmograe*. W niektórych przypadkach po zabiegach mechanicznych stosowałem według sposobu lekarza z Cairo Samanna chininę według recepty:

Chinini hydrochlor.	20,0
Aq. destil.	30,0
Lanolin anhydr.	60,0
Ol. Oliv.	ad 240,0

W innych przypadkach dawałem miejscowo masę albucidovan lub streptocidovan 10—15%. W przypadkach głębokich nacieków spojówki powiekowej używałem często zielonki (Brilliantgrün), pocierając pałeczką szklaną, zmieszaną w roztworze zielonki, spojówki powiek. Metoda szeroko stosowana w Związku Radz. Na zmianę zamiast zielonki w niektórych przypadkach używałem trac jodi. Zielonka ma duże walory lecznicze, gdyż po niej znikają objawy zapalne, ziarna i nacieki.

W kilkunastu przypadkach stosowałem w uporczywej łuszcce Sol. Jacobsoni z dobrym wynikiem.

W 3 uporczywych przypadkach grubej łuszczy i głębokich nacieków rogówkowych, opornych na wszelkie środki, stosowałem z pomyślnym wynikiem domięśniowe zastrzyki preparatu Bizmut-Chinin-Jodat.

Filatow, Cikulenko używali z dobrym wynikiem autohemoterapii w przypadkach „*pannus trachomatosus crassus*“ (1925) r.) Kohan, Lerner, Maslennikow i Ulanickij pisali o nadzwyczajnych efektach po autohemoterapii w świeżym *pannus trachomatosus*, infiltratach i wrzodach rogówkowych.

Kotelnikow stosował w *pannus trachomatosus* podspojówkowe wszczepienie konserwowanej skóry homoplastycznej z dobrym wynikiem.

Artemiew używał w zapaleniach rogówki konserwowanych na zimnie skrawków rogówki do implantacji podspojówkowych.

Radzikowski posługiwał się w „*pannus trachomatosus*“ podspojówkową implantacją katgutów nad górnym załankiem rogówkowym.

Rafałowicz używał z powodzeniem *streptocidum album* w łuszcce jagliczej. Uważa, że *streptocid album* lepiej działa od *rubrum*.

Awguszewicz i Sawickaja używali z bardzo dobrym rezultatem w jaglicy i *pannus trachomatosus* sinku metylenowego 1% w spirytusie, a potem 1% roztworu wodnego. ½% roztwór wodny przepisywali do domu. W 80 % przypadków mieli w ciągu miesiąca piękne wyniki.

Według Postica, sulfamidy działają na naczynia, wywołując, ischaemię, tj. zwężenie naczyń. Spotykane wypadki krótkowzroczności po stosowaniu sulfamidów uważa za przejściowe.

W uporczywych przypadkach jaglicy, opornych na środki chemiczne, najchętniej stosowałem do zniszczenia ziaren, brodawek jagliczych, przerostów i wybujałości na spojówce tarczki i pojedynczych ziaren w załankach diatermokoagulacji. W uporczywej grubej łuszcce z naciekami stosowałem również z bardzo dobrymi wynikami peritomię (*diatermokoagulacja*.) Mianowicie przypalałem prądem 0,4 ampera pojedyncze naczynia wzdłuż rąbka rogówkowego, aż do uzyskania białego pasma, oddzielającego brzeg rogówki od reszty spojówki. W *panus crassus* z naciekami rogówkowymi przypalałem nacieki i podawałem masę pelidolową 2%. Wyleczenie następowało po 2—3 tygodniach. Tym sposobem leczonych przypadków miałem około 50 z b. dobrymi wynikami.

Spostrzeżenia swoje po zastosowaniu sulfamidów, głównie preparatów albucid i *streptocid album*, streszczę w krótkim resumé.

1. Sulfamidy wzmagają odporność organizmu.
2. Skracają okres leczenia jaglicy na 1—3 miesiące i stanowią połowę jej leczenia.
3. Są nieodzownym środkiem pomocniczym. Usuwają stany zapalne spojówek, światłowstręt, wydzielinę, przekrwienie i obrzęk.

4. Leczą infekcje wtórne w przypadkach jaglicy i są b. pomocne w 90% przypadków epidemicznych nieżyłtów ropnych spojówek.

5. Działanie miejscowe w postaci w postaci maści i kropli 10—15% jest słabe.

*) Metodę, wprowadzoną przeze mnie, referowałem na XV Zjeździe Międzynarodowym Oftalmologów w Egipcie w r. 1937 i opisałem w Przeglądzie Trachomatologii (zeszyt 4. 1937 r.).

6. Działają hamująco na rozwój zarazka jaglicy i bardzo są skuteczne w leczeniu łuszczki, nacieków i wrzodów jagliczych. Wyjaśnienie się łuszczki i poprawa ostrości wzroku są w wielu przypadkach uderzające.

7. Po trzech miesiącach do pół roku zauważyłem w przypadkach leczonych nawrót w 10% przypadków.

8. Uważam, że metoda Lindnera podawania 0,03 grama albucidu pro 1 kg wagi dziennie przez 20—30 dni jest mniej odpowiednia. Lepsze jest dawkowanie 2 gramy albucidu dziennie przez 7 dni, następnie 7 dni paury. Unika się przez to przyzwyczajenia i zaburzeń żołądkowych, które występują w niektórych przypadkach.

9. Dobrze wpływają kilkudniowe przerwy w podawaniu jakichkolwiek środków (paury wolne od leczenia).

W kilku wypadkach zastosowana maść penicillinowa dała o wiele lepsze wyniki od maści sulfidynowej.

Z powikłań sporadycznych spotkałem bóle głowy i żołądka z utratą apetytu, wysypkę i krótkowzroczność, które z przerwą w stosowaniu preparatu szybko przemijały.

Dzięki energicznej walce nastąpił spadek częstotliwości jaglicy. We Lwowie było w r. 1898 — 28,54% jaglicy wśród innych schorzeń ocznych, w r. 1903/4 do 1906/7 było 15,7%, w r. 1924 — 8,5%, w r. 1925 — 8,7%, w r. 1926 — 11%.

Zakładach zamkniętych i sierocińcach, jak wynika z mojej pracy p. t. „Organizacja walki

z jaglicą w Polsce” (Polska Gazeta Lekarska nr. 18 1928), było w r. 1925 14,2% jaglicy. W r. 1930 nastąpił spadek na 1,5%, ponieważ przyjmowano do nich dzieci, uprzednio badane przez specjalistów.

W zakończeniu chciałem podnieść, że metody walki z jaglicą udoskonalą się, jeżeli będziemy mieli więcej szpitali przeciwjagliczych. Marzeniem przyszłości było by utworzenie instytutu do badań nad jaglicą. Miejmy nadzieję, że w związku z postępem wiedzy i nauki marzenie to stanie się rzeczywistością.

Ostatnio ukazał się cały szereg prac o świetnych wynikach po stosowaniu w jaglicy penicilliny w kroplach 3 razy dziennie. Z powodu krótkiej trwałości roztworów penicilliny nie mogłem stosować jej ambulatoryjnie przy małym materiale, a ograniczyłem się do otrzymanej maści penicillinowej z Londynu, która wcierana 2 razy dziennie do worka spojówkowego w kilkunastu przypadkach dawała lepsze wyniki, niż leczenie sulfamidami. Jednak w braku penicilliny należy uznać sulfamidy za środek pomocny w leczeniu jaglicy. Lekarz na prowincji i w ambulatoriach, mając małą ilość chorych jagliczych, w połowie, jeżeli nie do 1/4, skróci okres leczenia jaglicy, przez dotychczasowe miejscowe i mechaniczne leczenie dzięki zastosowaniu sulfamidów.

Na tym miejscu wyrażam serdeczne podziękowanie b. Dyr. Wydziału San. Min. Kom. Dr. Borzowskiemu i ś. p. Gliwińskiemu za umożliwienie mi wzięcia udziału w XV międzynarodowym kongresie okulistów w Kairze.

Z Kliniki Okulist. Uniw. M. C. Skłodowskiej Kier. Prof. Dr. M. Jasiński

W sprawie patogenezy keratitis parenchymatosa heredo-luetica

Podał

Dr. med. T. Krwawicz adiunkt Kliniki

Patogeneza mięszowego zapalenia rogówki na tle kiły wrodzonej budzi ciągle jeszcze zainteresowanie, gdyż nie jest dotychczas należycie wyjaśniona.

Trudny jest do zrozumienia fakt pierwotnego powstania zmian zapalnych w mięszowych warstwach rogówki i to w częściach centralnych, pozbawionych zupełnie naczyń. W jaki sposób i jakimi drogami czynnik zapalny dostaje się tam i usadawia? Kwestie te jak dotąd nie są rozstrzygnięte. Podczas gdy Igersheimer (1928) uważa rąbek rogówki za nieprzebytą zaporę dla krętków, to Yekota (1935) i inni są zdania, że krętki szczególnie w keratitis parenchym. metastatica, obierają również drogę przez rąbek, wnikać w przednie, a potem w głębsze warstwy rogówki.

Istnieją wprawdzie spostrzeżenia biomikroskopowe Vogta (1921), którym zawdzięczamy stwierdzenie, że pierwsze objawy zapalne zaczynają się w błonie Descemeta w

obwodowych częściach rogówki, przy równoczesnych prawie zmianach w śródbłonku. Faktu tego jednak, jak to podkreśla Grzędzielski (1938), nie możemy tłumaczyć sobie w ten sposób, by tamtędy dostały się do rogówki domniemane zarazki, gdyż droga i moment dostania się zarazka do tkanki a topografia oczny zapalnego nie muszą pokrywać się wzajemnie. Pierścieniowate, głębokie nacieki centralne w rogówce mogły by przemawiać niejednokrotnie raczej za umiejscowieniem czynnika wywołującego zapalenie w środku rogówki.

Jeżeli chodzi o stosunek krętków do etiologii keratitis parenchymat., jest to jeszcze ciągle sporne. Krętki spotykano często w rogówkach płodów i noworodków kiłowych, bez jakichkolwiek zmian. Natomiast w rozwinętej keratitis parenchymat. udało się wykryć Igersheimowi (l. c.) tylko w jednym przypadku pojedynczego krętka bladego. Zda-

niem **Terriena** (1933) obecność krętków w normalnej rogówce przejawia raczej przeciw ich roli patogenetycznej.

W wyniku badań doświadczalnych w celu wyjaśnienia patogenyzy keratitis perenchymatosa ugało się Igersheimerowi (l. c.) i innym, wywołać keratitis experiment. metastatica po zakażeniu królika pozaocznie. **Grigoriev** (1929) **Bassemans** (1920) i inni mogli obserwować zapalenie miąższowe rogówek u królików z zakażonej samicy.

Obraz miąższowego zapalenia rogówki może być wywołany eksperymentalnie nie tylko tam, gdzie czynnikiem etiologicznym są krętki, ale również i w inny sposób. Chodzi tu o tzw. „fenomen Wessely'ego”. Wstrzykując mianowicie królikowi kroplę surowicy końskiej śródrogówkowo zauważył **Wessely** (1911), że początkowy odczyn zapalny szybko mija, jednakże po 12—14-tu dniach występują na tym samym oku gwałtowne objawy zapalne, cechujące się rozlanym zmętnieniem rogówki, unaczynieniem, oraz objawami zapalenia tęczówki. Jeżeli w tym okresie wstrzyknie się kroplę surowicy do rogówki oka drugiego to wystąpi tu od razu identyczny odczyn zapalny, ale jeszcze bardziej gwałtowny.

Doświadczenie to stało się bodźcem do powstania teorii o immunologicznej przyczynie powstania keratitis parenchymatosa heredo-luetica, w których na czoło wysuwają się teorie Igersheimera (l. c.) i Schiecka (1915).

Jakimi jednak drogami mogą się odbywać te przemiany w rogówce, jakie komórki rogówki mogły by odgrywać w tym pewną rolę i mieć znaczenie w przestrojeniu podłoża — czy rogówka w ogóle posiada odpowiednie elementy komórkowe, względnie aparat komórkowy, który mógł by pośredniczyć w przestrojeniu podłoża? Oto pytanie, na które chcielibyśmy znaleźć odpowiedź.

Jak wiadomo, komórki warstwy właściwej rogówki tzw. komórki zrębowe, posiadają wy-

rażne zdolności koloidopektyczne, przekształcając się nawet w odpowiednich warunkach doświadczalnych w typowe poliblasty. Komórki te odpowiadają wędrującym komórkom w stanie spoczynku Maximowa tj. właściwym histiocytom. Fakt ten mogliśmy ustalić dowodnie w doświadczeniu. Komórki zatem zrębowe rogówki mogą być zaliczone do elementów, które czynnościowo odpowiadają zasadniczemu składowemu układowi, siateczkowo-śródbłonkowemu. Czynność tego układu, jak wiemy, pośredniczy we wszelkich procesach odpornościowych ustroju. Tworzenie przeciwciał jest wskaźnikiem, że układ ten jest nie-naruszony.

Czynnością tego układu moglibyśmy tłumaczyć powstawanie „fenomenu Wessely'ego”, który jest podstawą teorii o powstaniu keratitis parenchymat. heredo-luetica, drogą immunobiologicznego przestrojenia.

Występowanie ostrych objawów zapalnych rogówki po ok. 12 dniach od zastrzyknięcia śródrogówkowo surowicy końskiej, mogło by być wynikiem pewnej niewydolności aparatu R. E. rogówki (komórek zrębowych rogówki) i niemożności związania nadmiaru antygeny — (surowicy), który dostając się ponownie, ale na przestrojone już podłoże zrębu rogówki, wywołuje ostre objawy głębokiego zapalenia. Również występowanie natychmiastowe objawów zapalnych rogówki na drugim oku, po wstrzyknięciu surowicy w okresie, gdy pierwsze oko reaguje odczynem anafiklatycznym, mogło by świadczyć o przestrojeniu podłoża rogówki oka drugiego i wytworzeniu nadmiaru antyciał. Możliwe jest, że odbywa się to drogami plazmatycznymi.

Podobnie mogła by przedstawiać się sprawa powstawania keratitis parenchymatosa heredo-luetica drogą immunobiologicznego przestrojenia podłoża rogówki, gdy antygenem będzie jakiś czynnik (wirus) spirocheto-genego pochodzenia.

Piśmiennictwo

1. Bassemans: Zbl. 28, 1932.
2. Grigoriev: Zbl. 1929.
3. Grzędziński: Klinika Oczna Z. 2, 1939.
4. Igersheimer: Syphilis u. Auge 1928.
5. Krwawicz: O właściwościach koloidopektycznych komórek rogówki. Pol. Tyg. Lek. N. 15, 1946.
6. Terrien: Arch. d. Ophth. 1933.
7. Schieck: Dtsch. Med. Wschr. 890, 1914.
8. Wessely: Über anaphylaktische Erscheinungen an der Hornhaut. Münch. med. Wschr. 1911.
9. Yokota: Zbl. 34, 1935.
10. Vogta: Atlas der Spaltlampenmikroskopie 1921.

Ze Stacji Sercowej Szpitala św. Elżbiety w Katowicach
Dyr.: Prof. U. P. Dr. Stefan Kwaśniewski

Elektrokardiografia w praktyce lekarskiej

Podał

Dr. med. Bronisław Karolczak

Elektrokardiografia jest obecnie metodą rozpoznawczą o dobrze utwierdzonych podstawach, nieodzowną w rozpoznaniu i ocenie schorzeń serca. Równoczesny z rozwojem tej metody postęp w budowie aparatów elek-

trokardiograficznych, nieskomplikowanych, łatwych w obsłudze, a nawet przenośnych, sprawił, że elektrokardiografia, dostępna dawniej tylko wielkim klinikom, znalazła szerokie zastosowanie w praktyce lekarskiej, nawet

przy łożu chorego. Chcąc jednak właściwie ocenić jej wyniki nie wolno zapominać, że jest ona, chociaż może najwnikliwszym, to jednak tylko jednym ze sposobów badania schorzeń serca. Należy więc elektrokardiografię stosować jako bardzo cenne co prawda, lecz tylko pomocnicze, badanie w ocenie klinicznej narządu krążenia. Trzeba też zaznaczyć się z podstawowymi zasadami tej metody, by móc sobie uświadomić, jakie są jej możliwości i granice. Unikniemy wówczas zbytecznych rozczarowań, a uzyskamy te cenne wyniki w rozpoznawaniu i ocenie schorzeń serca, dzięki którym stała się elektrokardiografia metodą nie do zastąpienia, tak, że zaniechanie jej należy w niektórych przypadkach uważać za błąd sztuki lekarskiej.

Prawidłowe podniety sercowe powstają w węźle zatokowym, leżącym w prawym przedsionku w pobliżu ujścia górnej żyły czezej. Stąd rozchodzi się pobudzenie falą w mięśniu obu przedsionków i dociera do węzła przedsionkowo-komorowego (Aschof-Tawary), pęczkiem Hiss'a, jedynym połączeniem mięśniowym między przedsionkami a komorami poprzez dzielącą je przegrodę łączno-tkankową. Obydwoma ramionami Tawary i włóknam Purkiny'ego dochodzi pobudzenie do włókien mięśniowych obu komór. Cały ten układ swoisty, przewodzący pobudzenie, jest oddzielony izolacją otoczoną od mięśni roboczych serca. Biochemiczny proces pobudzenia powoduje depolaryzację włókien mięśniowych, przez co pobudzony mięsień uzyskuje ujemne napięcie w stosunku do znajdującego się w spoczynku. Te różnice napięcia rozchodzą się od serca aż do powierzchni ciała, skąd odprowadza się je przy pomocy elektrod do elektrokardiografu. Napięcia te ulegają w aparacie przeszło tysiąckrotnemu wzmocnieniu przez trzystopniowy wzmacniacz z lampami elektronowymi. Wzmocnione napięcie doprowadza się do czułego galwanometru, który wychyla się w rytmie ich zmian. Sprężone z ruchomą częścią galwanometru lustro rzuca odbitą wiązkę promieni świetlnych przez układ soczewek na poruszającą się ze stałą i określoną szybkością światłoczułą taśmą papierową, gdzie wahania punktu świetlnego rozciągają się w krzywą. Równocześnie rzuca osobny układ rejestracji czasu w miarowych odstępach czasowych, wynoszących przeważnie 0,02 lub 0,05 sekund, pasmo promieni świetlnych na biegnącą taśmę papierową, wyświetlając na niej rzędne czasowe, które umożliwiają dokładne czasowe wymiary krzywej. Stopień wzmocnienia aparatu można regulować. Do kontroli służy urządzenie, które pozwala włączyć do galwanometru wzorcowe napięcie jednej tysięcznej volta (1 milivolt = 1 mv.). Powszechnie pracuje się z takim stopniem wzmocnienia, w którym wzorec 1 mv. daje w krzywej wychylenia punktu świetlnego wysokości 10 mm. Ułatwia to porównywanie wysokości załameków wszystkich krzywych, oraz wymierzanie ich w milivoltach, gdyż każdy milimetr wysokości odpowiada 1/10 mv.

Wychylenia krzywej w górę oznacza się dodatnimi, a w dół ujemnymi jednostkami. Naświetloną taśmę papierową poddaje się zwykłym zabiegom w ciemni, uzyskując ostatecznie krzywą elektrokardiograficzną w postaci czarnego rusunku na białym tle.

Badanie elektrokardiograficzne przeprowadza się u chorego leżącego wygodnie ze swobodnie rozprężonymi mięśniami, wykluczając w ten sposób procesy bio-elektryczne wszystkich innych mięśni poza mięśniem sercowym.

Podstawowym i najdawniej używanym sposobem jest odbiór za pomocą odprowadzeń kończynowych. Zakładając elektrody na obu przedramionach i lewym podudziu odbieramy napięcia czynnościowe serca z trzech punktów w okolicy obu barków i lewej pachwiny, tworzących wierzchołki trójkąta w przybliżeniu równobocznego, w którego środku leży serce. Kończyny służą tylko za przewodniki. Jest zatem obojętne, w którym miejscu na kończynach zakładamy elektrody. Do odbioru napięć elektrycznych potrzebne są dwa bieguny. Z trójkąta elektrycznego uzyskujemy więc równoległe do trzech jego boków trzy odprowadzenia, które wykonujemy w następującym układzie i kierunku:

- I. odprowadzenie — od prawego ramienia do lewego ramienia
- II. odprowadzenie — od prawego ramienia do lewej nogi
- III. odprowadzenie — od lewego ramienia do lewej nogi

Z właściwości trójkąta elektrycznego wynika odpowiedni stosunek wzajemny poszczególnych wychyleń, wyrażający się tym, że z wielkości i kierunku wychylenia w dwóch odprowadzeniach można wyliczyć jego wielkość i kierunek w trzecim według wzoru: odprowadzenie II — odprowadzenie I = odprowadzeniu III.

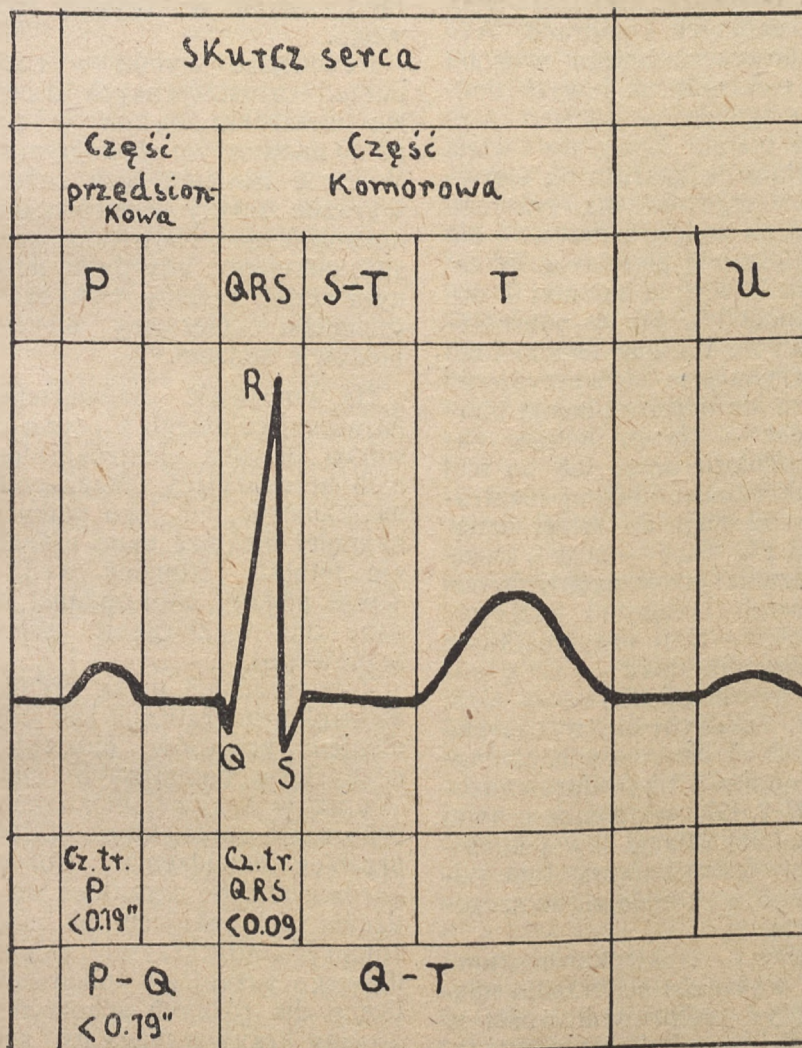
Krzywą elektrokardiograficzną tworzą zespoły wychyleń, występujące podczas skurczów serca, między którymi linia krzywej znajduje się w spoczynku w poziomie zerowym. W zespołach tych rozróżniamy poszczególne załamki oznaczane kolejnymi literami alfabetu od litery P począwszy. Załamek P odpowiada rozszerzeniu się pobudzenia w przedsionkach, a odcinek P—Q (od początku P do początku Q) stanowiący część przedsionkową elektrokardiogramu, odpowiada czasowi przewodnictwa przedsionkowo-komorowego. Grupa ostrych załameków QRS (od początku Q do końca S) odpowiada rozszerzaniu się pobudzenia w komorach, a załamek końcowy T ustępowaniu pobudzenia w komorach. Odcinek Q—T (od początku Q do końca T) odpowiada czasowi trwania pobudzenia w komorach i stanowi część komorową elektrokardiogramu. Między załamekami P a Q, oraz S a T biegnie krzywa w poziomie zerowym. Nie znaczy to jednak, by w tych okresach nie odbywały się żadne procesy bioelektryczne w mięśniu sercowym, lecz tylko, że między

poszczególnymi punktami serca nie występują żadne różnice napięć, a to wskutek całkowitego objęcia pobudzenia mięśni przedsionków, względnie komór. Przebiegający w poziomie zerowym odcinek między końcem T a początkiem P odpowiada rozkurczowi serca, podczas którego nie zachodzą żadne zjawiska bioelektryczne w mięśniu sercowym. W odcinku tym występuje czasem płaska fala U o nieokreślonym bliżej znaczeniu. Ustalone normy czasowe elektrokardiogramu wynoszą:

załamek P — najwyżej 0,10"
załamek PQ — od 0,12" do 0,19"
grupa QRS — od 0,05" do 0,09"

Czas trwania QT jest zależny od częstotliwości czynności serca. Oblicza się go według wzorów matematycznych opartych na doświadczeniu.

Z wysokości największych załameków w trzech odprowadzeniach, którymi są najczęściej załameki R, oblicza się położenie elektr. osi serca w trójkacie. Określamy je w górę ujemnymi, w dół dodatnimi stopniami odchylenia od lewej strony linii, biegnącej przez środek trójkąta równoległe do jego górnego boku. Wierzchołek kąta zwanego alfa, utworzonego przez tę linię i elektryczną oś serca, znajduje się w punkcie środkowym trójkąta. Położenie osi między $+30^\circ$ a $+60^\circ$ jest prawidłowe. Odpowiada temu krzywa z największym dodatnim załamekiem R w II. odprowadzeniu, a mniejszymi w I. i III. Jeżeli kąt odchylenia liczy mniej niż $+30^\circ$, to mówimy o przesunięciu w lewo elektr. osi serca. Im większe przesunięcie w lewo, tym większe R_1 , a mniejsze R_2 . W wybitnym przesunięciu w lewo największy dodatni załamek występuje w I. od-



prowadzeniu, a w III. jest największy załamek ujemny. O przesunięciu w prawo elektrycznej osi serca mówimy wówczas, gdy kąt alfa liczy więcej niż $+60^\circ$. Im znaczniejsze przesunięcie w prawo, tym mniejszy załamek R_1 , a tym większy R_2 . W wybitnym przesunięciu w prawo występuje największy dodatni załamek w III. odprowadzeniu, a największy załamek w I. odprowadzeniu jest ujemny. Położenie elektrycznej osi serca nie zawsze jest

zgodne z położeniem jego osi anatomicznej. Tylko wówczas, gdy nie występują równocześnie chorobowe odchylenia w przebiegu pobudzenia, mówimy o położeniowym przesunięciu elektrycznej osi serca, przyjmując, że położenia obu osi są zgodne.

Odprowadzenia piersiowe stosowane ostatnio coraz powszechniej rozszerzają w tak znacznym stopniu możliwości rozpoznawcze elektrokardiografii, że zaniechanie ich należy

uznać za świadome ograniczenie tej metody. Dają one bowiem często jednoznaczne wyniki w tych przypadkach, w których zawodzą odprowadzenia kończynowe. Tylko zastosowanie obu rodzajów odprowadzeń wyczerpuje te możliwości, które daje nam elektrokardiografia.

Zasada odbioru odprowadzeń piersiowych polega na tym, że zakładamy jedną elektrodę tuż przed sercem, a drugą jak najdalej, przez co krzywą kształtują przede wszystkim te zjawiska bioelektryczne, które zachodzą w częściach serca leżących najbliżej elektrody. Położenie odległej elektrody wpływa tylko w nieznacznym stopniu na kształt krzywej. Ponieważ do przedniej ściany klatki piersiowej przylegają obydwie komory, można elektrodę umieścić bliżej lewej, lub prawej komory, przez co uzyskamy nie tylko wyraźniejsze odzwierciedlenie procesów bioelektrycznych komór, lecz również możliwość umiejscowienia uszkodzeń w poszczególnych komorach. Według najczęściej rozpowszechnionego sposobu zakładamy odległą elektrodę na lewym podudziu i odbieramy z ogólnie przyjętym kierunkiem od nogi do piersi. Łączymy więc, przestawiwszy przełącznik aparatu na pierwsze odprowadzenie, przewód dla prawego ramienia z elektrodą na nodze, a przewód dla lewego ramienia z elektrodą piersiową. W takim kierunku odbioru wykazują załamki T dodatnie wychylenia, podobnie jak w odprowadzeniach kończynowych. Według terminologii ustalonej przez amerykańskie stowarzyszenie kardiologów, oznacza się odprowadzenia piersiowe literą C (chest — pierś), dodając zależnie od kierunku odbioru przed lub po niej literę oznaczającą położenie odległej elektrody. Odprowadzenie od nogi do piersi oznaczamy więc literami FC (foot — noga). Ustalono również oznaczanie poszczególnych odprowadzeń piersiowych kolejnymi liczbami: Przymostkowe prawe — C 1, przymostkowe lewe — C 2, przedkoniuszkowe — C 3, koniuszkowe — C 4, pozakoniuszkowe — C 5, pachowe lewe — C 6. Jeżeli chcemy wyczerpać możliwości odprowadzeń piersiowych, to musimy wykonać przynajmniej trzy odprowadzenia, a mianowicie: C 2, odpowiadające prawej komorze, C 4, przedniej ścianie lewej komory, C 6, tylnej ścianie lewej komory. Inne odprowadzenia piersiowe wykonuje się w szczególnych przypadkach.

Prawidłowa krzywa elektrokardiogramu spoczynkowego nie wyklucza schorzenia mięśnia sercowego, gdyż nieprawidłowości w przebiegu pobudzenia mogą tak samo wystąpić dopiero po obciążeniu, jak podmiotowe i przedmiotowe objawy schorzenia serca. Jeżeli więc prawidłowa krzywa stoi w sprzeczności z dolegliwościami, lub gdy chcemy wykryć niewydolność krążenia wieńcowego, czy też z pewnością wykluczyć schorzenie mięśnia sercowego, to należy wykonać elektrokardiogram powysiłkowy. Wysiłek musi odpowiadać stanowi narządu krążenia. W niektórych przypadkach wystarczy obciążenie 10 do 20 przysiadami. Jeżeli jednak dolegli-

wości sercowe występują tylko po ciężkiej pracy zawodowej, lub innych większych wysiłkach, to obciążenie nawet kilkudziesięcioma przysiadami może okazać się niewystarczające. Należy wówczas elektrokardiogram wykonać po tym wysiłku, który wywołuje dolegliwości sercowe.

W starszych typach aparatów trzeba po każdym włączeniu i przełączeniu czekać kilka minut na uspokojenie się punktu świetlnego rysującego krzywą. Do wykonania elektrokardiogramu powysiłkowego jest konieczna nowoczesna aparatura, która umożliwi odbiór natychmiast po każdym włączeniu i przełączeniu, gdyż tylko zmiany występujące w krzywej tuż po wysiłku odnoszą się do schorzenia mięśnia sercowego. Zmiany w krzywej, które występują później, niż po 5-ciu minutach, są natomiast spowodowane ortostatycznymi zaburzeniami w regulacji krążenia obwodowego.

Pewniejsze wyniki w rozpoznawaniu zaburzeń ortostatycznych osiągniemy odbierając elektrokardiogram w postawie stojącej po 30 minutowym spokojnym stanie w miejscu. W razie istnienia tych zaburzeń występują wyraźne zmiany w porównaniu z krzywą wykonaną leżąc. Największe zmiany w krzywej sprowokujemy, gdy po 30 minutowym spokojnym stanie każemy wykonać wysiłek i natychmiast odbierzemy elektrokardiogram w postawie stojącej.

By umożliwić badającemu zastosowanie najczęściej celowego z podanych powyżej sposobów badania elektrokardiograficznego, winien przekazujący lekarz podawać rozpoznanie kliniczne, lub jego podejrzenie, a przynajmniej niektóre dane przedmiotowe (ciśnienie tętnicze, istnienie wady zastawki itp.). Także podanie celu badania jest nieraz wskazane (np. wykluczenie schorzenia mięśnia sercowego).

Z poprzednich uwag wynika, że krzywa elektrokardiograficzna jest jedynie odzwierciedleniem procesów bioelektrycznych, zachodzących w pobudzonym mięśniu sercowym. Wyraz w krzywej mogą znaleźć tylko takie schorzenia serca, które zakłócają prawidłowy przebieg pobudzenia. Rozpoznanie elektrokardiograficzne ogranicza się tylko do stwierdzenia tych zakłóceń, lub odpowiadających im zmian kształtu krzywej. Odchylenia od prawidłowego przebiegu pobudzenia nie są specyficzne dla różnych schorzeń serca. Równe zmiany krzywej mogą być spowodowane różnymi schorzeniami, a równe zmiany chorobowe mogą, zależnie od rozległości, nasilenia i umiejscowienia, spowodować różnego rodzaju zakłócenia w przebiegu pobudzenia.

Na podstawie doświadczenia, zdobytego z wyników dotychczasowych badań eksperymentalnych, klinicznych i anatomo-patologicznych, wyciągamy z rozpoznania elektrokardiograficznego odpowiednie wnioski, które określają zmiany w mięśniu sercowym, odpowiadające zmienionemu przebiegowi pobudze-

nia. Niektóre zmiany krzywej są swoiste dla określonych zaburzeń, a wnioski z rozpoznania tak ścisłe, że pokrywają się ze zmianami anatomo-patologicznymi i są równoznaczne z rozpoznaniem klinicznym, którego często nie można ustalić żadnym innym sposobem. Przeważnie jednak są zmiany krzywej mniej charakterystyczne i dopuszczają bardziej ogólne wnioski, które jest jednak niemniej cenne, gdyż wystarcza do stwierdzenia istnienia schorzenia mięśnia sercowego. Niekiedy odchylenia od prawidłowej krzywej są tak nieznaczne, że pozwalają tylko wyrazić podejrzenie schorzenia mięśnia sercowego. Nawet najmniejsze zmiany w krzywej nie wykluczają jednak uszkodzenia mięśnia sercowego.

Elektrokardiografia jest bardzo cenną pomocą w ocenie klinicznej przez możliwość umiejscowienia uszkodzeń mięśnia sercowego. Już samo położenie elektrycznej osi serca daje nam ważne wskazówki. W młodym wieku jest przesunięcie tej osi w prawo objawem prawidłowym. W wieku starszym przeważa coraz więcej przesunięcie jej w lewo. Gdy zatem w starszym wieku spotkamy się z przesunięciem osi w prawo, będzie to mimo braku innych zmian krzywej podejrzane o istnienie przeciążenia prawego serca wskutek wzmożonego oporu w krążeniu małym (rozedma, pylica, zmiany marskie płuc itp.). Wady zastawek nie mają żadnego wpływu na przebieg pobudzenia i ukształtowanie się krzywej, dopóki nie wystąpią szkodliwe skutki zmienionej hemodynamiki na poszczególne odcinki serca w postaci przerostu mięśnia sercowego. W przerastającym mięśniu wzrasta zapotrzebowanie tlenu i dochodzi wreszcie do względnej niedomogi krążenia wieńcowego, powodującej niedotlenienie przerośniętego mięśnia z odpowiadającymi temu zmianami anatomo-patologicznymi i elektrokardiograficznymi. Te same skutki wystąpią w każdym innym mechanizmie zmienionej hemodynamiki, jeżeli mięsień serca jest zmuszony do nadmiernej pracy. Przesunięcie w lewo elektrycznej osi serca ze zmianami, odpowiadającymi uszkodzeniu lewej komory, przemawia za wzmożonym oporem w krążeniu dużym (nadciśnienie, zwężenie ujścia aorty) lub w lewej komorze (niedomykalność zastawki dwudzielnej). Przesunięcie w prawo elektrycznej osi serca, ze zmianami odpowiadającymi uszkodzeniu prawej komory przemawia za wzmożonym oporem w krążeniu małym. Równoczesne cechy uszkodzenia mięśnia prawego przedsionka, dopuszczają przyjęcie oporu bezpośredniego w małym krążeniu (zmiany w płucach, zwężenie ujścia tętnicy płucnej), lub w prawej komorze (niedomykalność zastawki trójdzielnej). Gdy równoczesne zmiany części przedsionkowej krzywej odnoszą się do lewego przedsionka, przemawia to za umiejscowieniem oporu w komorze lewej (zwężenie ujścia zastawki dwudzielnej). Patologiczne przesunięcie elektrycznej osi może też wystąpić wskutek zmienionego przebiegu pobudzenia w zmianach zapalnych i toksycznych lub zaburzeń

czynnościowych. W tych przypadkach może przesunięcie osi wystąpić jako zjawisko przejściowe.

Stopień nasilenia zakłóceń w przebiegu pobudzenia nie zawsze odpowiada ocenie klinicznej narządu krążenia. Zachodzą nawet wyraźne rozbieżności. Małe odosobnione ognisko, o ile jest umiejscowione w układzie swoistym, może spowodować poważne zakłócenia w przebiegu pobudzenia, mimo braku zmian w mięśniu roboczym serca. Może nawet wystąpić zupełne zablokowanie przewodnictwa w tym miejscu. Zakłócenia takie występują przejściowo, jeżeli są spowodowane zaburzeniami czynnościowymi, lub odwracalnymi zmianami anatomo-patologicznymi. Z drugiej strony mogą poważnemu obrazowi klinicznemu towarzyszyć małe odchylenia krzywej od normy, gdy uszkodzenia w mięśniu obu komór powodują takie zmiany w przebiegu pobudzenia, które znajdują wyraz w krzywej w postaci równoważących i znoszących się wzajemnie zniekształceń. Zbliżanie się więc w przebiegu choroby krzywej do normy nie zawsze odpowiada poprawie klinicznej, gdyż może być skutkiem pogorszenia się stanu drugiej komory po pierwotnym schorzeniu jednej komory. Z tychże przyczyn mogą wystąpić w schorzeniu obu komór mimo poprawy klinicznej wyraźniejsze zniekształcenia krzywej, gdy pod wpływem leczenia ustąpią uszkodzenia w jednej z nich. Równoważenie się przeciwnych sobie zniekształceń krzywej wynika z właściwości trójkąta elektrycznego i nie odnosi się do odprowadzeń piersiowych, które zatem umożliwiają rozpoznanie i umiejscowienie uszkodzeń mięśnia sercowego nawet w równoczesnym schorzeniu obu komór. Podkreśla to raz jeszcze wielką wartość odprowadzeń piersiowych i konieczność ich stosowania.

Niektóre leki nasercowe zwłaszcza z grupy digitalis, w mniejszym stopniu strophanthus, scilla mar., oleander purpurat, chinidinum i chininum, wywołują zmiany w krzywej elektrokardiograficznej, które mogą nasunąć mylne wnioski, gdyż nie różnią się zasadniczo niczym od zmian spowodowanych uszkodzeniem mięśnia sercowego. Jeżeli więc w ostatnich tygodniach podawano badanemu te leki, musi przekazujący to zaznaczyć podając dawkę i czas stosowania leku.

Często spotykany wniosek określany jako „uszkodzenie mięśnia sercowego“, choć bardzo ogólny, jest niemniej cenny dla kliniki chorób sercowych. Stwierdza on istnienie zaburzenia funkcji mięśnia sercowego o podłożu organicznym. Badaniem klinicznym, które uwzględnia dane z wywiadu i innych metod pomocniczych, należy wyjaśnić, jakiego rodzaju uszkodzenie zachodzi. Mogą to być stany zapalne mięśnia sercowego, zmiany degeneracyjne, lub toksyczne. Ostre stany zapalne mięśnia sercowego występują w przebiegu prawie każdej choroby zakaźnej, a nawet po banalnych infekcjach, jak grypa i angina. Sprawiają one często dolegliwości ogólne nie-

wskazujące na schorzenie serca. Wykonywanie wielkich wysiłków w takim stanie mięśnia sercowego (pracownicy fizyczni, sportowcy) może doprowadzić do poważnych i stałych uszkodzeń. Rozpoznanie ich jest dostępne tylko elektrokardiografii. Rozpoznawanie przewlekłych stanów zapalnych mięśnia sercowego, występujących w następstwie zakażeń ogniskowych z siedliskiem w zębach, migdałkach, zatokach przynosowych itd., jest również jedynie umożliwione przez zastosowanie badania elektrokardiograficznego. Tak zwane „nerwice serca” wykazują po większej części w badaniu elektrokardiograficznym podłoże organiczne w postaci uszkodzenia mięśnia sercowego. Z drugiej strony okazują się niektóre zaburzenia w rytmie serca, sprawiające poważne dolegliwości, jako nieszkodliwe zaburzenia w wytwarzaniu bodźców natury czynnościowej.

Wymieniana we wnioskowaniu elektrokardiograficznym „niewydolność krążenia wieńcowego” jest częstą przyczyną nieporozumień. Każde niedotlenienie mięśnia sercowego (anoxaemia) wskutek niestosunku między podażą tlenu, a jego zapotrzebowaniem, ma identyczny wyraz w krzywej elektrokardiograficznej, niezależnie od mechanizmu powstania.

Przypadki, w których przyczyna niedostatecznej podaży tlenu leży poza sercem (wykrwawienie, wstrząs, zapaść, choroba górską, niedokrwistość, zatrucie tlenkiem węgla, zwiększenie ujścia aorty, lub zastawki dwudzielnej), łatwe przeważnie do rozpoznania badaniem klinicznym, powinno być określane jedynie jako „niedotlenienie mięśnia sercowego”.

O niewydolności krążenia wieńcowego mówimy tylko wówczas, gdy niedotlenienie jest spowodowane zaburzeniami w naczyniach wieńcowych serca. Przebieg tej niewydolności może być ostry lub przewlekły.

Gdy w przeroście mięśnia sercowego naczynia wieńcowe nie mogą utrzymać kapilarizacji zwiększającej się masy mięśnia na wymaganym poziomie, wówczas zachodzi względna niedomoga wieńcowa i to o przebiegu przewlekłym. W krzywej elektrokardiograficznej występują stałe zmiany, jako wyraz trwałych i nieodwracalnych uszkodzeń mięśnia sercowego.

Niewydolność krążenia wieńcowego spowodowana zmianami chorobowymi naczyń wieńcowych (zapalnymi, miażdżycowymi, kiłowymi itp.), jest bezywzględna. Występuje ona

przeważnie w postaci ostrej i krótkotrwałej w czasie wzmożonej pracy serca, gdy schorzałe naczynia wskutek zaburzenia funkcji nie mogą sprostać zwiększonemu zadaniu. W krótkotrwałej niedomodze wieńcowej nie muszą powstać trwałe uszkodzenia mięśnia sercowego i wówczas krzywa, wykonana w spoczynku, jest prawidłowa, gdy krążenie wieńcowe jest wystarczające. Zmiany w krzywej wystąpią dopiero po wysiłku, który musi jednak odpowiadać stopniowi niewydolności i musi być dostateczny do wywołania niedotlenienia. Porównanie krzywej spoczynkowej z powysiłkową daje w przypadkach niewydolności krążenia wieńcowego jednoznaczne rozpoznanie.

Każdy napad ostrej niedomogi wieńcowej może spowodować trwałe uszkodzenie mięśnia sercowego, jeżeli wystąpi tylko w dostatecznym nasileniu i trwa dość długo.

Jeżeli ostra niedomoga wieńcowa jest spowodowana zupełnym zamknięciem światła naczyniowego, to doprowadzi do martwicy zapatrywanego przez to naczynie odcinka serca. Powstaje zawał mięśnia sercowego. Odpowiadają mu charakterystyczne zmiany w przebiegu pobudzenia, które umożliwiają nie tylko pewne rozpoznanie zawału, lecz nawet jego ściśle umiejscowienie.

Uszkodzenia mięśnia sercowego mogą być trwałe, przy tym stałe lub zmienne, albo też mogą występować przejściowo. Jednorazowe badanie elektrokardiograficzne jest więc przeważnie niewystarczające. Dopiero porównanie dwóch lub więcej kolejno wykonanych krzywych elektrokardiograficznych umożliwia nam właściwy wgląd w przebieg schorzenia, ułatwiając właściwą ocenę kliniczną. W pierwszym okresie rozwoju zajmowała się elektrokardiografia tylko badaniem zaburzeń rytmu serca, oddając nieocenione usługi w ich analizie. Badania te miały jednak mniejsze znaczenie dla medycyny praktycznej. Metoda ta pozostała do dziś najdoskonalszą i niezastąpioną w analizie i rozpoznawaniu tych zaburzeń.

Należy wyrazić nadzieję, że uwagi powyższego artykułu przyczynią się do wyjaśnienia właściwego stanowiska i zadania tej cennej metody w rozpoznawaniu i ocenie chorób serca. Ułatwi to w znacznym stopniu współpracę między lekarzem przekazującym, a wykonującym badanie elektrokardiograficzne.

Katowice, 8 VI 1947.

Mikroskop elektronowy w medycynie

Podał

dr Aleksander Śliżyński, Bielsko

Mikroskop świetlny, mający ponad 300 lat historii rozwojowej, doszedł technicznie do formy, której nie można dalej rozwijać. Mikroskop elektronowy ma niecałych 20 lat rozwoju i nie wyzyskane nowe możliwości ulepszeń i zastosowań. Aby mógł powstać mikroskop elektronowy, trzeba było poprzednio uwolnić

elektrony od biegu przez próżnię, a po zbadaniu ich dróg w polach elektrycznym i magnetycznym trzeba było rozwiązać zagadnienie ich ogniskowania w określonym punkcie. W rurce Brauna otrzymuje się wąską wiązkę strumieni elektronów, którą można uwidocznić na fluoryzującym ekranie. Prostopadłe

i poziome urządzenie odchylające, sterowane polem elektrycznym lub magnetycznym, powoduje, że strumień elektronów opisuje na ekranie krzywą. Jeżeli do tego dołączy się urządzenie sterujące natężeniem strumienia, to można otrzymać obrazy. Również spektrograf masy, zawdzięcza dzisiejszą dokładność w oznaczaniu ciężarów atomowych, opanowaniu zagadnienia ogniskowania naładowanych atomów (nie elektronów). Dopiero kiedy na drodze rachunkowej wykazano, że znane działanie skupiające krótkiej szpulki magnetycznej w oscylografie katodowym jest prawdziwym działaniem ogniskującym, jak u soczewek, i kiedy ze zmierzonego powiększenia plamy z pomocą rurki Brauna przy zbliżeniu szpulki magnetycznej do katody można było wnosić, że powstaje tu powiększony obraz źródła promieni — stały się możliwe dalsze ulepszenia oscylografu katodowego. Okazało się, że wielkość ogniskowej jest funkcją natężenia prądu w szpulce i że można obserwować obrazy pośrednie. Zastosowano tu szpulkę, działającą jak kondensator, i płytę fotograficzną. Użyć można „soczewek” magnetycznych i elektrycznych. Wkładanie i wyjmowanie preparatu możliwe jest z zachowaniem próżni.

Obraz końcowy i obrazy pośrednie można oglądać wprost, istnieje również rodzaj stolika przesuwalnego. Zamiast pierwotnej zimnej katody zastosowano katodę żarzącą się, dalej urządzenie do utrzymywania stałego napięcia i strumienia elektronów.

Mikroskop taki pomimo stosunkowo nieznacznej wysokości (nieco ponad metr) daje łatwo powiększenie 1 : 40.000, pozwalając odróżnić obiekty aż do 2,5 μ . Preparaty muszą być sporządzone bardzo cienkie, a szkiełko podstawowe musi być przepuszczalne dla elektronów; preparaty ulegają w próżni w wysokim stopniu działaniu strumienia elektronów, co po pewnym czasie zmienia strukturę badanych obiektów. Z tego wynika, że nie można badać zjawisk w płynach i żywych komórkach. Jednak bakterie prócz odępcznienia, nie ulegają uszkodzeniu i są zdolne do życia. Zmiany struktury można obserwować z fotografii w czasie obserwacji i porównać takie obiekty w zwykłym świetlnym mikroskopie.

Mikroskop elektronowy pozwolił wnikać głębiej w strukturę i morfologię bakterii, ujawniając szczegóły wielkości rzędu kilku μ . Można odróżniać morfologicznie bardzo podobne rodzaje. **Nie istnieje więcej pojęcie niewidzialnych zarazków.** Wyjaśniono strukturę tak zwanych krystalicznych protein wirusowych.

Znaleziono wiele nowych szczegółów dotyczących budowy błon, budowy włókien nerwowych, ważne szczegóły struktury protoplazmy, ziarnistości w plazmie i mitochondriów. Znajomość szczegółów budowy jądra komórkowego, budowy chromosomów i ułożenie genów — nie pozostaje bez wpływu na diagnostykę.

Mogły być dokładnie poznane zasadnicze (w powiększeniu 1 : 16.000) szczegóły krzepnięcia krwi, rozpadu płytek krwi i powstawania struktury skrzepu i zmiany patologiczne tych zjawisk. Wyraźnie widoczna się stała ziarnista i nieziarnista część protoplazmy płytek krwi, tworzenie przez nie wypustek, wakuoli i pierwsze nakładanie się micelli włókienka na płytce krwi, następnie obłożenie płytek krwi wiązkami micelli i włóknami. We włókniku z płynu mózgowordzeniowego widać poprzeczną prążkową strukturę włókna.

Doświadczalne badanie zarazków przesykalnych niewidzialnych, dzięki odkryciu **W. M. Stanleya** (Isolation of a crystalline protein possessing the properties of tobacco — mosaic virus. Science N. S. 81, 644 (1935)) nabrało nowego kierunku po odkryciu przez badaczy holenderskich **A. Mayera** (1885) zaraźliwości choroby mozaikowej tytoniu i przez **N. W. Beijerincka** w Delft (1899), że chodzi tu nie o bakteryjne zarazki, jak przypuszczał A. Mayer, ale o contagium vivum fluidum — nazwane już przez Beijerincka „virus”. Ciekawe, że Niemcy ignorowali te badania także w odniesieniu do wirusowego charakteru schorzeń ziemniaka, które intensywnie opracowywano w Holandii i Ameryce, uważając te wyniki za nieudowodnione.

Dopiero dzięki mikroskopowi elektronowemu uwidoczniono wszystkie zarazki przesykalne, zwane dotąd niewidzialnymi, zmierzono je bezpośrednio i opracowano ich morfologię.

Zarazki choroby mozaikowej tytoniu i ziemniaczanej, przedstawiają się jako wydłużone krystaliczne twory proteiny wirusowej (rycina 1) w wymiarach należących do rzędu wymiarów molekuł, o długiej osi równej 300 μ , których oś krótka wynosi 15 μ , przy czym nie są to twory jednorodne, ale agregaty złożone z mniejszych tworów o strukturze włóknistej. Nie były by to zatem prawdziwe krystały, ale parakrystaliczne agregacje molekuł krysztalów. **R. Doerr** (Handbuch d. Virusforschung. Wiedeń 1938/39) uważa, że nie ma zasadniczych różnic między wirusami roślin i zwierząt.

Wirusy stanowią przejście między materią martwą, a żywą i muszą też istnieć przejścia między wirusami roślin i zwierząt. Wirusy te, wielkości rzędu molekularnego wykazują jeszcze zorganizowaną strukturę, są dostępne dla badań mikroskopem elektronowym i badania te stwórzają biologię i patologię molekularną. Przesączalność tych zarazków przestała istnieć od czasu wprowadzenia ultrafiltracji, a i druga ich cecha, niewidzialność, również przestała istnieć dzięki mikroskopowi elektronowemu.

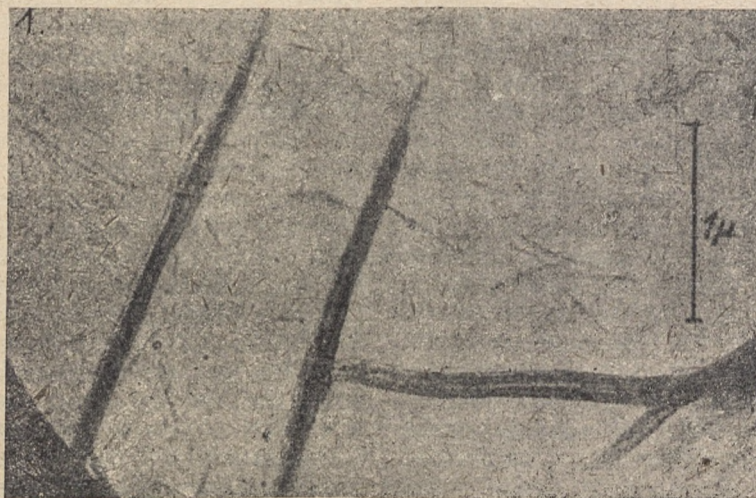
Również bakteriofagi stały się widoczne, a śledzenie samego rozpuszczania bakterii przez nie, jest dostępne dla oczu we wszystkich fazach (ryciny 2, 3).

Bakteriofagi są to „chorobotwórcze” wirusy bakterii. Bakteriofagi nakładają się na powierzchnię bakterii, które atakują. Np. bakte-

riofag rozpuszczający pałeczkę okrężnicy jest tworem okrągłym o wymiarach 10—90 m μ .

Same bakteriofagi ulegają pod wpływem strumienia elektronów w mikroskopie elektronowym jakby wydrążeniu, powstają z nich twory obrączkowe i wreszcie ulegają rozpadowi, co pozwala na odróżnienie ich od innych tworów tego rzędu wielkości w preparacie.

Pierwsze rysunki Leenwenhoeka (1683) przedstawiają już najważniejsze zasadnicze formy bakterii pałeczkę, krętka i ziarenkowca, z zaznaczeniem drogi odbytej przez ruchomą pałeczkę. Uwidocznienie narządów ruchu było niemożliwe. Ale i w zwykłym mikroskopie można widzieć rzeski bakterii dopiero np. po srebrzeniu, użyciem zaś optyki kwarcowej i światła pozafioletowego można najwyżej spo-



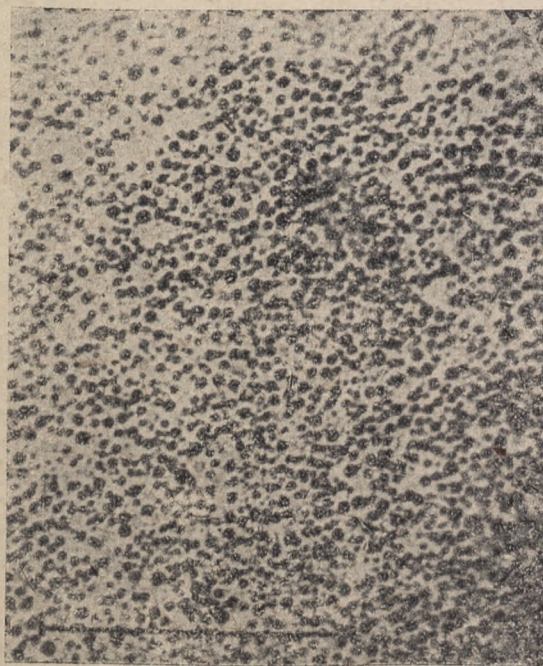
Ryc. 1. Krystaliczny wirus choroby mozaikowej tytoniu. Pow. 1:16.000

strzec twory wielkości 0,16 μ), podczas kiedy w mikroskopie elektronowym są one bezpośrednio widoczne i mają grubość od 0,02 do 0,03 μ .

godzinnej wykazał G. Piekarski (Cytologische Untersuchung an Paratyphus u. Coli-bacterien. Archiv. f. Mikrobiologie 8, 428, 1937), że występują ważne też dla systematyki szczegóły:



Ryc. 2. Bakteriofagi bact. coli. Pow. 1:25.000

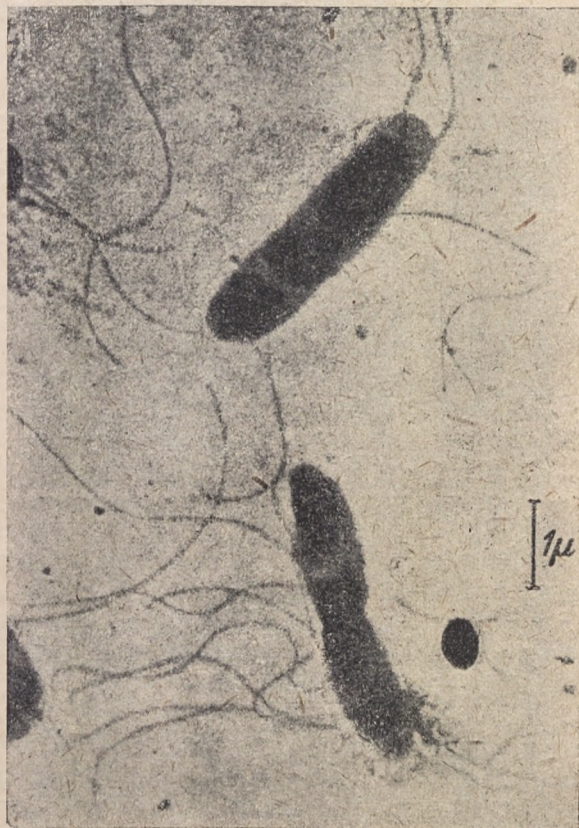


Ryc. 3. Początek rozpuszczania b. coli przez bakteriofaga. Pow. 1:25.000

Początkowo nie udawało się wykazać rzesek u bact. prodigios, bac. subtilis i w grupie b. T. A. B., używając jednak hodowli 8—10-

bact. proteus ma ułożenie witek peritrichalne, a ich długość wynosi 15—20-krotność średnicy poprzecznej bakterii. Podobnie jest u bact.

paratyphi, jednak witek jest znacznie mniej. *Bact. pyocyaneum* ma dwie duże biegunowe witki o nierównej długości (czego żadną metodą dotąd nie można było stwierdzić). Uwidoczniono przy tym istnienie w ciele bakterii u nasady witki ziarnistego ciała podstawowego. W mikroskopie elektronowym widać więcej witek u bakterii, aniżeli by to wynikało z preparatów zwykłych. (Ryc. 4.)



Ryc. 4. *Bact. paratyphi* B. Pow. 1:6.500

Wewnątrz ciała bakterii widać też swoiste struktury, co jest tym bardziej interesujące, że w zwykłym mikroskopie przy pewnym barwieniu i absorpcji światła pozafioletowego o długości fali 0,275 można wykazać w ciele bakterii twory odpowiadające tym strukturom i można wnosić, że te struktury zawierają kwas tymonukleinowy. Twory te mają być równoważnikami jąder, a **G. Piekarski** nazwał je nukleoidami.

W użyciu mikroskopu ze światłem ultrafioletowym widać jednak tylko jeden taki twór w bakterii, przy czym warunki spostrzegania i małość tych tworów nie pozwalają na ocenę dokładniejszą ich morfologii.

W mikroskopie elektronowym widać w ciele bakterii, szczególnie niezarodnikujących, ich wielopostaciowość strukturalną. W młodych bakteriach widać zagęszczenie plazmy przeważnie na biegunach, w bakteriach starszych wykazał **G. Piekarski** największe zagęszczenie w okolicy środka bakterii.

Jakkolwiek nie wszystkie struktury ciała bakterii mają związek z nukleoidami, to jednak część ich ma taki związek.

Prątki gruźlicze są wrażliwe na strumień elektronów, szczególnie ziarnistości ich ulegają rozjaśnieniu i rozpadowi. Prątek gruźliczy może zawierać do 8 ziarenek, prócz których są jeszcze widoczne „mikrogranula” o rozmiarach 20—50 m μ , ziarenka zaś mają wymiary 300—350 m μ . Prawdziwe ziarenka są jednak zagęszczone, mikrogranula zaś okazują zagęszczenie brzeżne o rozmiarze 7 m μ .



Ryc. 5. Prątek gruźliczy. Pow. 1:26.000

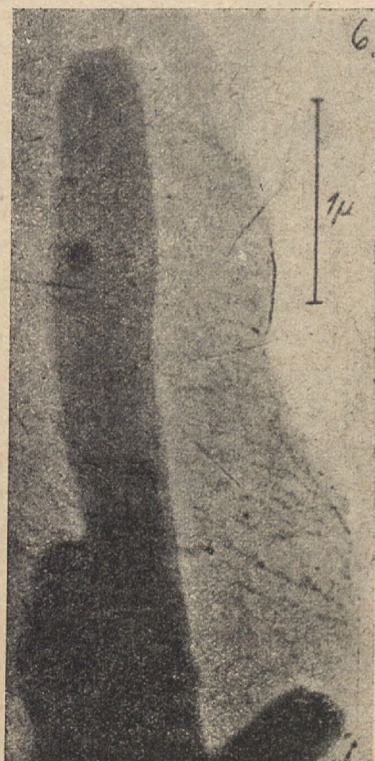
Przyjmując, że mikrogranula są to kropelki lipidów, można by ich zagęszczoną strukturę brzeżną uważać za złożoną z promienisto uporządkowanych molekuł lipidowych, a więc za powierzchniowy film granicy faz, obejmujący nieuporządkowane molekuły wnętrza kropelki. Mikrogranule spotyka się częściej w tych częściach prątka gruźliczego, gdzie jest mniej ziarenek. (Ryc. 5 i 6.)

Prątki zawierające więcej ziarenek okazują ścięczenie warstwy plazmy, przy czym i struktura jej jest uboższa. Niektóre ziarenka mają dokoła wyjaśnienie rąbkowe, a niektóre prątki zawierają zamiast ziarenek przestrzenie jaśniejsze, wielkości i kształtu ziarenek, ostro ograniczone, przypominające wakuole. Obok nich i w nich widać mikrogranula w dużej ilości, co wskazuje, być może, na to, że ziarenka powstają przez wypełnienie tych jakby wakuoli przez mikrogranula.

Po ekstrakcji eterowej widać gąbczastą strukturę ziarenek. Nie można wykazać w mikroskopie elektronowym woskowatej osłonki na powierzchni prątka gruźliczego, którą przypuszczano na podstawie badań w mikroskopie zwykłym. Tylko w czasie obumierania prątka ulega wewnętrzna jego bu-

dowa dezorganizacji, a na powierzchni pojawia się coś w rodzaju struktury brzeżnej.

Wykazanie nukleoidów, mikrogranuli itd., jako też struktury ziarenek, pozwala lepiej zrozumieć zjawiska podziału i dziedziczenia bakterii. Nie można mówić o podziale cytoplazmy bakterii na entoplazmę i ektoplazmę, ponieważ nie ma między nimi granicy, ani różnicy gęstości. Niekiedy nawet widać w ze-

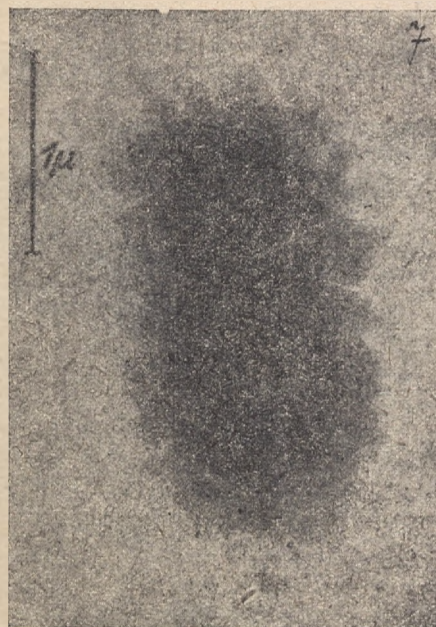


Ryc. 6. Prątek gruźliczy. Pow 1:18.000

wewnętrznej części bakterii mniejszą gęstość, jak w centrum, co odnosi się zarówno do gramoujemnych jak i gramododatnich bakterii. Chociaż nie można odróżnić ektoplazmy od endoplazmy, to jednak ektoplazma jest na zewnątrz ostro ograniczona, a niekiedy widać nawet tę granicę, jako linię o szerokości 8—20 μ . Poza ciałem bakterii widać często ziarniste twory, których wygląd jest dla pewnych gatunków bakterii charakterystyczny. W przypadkach, gdzie bakteria jest otoczona śluzem, nie okazuje on żadnej struktury, otoczki bakterii natomiast okazują ziarnistość lub promienistą strukturę i są prawdopodobnie wydzielane przez bakterie. (Ryc. 7.)

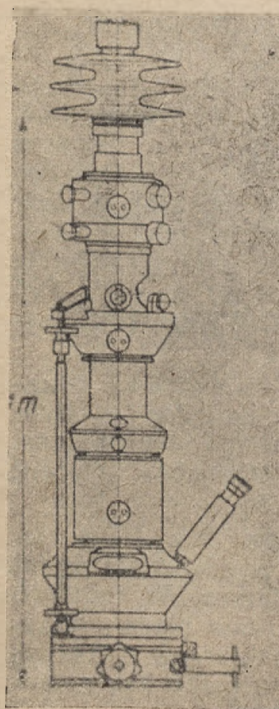
W mikroskopie elektronowym nie mogą być badane obiekty, które w próżni szybko parują. W każdym badanym obiekcie umieszczonym w próżniowej komorze mikroskopu elektronowego, ulatnia się przede wszystkim woda. Preparaty muszą być odpowiednio suszone. Również sam strumień elektronów może działać przez elektryczne ładowanie cząstek, jonizację i ogrzanie obiektu, zmiany te można spostrzegać w mikroskopie elektronowym. Jonizacja głównie zabija żywe komórki, co jednakże nie wywołuje zmian w zakresie

struktury wielkości tego rzędu, które leżą w zakresie mikroskopu elektronowego. Ogrzewanie obiektu da się zmniejszyć przez odpowiednie urządzenie chłodzące i przez nastawienie najniższego możliwie natężenia



Ryc. 7. Bac. pneumoniae z krwi myszki. Pow. 1:14.000
Ryciny pochodzą z prac cytowanych w tekście i z pracy: G. Piekarski i H. Ruska Uebermikroskopische Untersuchungen an Bakterien. Archiv f. Mikrobiologie 10. 302 do 321. 1939.

strumienia elektronów. Z innej strony wiadomo, że podczas nieodpowiedniej regulacji mogą w grubych obiektach wystąpić tempera-

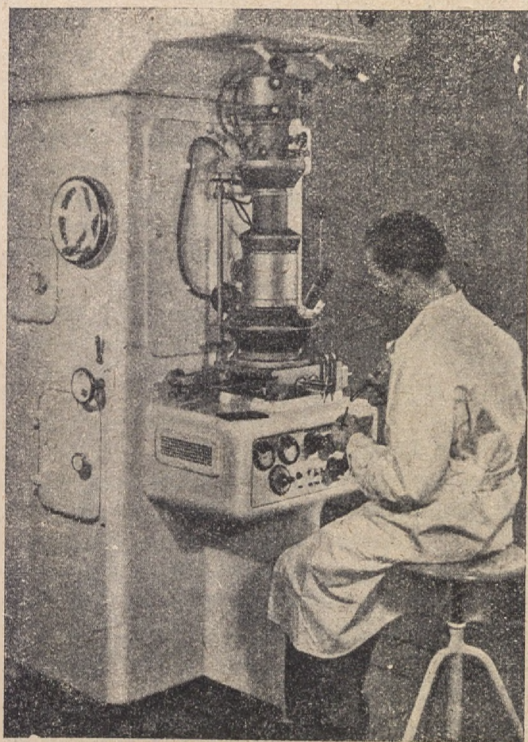


1. Rurka wysyłająca elektr.
2. Szpulka kondensorowa.
3. Śluz przedmiotowa.
4. Szpulka obiektywowa.
5. Tubus obiektywowy.
6. Szpulka projekcyjna.
7. Tubus projekcyjny.
8. Kasetta fotograficzna.

Ryc. 8. 1. i 2. Część wysyłająca elektrony.
3. do 7. Część obrazująca

tury, w których topi się srebro, a nawet mieszanina złota i platyny. Zawsze jednak po długim napromienianiu ulega białko denaturacji, a każda organiczna substancja ulega zwęgleniu, z zachowaniem widocznych struktur, co w obiektach biologicznych, umożliwia następne badanie bez barwienia w mikroskopach zwykłych.

Bezpostaciowy węglan wapniowy przekryształizowuje pod działaniem elektronów w mikroskopie elektronowym. Sól kuchenna sublimuje.



Ryc. 9. Widok ogólny mikroskopu elektronowego

Również mogą powstać w obiektach wtórne strumienie elektronów, a także promienie rentgenowskie, co praktycznie ma znaczenie raczej dla mikroskopowego badania powierzchni np. metali. Obiekty umieszcza się zwykle w przejrzystych foliach, ile możliwości, optycznie — elektronowo „pustych”. Np. koloidum rozpuszczone w octanie amyłowym,

nakropione na powierzchnię wody nasyconej octanem amyłowym, daje po odparowaniu octanu amyłowego odpowiednie błonki. Grubość takich najcieńszych filmów wynosi $10\text{ m}\mu$, a więc są one cieńsze od średniej długości molekuł koloidum, z których się składają, i które zatem leżą tu płasko. Na powierzchnię takich filmów osadzonych na otworach we wkładkach z aliażu złoto-platynowego w rodzaju szkiełek podstawowych, nakłada się uszkiem platynowym bez dotknięcia lub przez rozpylenie suchej substancji przedmioty, które mają być badane. Jeżeli chodzi o obiekty, których obecności nie można stwierdzić zwykłym mikroskopem — można się przekonać o udaniu się preparatu, dopiero w mikroskopie elektronowym. Obiekty badane leżą na filmie bez utrwalania czy umocowywania. Ponieważ niektóre środki badane rozpuszczają taki film — można film przedtem poddać działaniu strumieni elektronów w mikroskopie elektronowym, co powoduje denitrację nitrocelulozy i przejście jej w celulozę odporną na większość rozpuszczalników, na której można nawet przeprowadzać ekstrakcję.

Bakterie nadają się dobrze do takich preparatów, ale już inne jednokomórkowe tworzywa, np. główka plemnika, są zbyt grube i nie dają przejrzystych obrazów. Musi się tu zastosować preparaty ścinane w formie klina dla osiągnięcia grubości poniżej $1\text{ m}\mu$.

Ten problem jeszcze nie jest rozwiązany — i potrzebne też jest nadanie elektronom większego przyspieszenia napięcia, celem poprawienia zdolności przenikania.

Dla obiektów o zbyt małej grubości warstwy, można przez wprowadzenie cięższych atomów, osiągnąć zwiększenie kontrastu w stosunku do filmu jako podłoża („barwienie elektronowe”).

W zwykłym mikroskopie optyczny obraz zależy od barwy obiektu, jego współczynnika załamania i uginania się światła, a w mikroskopii elektronowej obraz powstaje przez rozproszenie, a w pewnych warunkach i przez interferencję, zależnie od iloczynu gęstości i grubości.

Przegląd polskich czasopism lekarskich

„Dziennik Zdrowia” — organ urzędowy Ministerstwa Zdrowia, redaguje dr Stanisław Konopka. Redakcja i administracja: Warszawa, Chocimska 24. Prenumerata 30 zł miesięcznie, 90 zł kwartalnie. Konto P. K. O. Nn I-654 Lek. Instyt. Nauk.-Wydawn.

Nr 23—24/46 z 30 XII 1946 (doręczony 30 VIII 1947). 122. Dekret z 8 XI 1946 o organizacji samorządu zawodowo-lekarskiego, lekarsko-dentystycznego i aptekarskiego, 123. Rozporządzenie z 6 XI 1946 o ogólnych przepisach dotyczących bezpieczeństwa i higieny pracy, 124. Okólnik 27/46 nr 4886/E z 13 VII 1946

w sprawie przekazania Komisarzom N. K. spraw zwalczania gruźlicy, 125. Okólnik 39/46 nr Org. II/5586/46 z 18 XI 1946 w sprawie rejestracji pracowników służby zdrowia, 126. Okólnik 40/46 nr M. V. 2345/46 o komisjach społecznych do spraw zwalczania chorób wenerycznych, 127. Okólnik 41/46 nr Org. I/4773/46 z 26 XI 1946 o komisjach koordynacji leczenia, 128. Okólnik 43/46 nr 8714/E/1128-III z 4 XII 1946 w sprawie badania wody do picia i potrzeb gospodarczych w wodociągach, 129. Okólnik 45/46 z 16 XII 1946 w sprawie przeprowadzenia badań przeciwyjadliczych w Zakładach Opiekuńczo-Wychowawczych, 130. Pismo okólne

nr G. m. 836/E23/134/46 z 26 X 1946 w sprawie zaopatrzenia w środki opałowe zakładów i instytucji służby zdrowia, 131. Pismo ogólne nr L. I. 6106/46 z 8 XI 1946 o zasadach ustalania wysokości opłat dziennych za leczenie chorych w szpitalach publicznych, 132. Pismo ogólne z 18 XI 1946 w sprawie udzielania informacji odnośnie rozdziału i gospodarki artykułami otrzymanymi z dotacji UNRRA, 133. Pismo ogólne nr 9540/E/1244-III z 4 XII 1946 w sprawie kontroli i zajęcia przedmiotów użytku zawierających cztero-etyłek ołowiu, 134. Pismo ogólne nr O. III. A. 3026/46 z 19 XII 1946 w sprawie zwrotu kosztów za miejsca numerowane w pociągach podczas podróży służbowych, 135. Pismo ogólne nr O. III/A 3185/46 z 2 XII 1946 w sprawie niewypłacania zasiłków zimowych, 136. Okólnik O. III. 624/46 z 6 XII 1946 w sprawie ścisłego stosowania przepisów o dostawach i robotach. Komunikaty: zmiany personalne. Katalog Gł. Lek. Konkursy.

„Polski Tygodnik Lekarski“ — redakcja i administracja: Warszawa, Chocimska 22. Redaktor: prof. dr Ludwik Paszkiewicz. Wydawca: Lekarski Instytut Naukowo-Wydawn. Prenumerata kwartalna 500 zł, zeszyt pojedynczy 50 zł. Konto P. K. O. nr I-654.

Nr 14/47 z 8 IV: *Dr Anastazy Landau* — Mechanizmy i obrazy niewydolności krążenia (dokończenie), *Stanisław Wszelaki* — Leczenie błonicy penicyliną, *dr Józef May* — Odczyn Biernackiego w durze plamistym, *lek. Leon Cholewa* — Statystyka zakażenia gruźliczego wśród krakowskiej młodzieży akademickiej na podstawie masowej radiografii, *doc. dr Andrzej Biernacki* — Streptomycyna w leczeniu gruźlicy.

Nr 15—17/47 z 14—18 IV: poświęcony prof. drowi Witoldowi Orłowskiemu, *Wacław Markert* — Profesor dr med. Witold Orłowski, *doc. dr Andrzej Biernacki* — Białaczka jako choroba nowotworowa, *doc. dr Antoni Fidler* — Wartość statystyk lekarskich w ocenie skutków leczenia, *dr Józef Wacław Grott* — Znaczenie fizycznego badania trzustki w wykrywaniu jej chorób u cierpiących na cukrzycę, *Walenty Hartwig* — Kilka zagadnień dotyczących choroby gośćcowej, *A. Horst* — Komórki siateczkowo-śródbłonkowe w rozmazach krwi i ich znaczenie rozpoznawcze, *dr Eugeniusz Kodejszko* — O trudnościach rozpoznawczych żołądkowych przełomów wędrowych, *dr Konrad Kosieradzki* — O ropniu płuc przebiegającym bezobjawowo, *dr Franciszek Krajewski* — Zmiany we krwi wywołane oddychaniem prawie czystym tlenem w ciśnieniu barometrycznym obniżonym, *prof. dr Henryk Lubieniecki* — O rozszerzeniu serca, *Tadeusz Orłowski* — Wartość kliniczna metody Philippsa i Van Slykea oznaczanie białka, hemoglobiny i odsetkowej objętości krwinek, *doc. dr Władysław Ostrowski* — O zapobieganiu przewlekłym nieswoistym ropniakom opłucnej i o ich leczeniu, *prof. dr Tadeusz Tempka* — Zapalno-bujające odczyny układu siateczkowo-śródbłonkowego na czynniki zakaźne i niezakaźne oraz właściwe siateczkowo-śródbłonkowice, *Marian Tulczyński* — Przyczynek do zagadnienia nowotworów kłębaka szyjnego, *Jakub Węgieńko* — Zapalenie w świetle kliniki.

Nr 18/47 z 5 V:

Dr med. i fil. Witold Łuczyński — Gościec nadciśnienia, *prof. dr Janusz Sobański* — Zapalenie po-

wierzchnowe rogówki punkcikowate nagminne, *Zdzisław Michalski i Alfred Klimkiewicz* — Próby leczenia miedzią zapalenia opon mózgowych, *dr Henryk Kławe* — Przypadek nie dającego się odprowadzić wypadnięcia macicy powikłany rakiem szyjki macicy, *dr Jerzy Borysowicz* — Praktyczne znaczenie odczynu Takata-Ary w rozpoznawaniu kłęby układu nerwowego, *dr Jan Bogdanowicz* — Ostre zapalenie nagminne wątroby, *dr Jan Gallus* — Obecny stan szpitalnictwa psychiatrycznego i opieki nad psychicznie chorymi w Polsce, *dr Jerzy Szulc* — W sprawie szkolenia chirurgów, *Aleksander Pruszczyński* — Wspomnienia z działalności Zakładu Anatomii Patologicznej U. W. w czasie od 1 IX 1939 do 1 VIII 1944 roku.

Nr 19/47 z 12 V: (zeszyt uzdrowskiowy).

Dr J. Dobrzyński — Istota i cele lecznictwa uzdrowskiego, *prof. dr Antoni Sabatowski* — Przegląd porównawczy organizacji uzdrowskich w niektórych państwach Europy i w Polsce, *dr Józef Jankowiak* — O odczynie kąpielowym, *dr Józef Matuszewski* — Polanica-Zdrój i jej działanie lecznicze, *dr J. Jakóbkiewicz* — Baseny kąpielowe zdrojów leczniczych, *dr Kazimierz Jax* — O częściowych kąpielach mineralnych kwasowęglowych w leczeniu chorych na serce, *mgr Cezary Kolago* — Uzdrowska w cyfrach w roku 1946, *Aleksander Pruszczyński* (dokończenie).

Nr 20/47 z 19 V:

Prof. dr Arthur Coca — Rodzinna niereagiczna alergia pokarmowa, *Walenty Hartwig i Edward Rużyłło* — O leczeniu choroby Graves-Basedowa pochodnymi tiomocznika, *W. Kamiński* — Przedziurawienia wrzodu żołądka i dwunastnicy, *dr B. Tolczyński* — Przypadek pierwotnego mnogiego raka krtani, *dr H. Kwitowa* — Przypadek łuszczyicy u noworodka, *dr Jan Gallus* (dokończ.).

Nr 21/47 z 27 V:

Jerzy Morzycki — Współczesne poglądy na istotę zakażeń przesączalnych, *dr M. Fejgin i dr A. Hausman* — W sprawie leczenia dychawicy oskrzelowej przeszczepianiem tkanki obcej, *Walenty Hartwig i Edward Rużyłło* (dokończ.), *W. Kamiński* (dokończ.), *prof. dr Ignacy Abramowicz* — Rzęcica oka, *Krzyszyna Ossowska* — Wrażenia z pobytu w pracowniach radiologicznych w Szwecji.

Nr 22—23/47 z 2—9 VI: (zeszyt lubelski).

Prof. dr Ludwik Zembrzusi — Stosunek Gotfryda Leibniza do medycyny, *prof. dr Jakub Węgieńko* — Cukrzyca a choroby jej towarzyszące, *prof. dr J. Zubrzycki* — Zachowawczy kierunek chirurgicznego leczenia włókniaków macicy, *prof. dr Czesław Murczyński* — Choroba wrzodowa a rak żołądka, *doc. dr Aleksander Goldschmid* — W sprawie ujednolnienia metodyki uzyskiwania IV odprowadzenia elektrokardiograficznego, *dr Witold Klepacki* — W sprawie chemoterapii pneumokokowego zapalenia opon u dzieci, *prof. dr Stanisław Mahrburg* — Rzadki przypadek nieprawidłowości wyrostka robaczkowego, *dr Tadeusz Jacyna-Onyszkiewicz* — Przypadek wglóbnienia biodrowo-kręgosłupowego z naczyniakiem złośliwym wstępnicy, *Tadeusz Kielanowski* — Techniczne powikłania sztucznej leczniczej odmy opłucnej, *prof. dr Ludwik Zembrzusi* — Dzieje nauczania medycyny, *doc. dr Aleksander Goldschmid* — W sprawie ściślejszej wymiany myśli i doświadczenia.

Nr 24/47 z 16 VI:

Aleksander Goldschmid — Badania nad glikemią w przebiegu choroby wrzodowej żołądka i dwunastnicy oraz spraw zapalnych, *Antoni Horst* — Wirusowe zapalenie płuc, *Andrzej Myćka* — Dwa przypadki ciężkiego uszkodzenia i niewydolności układu krwiotwórczego wywołano przez krwawienie, *dr Władysław Szreder* — Przyczynę do wpływu niektórych hormonów na odczyn Biernackiego, *dr P. Szarejko* — Szpitalnictwo w perspektywie przeszłości i przyszłości, *Ludwik Zembrzusi* (cd.).

Nr 25/47 z 23 VI:

Prof. dr Witold Orłowski — Sprawność narządu krążenia, *Jerzy Rydygier* — W sprawie zastosowania niektórych metod statystycznych „małej próby” do badań w medycynie, *Aleksander Goldschmid* — (cd.), *Antoni Horst* (dokończenie), *dr P. Szarejko* (cd.), *Ludwik Zembrzusi* (cd.), *mgr Cyryl Kolago* — Badania klimatyczne i hydrograficzne w uzdrowiskach, *doc. dr Bronisław Stepowski* — Doc. dr Tadeusz Keller — wspomnienie pośmiertne.

Nr 26/47 z 30 VI:

Marian Grzybowski — Pellagra nostras — pellagra polonica, *Józef Rydygier* — (cd.), *Aleksander Goldschmid* — (cd.), *dr Marian Mieczysław Koszła* — Przypadek pneumokokowego zapalenia opon mózgowych wyleczony penicyliną, *dr J. Dobrzyński* — Na tropie „ducha źródeł mineralnych”, *dr P. Szarejko* (dokończenie), *Bolesław Skarżyński* — Marceli Nencki.

Nr 27/47 z 7 VII:

J. Węgierko — Śp. Prof. dr med. Jan Henryk Lubieniecki, *Prof. H. Lubieniecki* — Jeszcze raz w sprawie metodyki opukiwania serca, *Marian Grzybowski* — (cd.), *Stanisław Świerczek* — Psychozy inwolucyjne, *dr Rafał Masztak* — Zapobiegawcze stosowanie penicyliny w ranach, *Dr Kazimierz Lejman* — Akcja zwalczania chorób wenerycznych w ramach akademickiej opieki zdrowotnej w Krakowie, *dr J. Dobrzyński* — (dokończenie), *Witold Rudowski* — O rozwoju leczenia przetaczaniem krwi.

„Przegląd Lekarski” — dwutygodnik, Redakcja i administracja: Kraków, Krupnicza 11a, m. 11. Redaktor: dr Bronisław Giedosz. Wydawca: Krakowskie Towarzystwo Lekarskie. Prenumerata kwartalna 600 zł. Konto P. K. O. Nr IV-310.

Nr 7/47 z 1 IV:

W. Kuryłowicz i *St. Ślopek* — Streptomycyna i jej własności, *St. Ślopek* — O nowym składniku antygenowym krwinek czerwonych człowieka (czynnik Rh), jego własnościach i znaczeniu, *doc. dr J. Kowalczyk* — Z pogranicza spraw zapalnych i nowotworowych, *dr Franciszek Pochopień* — Leczenie powracających ostrych zapaleń gardła u dzieci szczepionkami własnymi, *dr Mieczysław Kędra* — Przypadek pęknięcia śledziony o rzadkiej etiologii i niezwykle przebiegu klinicznym, *dr Tadeusz Nowak* — Lymphangioma colli et linguae u niemowlęcia.

Nr 8—9/47 z 15 IV — 1 V:

Prof. dr Semerau-Siemianowski — Gruźlica płuc a krążenie, *prof. dr Józef Wacław Grott* — Seryjne badanie krzepliwości krwi po obciążeniu ustroju glukozą jako nowa próba czynnościowa, *prof. dr K. W.*

Majewski — Parę uwag o widzeniu stenopeicznym, *prof. dr Jan Miodoński* — o dawkowaniu dożylnym scophedalu w zabiegach chirurgicznych, *dr Aleksander Ossowski* — W sprawie znieczulenia porodu, *Jan Kostrzewski* — Śmiertelność z duru wysypkowego w Polsce w latach 1940—1943, *dr Tadeusz Nowak* — Przypadek choroby Schueller-Christiana u dziecka 3½ rocznego, *Zbigniew Czapliński* — Zastosowanie metyltiouracylu w nadczynności tarczycy, *dr Bronisław Mach* — Zapalenie wielonerwowe jako nieoczekiwane powikłanie leczenia ropnia płuc penicyliną, *lek. Jan Rymar* — Morfologia i klasyfikacja płytek krwi człowieka, *dr A. Śliżyński* — Myelogram w durze brzuszonym i zimnicy, *dr J. Chlebowski-Frydman* — Przyczynowe leczenie miądższowego zapalenia wątroby, *dr Józef Godlewski* — O omdleniu w wieku dziecięcym, *dr J. Lachs* — Drzewo Oliwne. Mirt.

Nr 10/47 z 15 V:

Dr Aleksander Ametsen — Śp. dr Jan Kazimierz Gołąb — wspomnienia pośmiertne, *prof. dr Witold Orłowski* — Rozszerzenie tężniakowate lewego przedsionka serca, *prof. dr Stanisław Legeżyński* — Opis i analiza epidemii wodnej czerwinkowo-durowej, *prof. dr J. Kostrzewski* — O durze brzuszonym na tle Krakowa i kilku innych miejscowości, *dr Felician Wysocka* — O ubocznym szkodliwym działaniu penicyliny, przede wszystkim na zachowanie się ciałek białych krwi, *Jan Z. Robel* i *Edward Szczeklik* — Zatrucie czteroetylkami ołowiu, *dr Maria Byrdy* — O samobójstwach kombinowanych, *dr Karol Spelt* — Filip Pinel reformator psychiatrii, *prof. dr Józef Kostrzewski* — W pilnej i ważnej sprawie (dotyczy wścieklizny).

Nr 11/47 z 1 VI:

Prof. dr Antoni Sabatowski — O uzdrowiskach nadmorskich, *dr Wł. Eljasiewicz* — Słów kilka i naszej klimatoterapii morskiej, *Zdzisław Wiktor* — Z dziejów Łąka-Zdroju, *dr Józef Jakóbkiewicz* — Czynniki wywołujące powstanie chorób gośćcowych, *dr Ludził Marzec* — Zdroje Buska w świetle nowych analiz, *St. Ślopek* — Flora bakteryjna wód zdrojowych, *Włodzimierz Bruehl* — Sanatorium czy hotel zdrojowy w leczeniu gościa, *prof. dr A. Klisiecki* — Wpływ klimatu na odporność organizmu, *dr Bogdan Snarski* — Projekt organizacji służby zdrowia w uzdrowiskach dolnośląskich, *dr B. Pogonowski* — Śp. doc. dr Tadeusz Keller — wspomnienie pośmiertne.

Nr 12/47 z 15 VI:

Dr Karol Czech — O działalności Prof. dra Tadeusza Ostrowskiego, *doc. dr Bolesław Popielski* — Znaczenie sądowo-lekarskie wydzielin i wydaliny narządów płciowych, *dr Julian Aleksandrowicz* — Najnowsze sposoby leczenia chorób układu krwiotwórczego, *dr Stanisław Paszkowski* — Niecodzienny przypadek schizofrenii, *dr Tadeusz Nowak* — Z pogranicza pediatrii i otologii. Mastoiditis et otitis media occulta u niemowląt. Leczenie penicyliną, *Józef Adamczyk* — Dur brzuszny a ciąża i połóg, *dr Michał Jurema* — Ambulatoryjne leczenie wstrząsami elektrycznymi.

„Nowiny Lekarskie”, dwutygodnik, Redakcja i administracja: Poznań, Patrona Jackowskiego 29, Konto P. K. O. V-4073. Naczelny redaktor: prof. dr Karol Jonscher.

Prenumerata dla członków Izby Lekarskiej Poznańskiej i Pomorskiej 300 zł, dla nieczłonków 360 zł kwartalnie. Numer pojedynczy 60 zł.

Zeszyt 6/47 z 15 III:

Dr Andrzej Ł. Zahradnik — Wpływ wyciągów z narządów na wywóz azotu białkowego z ustroju ludzkiego i poziom azotu niebiałkowego krwi, *Roman Drews* — O wodonerczu w wieku dziecięcym, *dr Józef Jankowiak* — Przedwczesne inwalidztwo i jego zwalczanie, *dr Maksymilian May* — Ramowy projekt walki z gruźlicą na terenie stoł. m. Poznania, *dr Tomasz Kabata* — Wspomnienie pośmiertne o drze Lidnanowskim.

Zeszyt 7—8/47 z 1—15 IV:

Prof. dr Nowakowski — Dr Stefan Głabisz wiceprezes Pol. Tow. Otolaryngologicznego w Poznaniu, *prof. Jan Muszyński* — Zastępcze leki krajowe, *dr Aleksander Schreiber* — Wyniki statystyczne szeregowych zdjęć rentgenowskich przeprowadzonych w r. akad. 1945/46 wśród młodzieży akademickiej w Poznaniu, *dr Marian Piechocki* — Przypadek posulfamidowego zapalenia wielonerwowego z powodu leczenia rzeżączki u mężczyzny.

Zeszyt 9/47 z 1 V: (poświęcony prof. drowi Witoldowi Orłowskiemu).

Prof. dr Jan Roguski — Witold Orłowski jako twórca szkoły lekarskiej, *Feliks Bolechowski* — Obraz kliniczny zatrucia jadem kiełbasnianym (botulismus), *Antoni Horst* — Przypadek szpiczaka (myeloma) z obecnością patologicznego białka w moczu i we krwi, *dr Eugeniusz Kodejszko* — O zbyt rzadkim rozpoznawaniu brucellosis u ludzi w Polsce i o jej obrazie klinicznym, *doc. dr Wacław Markert* — Wartości badań urologicznych dla kliniki chorób wewnętrznych, *doc. dr Edward Szczekliki* i *Jan Rymar* — Wpływ penicyliny na krew obwodową u królików.

Zeszyt 10/47 z 15 V:

Doc. dr Bogumił Kozłowski — O uszkodzeniach wojennych oka, *Anatol Dowżenko* — Płyn mózgoworodzeniowy w stwardnieniu rozsianym, *dr J. Jakóbkiewicz* — Tylko zapobiegać, czy tylko leczyć?, *dr J. Jankowiak* — Lekarz i jego rola w walce o zdrowie człowieka, *dr T. Frąckowiak* — Medycyna w świetle dialektyki materialistycznej, *dr A. Schreiber* — Czynniki zaufania chorego do lekarza podstawą skuteczności leczenia.

Zeszyt 11—12 z czerwca 1947:

Dr Michał Sitowski — Śp. Prof. dr Edward Lubicz-Niezbabowski, *B. Giedosz* — Znaczenie śledziony w układzie dokrewnym, *Władysław Pręgowski* — Przypadek przyszczepionego zakażenia ospowego leczony penicyliną, *dr Wacław Iwanowski* — Ciechocinek-Cieplica.

Zeszyt 13—14/47 z 1—15 VII:

Prof. dr Józef Wacław Grott — O pożytku stosowania cukru doustnie u chorych przed zabiegami chirurgicznymi, *Eugeniusz Miętkowski* — O wpływie niektórych sulfonamidów na ciśnienie krwi, oddychanie i ciepłotę ciała ze szczególnym uwzględnieniem dożylnego podawania Cibazolu, *dr Andrzej Potyrała* — Zbiorowe zatrucie płynem przeciwstukowym.

„W Służbie Zdrowia“ — miesięcznik, organ Nacz. Izby Lek., Izby Okr. i Zw. Zaw. Prac. Śl. Zdr. Warszawa, Koszykowa 37, Konto P. K. O. I-1031. Redaktor: dr Tadeusz Jan Stępniewski. Bezpłatnie dla lekarzy. Cena numeru 40 zł.

Nr 5—6/47 z maja i czerwca:

Prof. dr Antoni Sabatowski — O leczeniu inwalidów w cieplicach polskich, *dr Juliusz Dobrzyński* — Uzdrowiska jako zagadnienie leczniczo-społeczne i gospodarcze, *dr Jan Wernicki* — O nowe drogi w lecznictwie ubezpieczeń społecznych, *Ignacy Potocki* — Drogi rozwoju uzdrowisk dolnośląskich w trzecim roku niepodległości, *dr Bogdan Snarski* — Postulaty lekarskie przy tworzeniu organizacji państwowych uzdrowisk dolnośląskich, *dr Julian Dobrzyński* — Wytyczne dla wyboru uzdrowisk, *dr Józef Jakubkiewicz* — Jak zapobiegać chorobom gośćcowym, *dr W. Iwanowski* — Ciechocinek i jego wskazania lecznicze, *Dr Eljasiewicz* — Sopot — jako uzdrowisko morskie i ośrodek leczniczy, *Busko-Zdrój*, *dr Bronisław Broszkowski* — Opieka higieniczno-lekarska dla letnich kolonii szkolnych, *dr Oskar Anselm* — Wartość kursów przeciwcieplanych.

Do numeru dodano:

„Kronika Wenerologiczna“ — kwartalnik, organ Pol. Zw. Przeciwwenerycznego, redaktorzy: prof. dr Marian Grzybowski, prof. dr Franciszek Walter, dr Tadeusz Jan Stępniewski, — wydawca: Polski Związek Przeciwweneryczny. Rok I, tom 1.

Zeszyt 1 — maj 1947:

Od redakcji. *Prof. dr M. Grzybowski* — Współczesne metody szybkiego leczenia kły, wczesnej w oparciu o penicylinę i związki arsenowe, *prof. dr Marian Grzybowski* — Wskazówki dla leczenia kły. Leczenie rzeżączki penicyliną. Dział streszczeń. *M. Grzybowski* — Gaston Milian, *dr Tadeusz Jan Stępniewski* — Cele i zadania Polskiego Związku Przeciwwenerycznego. Z. Towarzystw Dermatologicznych.

Nr 7—8/47 z lipca i sierpnia:

Prof. dr Mieczysław Michałowicz — Uposażenie lekarzy i stypendia młodzieży, *dr S. Stypulkowski* — Rola ośrodków zdrowia w walce z chorobami społecznymi, *dr M. Ciećkiewicz* — Śp. dr Jan Kazimierz Gołąb, *dr Antoni Henke* — Sprawa przerywania ciąży. I lata kłeski i walki — „Zdrowie i życie“.

Nr 9/47 z września:

Dr Karol Ryder — Projekt organizacji powszechnej służby zdrowia, *doc. dr Benedykt Dylewski* — O metodyce nauczania na wydziałach lekarskich.

Kodeks deontologii lekarskiej.

Medycyna Weterynaryjna — miesięcznik. Redakcja i administracja: Lublin, 3 Maja 16, m. 7. Prenumerata kwartalna 300 zł, numer pojedynczy 100 zł. Konto Z. K. O. II-119. Redaktor Naczelny: prof. dr Alfred Trawiński.

Nr 4/47 kwiecień:

Prof. dr Józef Parnas — Służba i nauka lekarsko-weterynaryjna w realizacji Narodowego Planu Gospodarczego, *prof. dr Antoni Krupski* — Podstawy naukowe do badań nad lizawością bydła w Szwajcarii, *prof. dr Stanisław Runge* — Leczenie zatrzymanego łożyska u krów, *dr Zygmunt Ewy* — O hormonie wytwarzanym przez część korową nadnercza, *prof. dr L. Zembruski* — Zagadnienie choroby, jej istoty i definicji (dokończenie), oraz liczne artykuły z zakresu med. wet.

Nr 5/47 maj:

Miedzy innymi pracami: *Alfred Senze* — Witaminy a płodność, *Janusz Lipnicki* — O tuberkulinizacji bydła

sposobem amerykańskim, *dr Zygmunt Mockus* — Uwagi na temat zwalczania wścieklizny w Polsce, *Zygmunt Ewy* — Toksyczne działanie DDT.

Nr 6/47 czerwiec: i Nr 7/47 lipiec:

Miedzy innymi: *prof. dr J. Andreas* — Stare i nowe poglądy na niepłodność u krów, *Abdon Stryszak* — *Studia epizootologiczne nad gruźlicą bydła w Polsce.*

Nr 8/47 sierpień:

Feliks Nagórski — Guttadiaphot u psów zdrowych i chorych, *dr Tadeusz Kobusiewicz* — Istota szczepień

przeciwężcowych ludzi i zwierząt anatoksyną tęż-cową, *Abdon Stryszak* (c. d.).

* * *

Zwracamy uwagę na pracę inż. *Stefana Manczarskiego* — Zagadnienie przenoszenia myśli w świetle badań radiotechnicznych — która ukazała się w „Przeglądzie Telekomunikacyjnym” Nr 10/46 (str. 282), Nr 11—12/46 (str. 313), Nr 1—2/47 (str. 25) i Nr 3—4/47 (st. 82). Administracja: Warszawa, Nowogrodzka 45, III p. Konto P. K. O. I-4430. Numer pojedynczy 65 zł.

Redakcja otrzymała:

Dr Henryk Dorski — Choroby zębów i ich leczenie — 299 stron, 107 rycin i 2 barwne tablice. Nakład Księgarni Powszechnej, Kraków, Rynek Gł. 41. Druk: Państwowe Zakłady Graficzne „Dom Prasy” w Gdańsku.

Dr Janusz Peter — Szkice z przeszłości miasta kresowego — 8-va, stron 427, Zamość 1947, nakład własny. Druk: Drukarnia Powiatowej Rady Nar. w Zamościu.

Ernest Fletcher — *Medical Disorders of The Locomotor System including The Rheumatic Diseases* — Edinburgh 1947, E. & S. Livingstone Ltd. 16 and 17 Teviot Place. Stron 625 + XII, 8-va, papier kredowy, liczne ilustracje, zdjęcia rentgenowskie, szkice i dwie ryciny barwne, oprawa płócienna.

Nowoczesny podział schorzeń gośćcowych — nadzwyczaj starannie opracowane poszczególne działy schorzeń systemowych z kliniką, diagnostyką i terapią. Całość bardzo treściwa i zwięźle obrazuje nowożytnie podejście do spraw reumatycznych i ich leczenia. Książka bardzo cenna. J. G.

S. C. Dyke — *Recent advances in Clinical Pathology* — London 1947, J. & A. Churchill Ltd. 104 Gloucester Place Portman Square, W. I. Stron 468 + XII, 16-a, liczne ryciny, tabele i wykresy, oprawa płócienna.

Jest to zbiorowy podręcznik wydany pod kierunkiem europejskiego Związku Patologów Klinicznych przez S. C. Dyke, nakład J. A. Churchill, London. Cel, który przyświecał wydaniu tej książki, to zapoznanie lekarzy klinicyzów, a zwłaszcza lekarzy analityków z najnowszymi zdobyczami wiedzy w zakresie diagnostyki pracownianej, zdobyczami lat wojny, kiedy to cała Europa prócz Anglii odcięta była od możliwości swobodnej pracy naukowej. Tom obejmuje 468 stron druku z ilustracjami, zakładając u czytającego podstawowe wiadomości w zakresie analityki lekarskiej, uzupełnia we wszystkich dziedzinach, a więc: w bakteriologii, biochemii, hematologii, cytologii i histologii te braki, które powstały w naszej wiedzy przez lata wojny. Wydany nadzwyczaj starannie, pisany dostępnie, zwięźle, jest pasjonującą lekturą dla każdego lekarza, który zajmuje się tymi dziedzinami wiedzy i który pragnie uzupełnić swoje w tej dziedzinie wykształcenie. J. B.

G. Fulton Roberts — *The Rhesus Factor* — London 1947, William Heinemann — Medical Books Ltd, stron 47 + VIII, form. 16-a, broszurowane.

Na wstępie podaje autor jako cel tej niedużej książki zsumowanie dotychczasowych badań nad czynnikiem

Rh i wyjaśnienie jego znaczenia dla medycyny klinicznej. Cel ten został zdaje mi się osiągnięty. Po uważnym przeczytaniu tej książki bardzo zawiły problem serologii czynnika Rh wydaje się zrozumiały i jasny. Wskazania dotyczące transfuzji krwi z uwzględnieniem czynnika Rh określa autor wyraźnie. Także dla położnika książka ta będzie cennym przewodnikiem w trudnym problemie powikłań ciąży skutkiem uczulenia kobiety ciężarnej na czynnik Rh. Osobny rozdział zaznajamia nas z dość zawiłą nomenklaturą Fishera i wprowadza w teorię dziedziczenia czynnika Rh. Przetłumaczenie tej pracy na język polski było by bardzo pożyteczne. J. B.

F. M. R. Walshe — *Diseases of The Nervous System* — fifth edition, Edinburgh 1947, E. & S. Livingstone Ltd, 16 & 17 Teviot Place, 8-va, stron 351 + XVI, rycin 59, oprawa płócienna.

Zwięzły podręcznik, napisany dla praktyków i studentów przez neurologa i nauczyciela o międzynarodowej sławie. Przejrzysty układ książki, starannie dobrane fotografie i rysunki, uwzględnienie w szerokiej mierze współczesnych sposobów leczenia — stanowią o istotnej wartości książki. A. G.

Sir Arthur Stalsbury Mac Nalty — *The Renaissance and its influence on English Medicine, Surgery and Public Health* — 1946, London, Christopher Johnson, 109 Great Russell Street. Stron 30, 16-a, 3 ryciny, oprawa płócienna.

Ostatnie publikacje lekarskie w W. Brytanii podaje nam The British Council, Warszawa, Górnośląska 39:

J. Adriani — *The Chemistry of Anaesthesia* — Blackwell, cena 35 s.

British Empire Cancer Campaign (23rd annual report 1946).

T. East — *Cardiovascular disease in general practice*, 2nd edition — Lewis, cena 12 s.

A. Fidler — *Whither Medicine: From dogma to science?* — Nelson, cena 6 s.

C. Flemming — *Minor Surgery*, 23rd edition — Churchill, cena 14 s.

E. Fletscher — *Medical disorders of the locomotor system including the rheumatic diseases* — Livingstone, cena 45 s.

E. H. R. Harries, M. Mitman — *Clinical practice in infectious diseases: for students, practitioners & medical officers*, 3rd edit. — Livingstone, cena 22 s.

J. D. Mershaw — *An approach to social medicine* — Bailliere, cena 15 s.

L. Minski — *A practical handbook of psychiatry for students and nurses* — Heinemann, cena 6 s.

F. Mitchell-Heggs — *The M. B., B. S. Finals*, 3rd ed. — Churchill, cena 8 s. 6 d.

The Psychical Society — *Report on defective colour vision in industry* — The Psychical Society, 3 s. 6 d.

F. W. Robins — *The Story of water supply* — O. U. P., cena 18 s.

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists: *17th Annual Report*, 1945.

Royal College of Surgeons of England. *Calendar*, August 1st, 1946 — Royal College of Surgeons, cena 2 s. 6 d.

G. H. T. Stovin — *Gas and air analgesia in midwifery* — Staples Press, cena 5 s.

S. Swift — *Food and drugs administration* — Butterworth, cena 40 s.

Medical Research Council — *Chemotherapeutic and other studies of typhus*, (Special Report Series No. 255) — H. M. S. O., cena 12 s. 6 d.

F. M. R. Walshe — *Diseases of the nervous system described for practitioners and students*, 5th edition — Livingstone, cena 16 s.

E. N. Willmer — *Retinal structure and colour vision. A restatement and an hypothesis* — Cambridge University Press, cent 21 s.

Czytelnicy proszeni są o kierowanie wszelkich zapytań odnośnie postępu brytyjskiej nauki oraz organizacji technicznej do Biura Informacji Naukowych British Council w Warszawie, ul. Górnośląska 39, tel. 877-82.

Gurewicz i Sierejskij

Podręcznik psychiatrii

Moskwa. 1946 Wydanie 5, str. 427

Ten krótki podręcznik obejmuje wszystkie działy psychiatrii, podaje zmiany anatomiczne i mikroskopowe, oraz uwzględnia najnowsze zdobycze leczenia, jak np. kurację schizofrenii za pomocą długotrwałego snu, lub snu przerywanego, kurację wstrząsową insulina, prądem elektrycznym itp. Streściny w ujęciu autorów sądowo-lekarskie znaczenie poszczególnych jednostek chorobowych:

PORAŻENIE POSTĘPUJĄCE. Przepiętstwa paralityków cechują: lekkomyślność i bezsensowność. Pod względem sądowo-lekarskim szczeg. są ważne pierwsze okresy tej choroby; zwraca uwagę niewspółmierność pomiędzy rodzajem, bezmyślnością przestępstwa, a linią życia chorego, jego poprzednim postępowaniem i stanowiskiem. Zwykle przestępstwa nie noszą poważniejszego charakteru: zaburzenia uwagi lub pamięci powodują że chory zabiera cudze rzeczy, źle prowadzi rachunki, zapomina notować wydatki itp. co może budzić podejrzenie, że usiłował popełnić oszustwo. Czasami wskutek wygórowanego popędu płciowego chory popełnia czyn niegodny. Analiza przestępstw paralityków wykazuje, że są one popełnione bez zachowania wszelkiej ostrożności, co u lekarza budzi już myśl o nienormalnym stanie sprawcy.

ZABURZENIA PSYCHICZNE W PRZYPADKACH USZKODZENIA CZASZKI

W okresach wojny i powojennych tego rodzaju przypadki posiadają specjalne znaczenie; ważne jest ustalenie stopnia poczytalności sprawcy, w okresie gdy popełnił przestępstwo podpadające pod kodeks karny wojenny, jak np. dezercję, przekroczenie dyscypliny itp. Należy pamiętać, że osoby po tego rodzaju urazie wykazują nieraz zaburzenia świadomości, co oczywiście musi być brane pod uwagę w ocenie poczytalności. Osobnicy którzy ulegają urazowi czaszki popełniają często przestępstwa w stanie silnego wzruszenia, są skłonni do podnieceń, łatwo ulegają podrażnieniu, skorzy są do czynnej reakcji fizycznej, szczególnie gdy znajdują się pod wpływem alkoholu. Autorzy są zdania, że tego rodzaju stany nie dają podstaw do przyjęcia niepoczytalności sprawcy.

Czasami lekarz spotyka się ze stanami reaktywnymi, które rozwinęły się na tle urazu czaszki (histeria, otępienie rzekome, reaktywne stany depresji, stany paranoidalne itp.), w takich przypadkach oceniając stopień poczytalności sprawcy posługujemy się zasadami, przyjętymi dla oceny stanów reaktywnych. Należy wreszcie pamiętać, że poszkodowani są skłonni do symulacji i agravacji, odpowiednie badanie i obserwacja wyjaśnia zwykle sprawę.

PADACZKA. Chory na padaczkę w stanie zamroczenia, połączonego z zastrasżającymi omamami, popełnia nieraz ciężkie przestępstwa, np. morduje członków własnej rodziny itp. z czego zupełnie nie zdaje sobie sprawy. Niekiedy po zabójstwie zasypia obok ciała ofiary. Duża drażliwość takich chorych i ich skłonność do patologicznych stanów afektywnych powoduje często konflikty z otoczeniem. W stanie zamroczenia zadają samym sobie rozmaite uszkodzenia, a czasami nawet popełniają samobójstwo.

Nie rzadkie są przypadki podpalenia w okresie stanu zamroczenia. Cechą ułatwiającą rozpoznanie jest między innymi i to, że dokonane przestępstwo nie ma żadnego związku z okolicznościami życia chorego.

Epileptyk, który popełnia przestępstwo w stanie pełnego zamroczenia świadomości, nie może oczywiście być odpowiedzialny za swój czyn, jest jednak wysoce niebezpieczny dla otoczenia i winien być umieszczony aż do wyleczenia w odpowiednim zakładzie leczniczym. Stwierdzenie padaczki nie powoduje jeszcze uznania chorego za nieodpowiedzialnego, gdyż u wielu chorych tego rodzaju stan psychiczny nie ulega większym zmianom.

SCHIZOFRENIA. Z punktu widz. sądowo-lekarskiego mają znaczenie przede wszystkim początkowe okresy choroby — w dalszym okresie cierpienia, gdy występuje otępienie, chorzy stają się bierni i mało skłonni do popełnienia przestępstw. Więcej niebezpieczna jest postać hebefreniczna, gdy chorzy dają sobie jako tako radę w życiu codziennym i nie

znajdują się pod fachowym nadzorem. Prześstępstwami najczęstszymi są tutaj przede wszystkim kradzieże i włóczęgostwo. Postać paranoidalna, połączona z urojeninami prześladowczymi, pod wpływem których popełniają nieraz zabójstwa, jest bardzo ważna pod względem sądowo-lekarskim. Bardzo niebezpieczne są stany podnieceń katatoników: czyny impulsywne są u nich niespodziewane, nieumotywowane, niezrozumiałe a pod wpływem omamów, lub urojeń mogą oni dokonywać zabójstw, podpaleń itp. Czasami w związku urojeniami w stosunku do swych narządów płciowych chorzy popełniają przestępstwa o charakterze czynów nierządnych.

Zasługuje na podkreślenie, że wymienione czyny przestępne mogą zaistnieć długo przed rozpoznaniem choroby.

PSYCHOZA MANIAKALNO-DEPRESYJNA.

Chorzy w okresie depresyjnym pod jego wpływem, wzgl. pod wpływem urojeń, popełniają czasami samobójstwa, lub samouszkodzenia i niekiedy zabijają swych bliskich, szczególnie dzieci, ratując je od urojonych niebezpieczeństw. Należy zaznaczyć, że w okresie przerw w przebiegu choroby (intervallum lucidum) nie zawsze można wykluczyć istnienia zaburzeń psychicznych, które doprowadziły do przestępstwa. W okresie maniakalnym chorzy są skłonni do trwonienia pieniędzy, tworzenia zamków na lodzie, wszczynają bójki, a wskutek podniecenia płciowego dokonują czynów nierządnych.

PSYCHOPATIA. Psychopaci często popełniają rozmaite przestępstwa; ponieważ nie są w ścisłym tego słowa znaczeniu psychicznie chorzy, nie mogą więc być traktowani, jako niebezpieczni. Do kategorii przestępstw popełnianych przez psychopatów odnoszą się między innymi czyny o charakterze homoseksualnym, karalne według prawodawstwa sowieckiego.

OLIGOFRENIA. Osobnicy zatrzymani w rozwoju psychicznym, nie mogą być traktowani, jako w pełni odpowiedzialni za swe postęпки, w razie popełniania przez nich czynów sprzecznych z prawem, należy zastosować środki zabezpieczające społeczeństwo: muszą pozostawać pod stałym dozorem, a przedstawiający większe niebezpieczeństwo — umieszczeni w odpowiednich zakładach lub szpitalach psychiatrycznych, gdzie winni być zatrudnieni w rzemiośle, a szczeg. na roli. W przypadkach niedorozwoju słabego stopnia nie jest wskazane traktowanie ich jako nieodpowiedzialnych, lecz należy stosować do nich postępowanie o charakterze sądowo-wychowawczym. Wobec tego biegły lekarz musi ustalić nie tylko istnienie oligofrenii, lecz także i jej stopień. Od orzeczenia biegłego będzie uzależniony dalszy los chorego.

Podręcznik autorów jest napisany przystępnie, zwięźle a jednak uwzględnia najnowsze zdobycze wiedzy psychiatrycznej. Należy żałować, że nie posiadamy dotychczas podobnej książki w języku polskim. W. Grzywo-Dąbrowska.

Roczniki Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie, Tom I, Lublin 1946, nakład Uniwersytetu M. C. S., z zasiłku Prezydium Rady Ministrów, 8-va, stron 392 (przegląd treści podamy w następnym numerze).

Prof. dr Jan Lenartowicz — Czym są i czym grożą choroby weneryczne — Katowice 1947, Spółdzielnia Wydawnicza „Meta”, stron 67, form. 16-a, broszura, (drukowane na najgorszym papierze gazetowym).

Problemy osadnictwa rolniczego — III Sesja Rady Naukowej dla zagadnień Ziem Odzyskanych, zeszyt II, Kraków 1947, stron 258. Cena 150 zł.

Morze i Odra — IV Sesja Rady Naukowej dla zagadnień Ziem Odzyskanych, zeszyt I, Kraków 1947, stron 90. Cena 100 zł. Adres redakcji: Biuro studiów osadniczo-przesiedleńczych, Kraków, Plac Szczepański 5, VII p.

„Czytelnik” w Krakowie — Sprawozdanie z działalności za rok 1946 — Kraków 1947, stron 64, form. 16-a, broszura, 2 kredowe tablice.

Streszczenie piśmiennictwa zagranicznego:

Medycyna pracy

MEDYCINA URAZOWA:

T. G. Reah — Carcinoma basocellulare w miejscu urazu (Brit. Med. J. Nr 4499, z 29 III 1947).

U 31-letniego mężczyzny, który odniósł w listopadzie 1942 powierzchowną ranę darta skroni prawej od odłamka bomby lotniczej i u którego w sierpniu 1943 wyjęto z miejsca, położonego nieco powyżej, tkwiący w skórze kończysty odłamek metaliczny długości 0,5 cm — rany nie goiły się przez okres 3 i pół lat, powoli powiększały się i często krwawiły. W lutym 1946 stwierdzono, że pierwsza rana wielkości $3,5 \times 1,7$ cm była prawie w zupeł-

ności pokryta naskórkiem, natomiast ranę po wyjęciu odłamka pokrywał strup $1,7 \times 1$ cm. Wycinek z jej brzegu wykazał utkanie ca basocellulare. Żadnych przerzutów nie stwierdzono. Tak wczesne zrakowacenie w bliźnie należy do rzadkości. W zestawieniu Schreka z r. 1941 spośród 296 przypadków raka basocellularnego — 5 powstało w bliźnie, okres „inkubacji” wynosił jednakże kilkanaście, a nawet kilkadziesiąt lat. J. Z.

Leczenie uszkodzeń nerwów obwodowych. (Art. red. „Lancet” nr 6417 z 24 VIII 1946.)

W ciągu ostatnich lat powstały wątpliwości w słuszność poglądu, który ustalił się w la-

tach 1914—18, że długość czasokresu, upływającego od chwili uszkodzenia nerwu, aż do zeszycia go, nie wpływa w wybitniejszym stopniu na wynik leczenia. Chirurdzy amerykańscy Spurling i Woodhall ogłosili ostatnio wyniki uzyskane w 3000 przypadków wczesnego leczenia chirurgicznego uszkodzeń nerwów (**przeciętnie do 39. dnia po zranieniu**).

Z tego w 54% przypadków dokonano zszycia nerwu, które nie nastręczało większych trudności; jedynie w 1% przypadków ubytek był tak duży, że nie pozwalał na zszycie końca z końcem. Udoskonalenie sposobu udzielania pierwszej pomocy zmniejszyło wybitnie wtórne zmiany martwicze uszkodzonych odcinków nerwów. Wczesne leczenie uszkodzenia jest konieczne ze względu na to, że z czasem zarówno w obwodowym odcinku nerwu, jak i w pozbawionych unerwienia mięśniach zachodzą znaczne, a w końcu i nieodwracalne, zmiany zwyrodnieniowe. Pierwotny szew nerwu nie jest jednak wskazany z tej przyczyny, że trudno ocenić stopień uszkodzenia śródnervowego, związanego z każdym przerwaniem ciągłości nerwu. Polecają więc autorzy **zszycie wtórne nerwu, ale we wczesnym okresie**; dawało ono 5% niepowodzeń, wobec 22% po szwie pierwotnym. J. Z.

Paraplegia urazowa — (art. red. — Lancet nr 6442 z 15 II 1947, str. 258).

W wojnie 1914—18 śmiertelność w złamaniach kręgosłupa z następową paraplegią wynosiła około 40%, w ubiegłej zaś do 10% (statystyki amerykańskie). Poprawa ta zależy głównie od właściwego postępowania w porażeniu pęcherza. Paraplegia urazowa przedstawia pięć głównych problemów: urologiczny, neurologiczny, ortopedyczny, dietetyczny i odleżynowy. W urologii stosuje się, prócz odpowiedniego drenażu, streptomycynę w dużych dawkach. W neurologii dla ulżenia w bólu i skurczu skuteczne są w niektórych przypadkach wlewki dordzeniowe alkoholu. W pojedynczych przypadkach konieczna jest chordotomia lub rhizotomia. W dietetyce należy uwzględnić znaczne utraty białka wskutek odleżyn i zmian pęcherzowych. Leczenie paraplegii wymaga szczególnie zorganizowanych ku temu ośrodków. W. B.

George Blaine — Zastosowanie „plastyków” w chirurgii (Lancet nr 6424 z 12 X 1946).

W krajach anglosaskich przemysł chemiczny dostarcza obecnie dużej ilości rozmaitych syntetycznych materiałów plastycznych, które zwłaszcza podczas wojny znalazły pewne zastosowanie w chirurgii. Używane są np. do uzupełniania ubytków sklepienia czaszki i kości twarzy, w niektórych jednak przypadkach po kilku miesiącach płytki z plastyku (najczęściej tzw. akrylik) oddzielają się i przez powłoki wydają na zewnątrz. Próby używania ich zamiast gipsu do szyn dla ustalania złamań rozbiły się o dwie trudności: 1. ciepłota, w której te substancje dają się umodelować, jest prawie zawsze zbyt wysoka zarówno dla chirurga, jak i dla chorego, 2. są

nieprzepuszczalne, pozbawione porowatości, stąd pot zbiera się pod nimi i maceruje skórę. Nadają się natomiast na materiał dla szyn zdejmowanych na noc, np. w przypadkach porażenia nerwu promieniowego; takie szyny są zawsze czyste (można je myć), lekkie i znacznie przyjemniejsze, niż gipsowe. Jako materiał do szycia znalazł zastosowanie znany nylon (polyamid), dobrze znoszony przez tkanki, który wymaga jednak starannego wiązania, gdyż łatwo wyslizguje się. Poszukiwania za materiałem plastycznym, który by wchłaniał się z czasem i mógł być wprowadzony np. w postaci cienkich błon do ran, jako nośnik środków hemostatycznych i antybiotycznych doprowadziły do odkrycia aminoplastyny i oksycelulozy, z których ostatnia znalazła zastosowanie w chirurgii mózgu, jako nośnik trombiny; wadą tych substancji jest niemożność wyjaławiania ich ciepłem. Takie cienkie błony mogą też być umieszczone tam, gdzie chcemy zapobiec zrostom pooperacyjnym.

Spśród substancji białkowych wypróbowano włóknik, kazeinę, żelatynę, oraz białko otrzymane z roślin morskich; substancje te nadają się jako materiał na cienkie błony i pianę, np. dla pokrycia oparzeń, lub jako nośnik trombiny. Błony z włóknika używane też były dla wypełnienia ubytków opony twardej. J. Z.

Galatti R. — Wypadki śmierci w Alpach ze szczególnym uwzględnieniem techniki wyszukiwania i oględzin zwłok. (Inauguraldisser-tation. Buchdruck. Glazner Nachrichten., Clarus, 1942. S. 62.)

Autor, na podstawie 1447 wypadków śmierci zaszłych w okresie 45 lat (od r. 1890) w górach alpejskich, w rejonie Montblanc, wśród doświadczonych i niedoświadczonych turystów, analizuje przyczyny tych wypadków oraz obrażenia stwierdzone podczas oględzin zwłok.

Z przyczyn, które spowodowały wypadki śmierci, wylicza autor czynniki atmosferyczne, fizjologiczne i patologiczne. Do czynników atmosferycznych należy zaliczyć szybkie i znaczne różnice temperatur (zbyt niska, lub zbyt wysoka temperatura, różnice zależnie od wysokości i znaczne, nieoczekiwane zmiany w krótkich odstępach czasu), nadmierne nasłonecznienie (udar słoneczny, w zimie śle-pota śnieżna), zbytne zawilgocenie powietrza, mgły, burze (pioruny), gołoledź. Z czynników fizjologicznych najczęściej wpływały na wypadki niewłaściwy sposób żywienia się, nadużycie alkoholu, nieodpowiednie przygotowanie fizyczne, brak opanowania nerwowego, w końcu przede wszystkim choroby narządu krążenia.

Na ogólną liczbę 1447 wypadków śmierci w górach Montblanc — 534, tj. 45,92% dotyczyło turystów niedoświadczonych, którzy w krytycznej chwili odbywali wyprawy bez przewodników, 255 zgonów, tj. 21,93% zanotowano wśród doświadczonych turystów bez

przewodników, 116, tj. 9,97% wśród osób prowadzonych przez przewodników, 106, tj. 9,11% wśród turystów udających się pojedynczo w góry, w końcu 152 wypadki śmierci, tj. 13,07% wydarzyło się w okresie zimowym.

Oględziny wewnętrzne zwłok przeprowadzano wyjątkowo, z reguły tylko wówczas, gdy zachodziło podejrzenie zbrodni, samobójstwa, względnie śmierci naturalnej (nagły zgon z następowym upadkiem w przepaść). Ustalenie rodzaju śmierci było trudne chociażby z tego powodu, że wyszukanie i wydobycie zwłok nie zawsze było łatwe, zwłoki dostarczano do sekcji w czasie znacznie spóźnionym, często po tygodniach, miesiącach a nawet latach; w tym czasie, wobec daleko posuniętych zmian pośmiertnych, zacierały się te cechy, które mogły być pomocne w różniczkowym rozpoznaniu.

W czasie oględzin zwłok zmarłych w następstwie wypadków w górach stwierdzano zewnętrzne i wewnętrzne, zależnie od wysokości upadku i terenu: pogruchotanie kości zazwyczaj bardzo ciężkie i liczne obrażenia czaszki, powikłane złamania kręgosłupa, żeber, kości kończyn, rozdarcia ścian jam ciała, poszarpania i pęknięcia płuc, serca, narządów gruczołowych jamy brzusznej, a także rozczłonkowanie zwłok; znalezienie wszystkich części ciała nie zawsze było możliwe.

W. Dzułyński.

CHOROBY ZAWODOWE:

L. T. Fairhall — Toksykologia nowszych metali (Brit. Journ. of Ind. Med., Vol. 3, nr 4, październik 1946, str. 207).

Omówione są wpływy trujące metali i stopów, niedawno wprowadzonych do przemysłu.

Beryl: opisano zapalenia tkanki płucnej i skóry. Soli berylu używa się do fabrykacji masy fluoryzującej do zegarków.

Kadm: zatrucia są w 15% śmiertelne. Kadmu używa się na większą skalę do powlekania innych metali. Zatrucia są możliwe, jeżeli z blachy powleczonej kadmem sporządzono puszki na lemoniady, marmelady itp. Objawy występują w takich wypadkach szybko, 15 do 30 minut po spożyciu, wyjątkowo zaś dopiero po kilku godzinach. Również powodem zatrucia może być przechowywanie pożywienia w chłodniach, których ściany wewnętrzne powleczone są kadmem. Także pary tlenu kadmu są trujące. Dopuszczalna granica stężenia w powietrzu w fabrykach, używających tlenu kadmu, wynosi 1 mg na 10 m³.

Kobalt: używany głównie do stopów z niklem i glinem, dla produkcji silnych magnesów, oraz jako spoidło w fabrykacji narzędzi tungstenowych i innych. Nadto kobaltu używa się w pracowniach analitycznych, jak też i dla poprawiania cech gleby; brak bowiem kobaltu w glebie współdziała w powstawaniu niektórych chorób bydła. Wpływ fabryczny kobaltu zaznacza się na skórze i na systemie krwiotwórczym. Cystyna ma stanowić odtrutkę.

Columbium: (dawniej zwane niobium) należące wraz z tantalem do grupy wanadu, a mające znaczną odporność na wpływy chemiczne oraz b. wysoki punkt topnienia, odgrywa dzięki temu rolę w wytwarzaniu stopów, potrzebnych do produkcji samolotów wyrzutniowych. Nie są jeszcze znane ujemne wpływy tego metalu na człowieka w produkcji przemysłowej.

Indium: jest mało znane, jako bardzo rzadki metal. Używa się do opancerzenia łożysk kulkowych w silnikach lotniczych, a także w stopach ze srebrem i ołowiem. Nie są dotąd znane wypadki szkodliwego wpływu w przemyśle.

Osm: znane jest toksyczne działanie na błony śluzowe nosa i oczu czterotlenku osmowego. Silniejsze zatrucia dotyczą też narządów wewnętrznych i mogą być śmiertelne. Zastosowanie w przemyśle jest nieduże, jednak w używaniu go do fabrykacji wiecznych piór (osm-iridium) zdarzają się wpływy toksyczne.

Platyna: złożone sole platyny, rozpylone w fabrykach działają drażniaco na błony śluzowe i skórę, nie są zaś szkodliwe pyły czystej platyny, lub złożonych soli palladu. Toksyczne działanie jest więc swoiste.

Selen: działanie trujące jest niewątpliwe, dotyczy błon śluzowych, skóry, wątroby i śledziony (zapewne układu siateczkowo-śródbłonkowego — przyp. ref.). Narażenie się jest duże w oczyszczalniach miedzi.

Tantal: jest bardzo trudno odróżnić od columbium (p. w.). Dzięki odporności na wpływy zewnętrzne i braku działania drażniącego na tkanki używany jest do protetyki kostnej (czaszkowej) w chirurgii. Zastosowany też jest w fabrykacji rurek elektronowych (radar) i w wytwarzaniu sztucznej gumy. Wpływy toksyczne w przemyśle nie są znane.

Telur: zastosowany jest również w fabrykacji gumy, oraz dla hartowania ołowiu i stali, jak też i dla poprawy ich klepalności, nadto w stopach różnego rodzaju. Znane są przypadki zatrucia telurem, cechujące się zapachem czosnku z ust i moczu, suchością skóry i ust, oraz występowaniem metalicznego smaku w ustach, a także i wymiotami oraz sennością. Pary teluru nie powinny przekraczać stężenia 1 mg na 10 m³ powietrza.

Tor: był używany do wyrabiania siatek do lamp gazowych, obecnie mniej, lecz także, jako katalizator, w ceramice, oraz farmaceutyce. Niebezpieczna jest jego radoczynność, która — aczkolwiek słaba — wystarcza do wywoływania zmian skórnych. Mezotorium, używane do świecących zegarków, z dawna znane jest ze szkodliwego działania. Środki kontrastowe, zawierające tor (thorotrast itp.), używane w diagnostyce rentgenowskiej, stanowią również potencjalne niebezpieczeństwo ze względu na wieloletnie utrzymywanie się w ustroju (efekt carcinogenetyczny?).

Uran: jest to jad dla narządów mięszo- wych, podobnie jak arsen, lub rtęć. Również sześćfluorek uranu, wyzwalający się podczas

termicznego rozszczepiania izotopów uranu w czasie produkcji energii atomowej, jest prawdopodobnie silnie toksyczny, tak że należy zwrócić uwagę na przemysłowe narażanie się pracowników w razie wzmożenia się produkcji energii atomowej w przyszłości.

Wanad: zastosowanie jego wzrasta bardzo znacznie dzięki użyteczności w wytwarzaniu wysokowartościowej stali. Także i w innych stopach bywa wanad stosowany, nadto jako katalizator. Wanad wydobywa się z rudy, zwanej patronitem, w której znajduje się w postaci siarczku. Toksyczność wanadu, zdaje się, nie ulega wątpliwości, zwłaszcza zaś pyłu patronitowego, który działa ujemnie na narząd oddychania.

W. B.

L. Vignoli, Y. Poursines, H. Ollivier i R. Merland — Przyczynek do badań doświadczalnych toksycznego działania indu. (*Archives des maladies professionnelles de médecine du travail et de sécurité sociale*. Tom 7, nr 5, str. 356—364, r. 1946.)

Ind, spotykany w większych stosunkowo ilościach w prowincji Utah, znalazł zastosowanie w Ameryce w stopach do wyrobu dostawek zębnych, a także w złotnictwie i do wyrobu sztucznych klejnotów.

Autorzy postanowili sprawdzić toksyczne działanie indu na ustrój żywy; w tym celu wstrzykiwali ten metal białym myszom pod postacią roztworu chlorku indu (w ilości 0,007 do 0,10 mg metalicznego indu na 1 g żywej wagi doświadczalnego zwierzęcia).

Zwierzęta doświadczalne ginęły po kilku, lub kilkunastu dniach, zależnie od wstrzykniętych dawek, przy czym objawy chorobowe były mniej więcej jednakie: ogólne wyniszczenie ustroju, brak łaknienia, żółtaczka, czasami i duszność.

Obraz anatomopatologiczny był zależny od czasu utrzymania się przy życiu zwierząt doświadczalnych. W związku z tym wyróżnili autorzy 3 postaci: nadostłą, ostrą i podostłą: w postaciach nadostrych i ostrych spotykano przekrwienie narządów wewnętrznych, przede wszystkim płuc z licznymi wybroczynkami, natomiast w postaciach podostrych uwydatniały się procesy zwyrodnieniowe (zwyrodnienie wodniczkowe, szkliste o różnym nasileniu do zmian podobnych do martwiczych). Toksyczne działanie indu miało charakter wybiórczy, gdyż dotyczyło z reguły nerek, wątroby i serca, czasami mięśni poprzecznie prążkowanych, gruczołów podszczękowych i tkanki łącznej, natomiast wspomniani autorzy nie stwierdzili zmian zwyrodnieniowych w trzustce, gruczołach płciowych, nadnerczach, tarczycy, lub w mózgu. Zwyrodnienie mięśnia sercowego, mięśni poprzecznie prążkowanych i tkanki łącznej występowało u zwierząt, które zdołały się utrzymać przy życiu przez kilkanaście dni.

W miejscu wstrzyknięcia spostrzegali autorzy zmiany zapalne i zwyrodnieniowe do martwiczych włącznie.

W. Dzułyński.

Smith i Oltingen — Toksyczność chlorku metylu. (*J. of Hygiene a. Toxicologie, Baltimore*, V. 29, str. 1—58, styczeń 1947).

Wysoką toksyczność tego związku stwierdzono na podstawie doświadczeń na zwierzętach. Wrażliwość jest tym większa, im wyższy jest rozwój ośrodków układu nerwowego. Dla ludzi jest bardzo niebezpieczne stężenie 500/1000000. Typowe dla tego zatrucia są objawy późne, często z zejściem śmiertelnym, już po dwutygodniowym, a nawet krótszym zadziałaniu chlorku metylu. Jeżeli praca w atmosferze zanieczyszczonej chlorkiem metylu jest konieczna, należy skrócić czas pracy, a przedłużyć możliwie najwięcej okres przerw.

J. B.

Sztejnberg i Ajzensztadt — Objawy kliniczne zatrucia czteroeetykiem ołowiu (*Pediatrics*, 1946, nr 6).

Autorzy obserwowali w latach 1944—45 16 przypadków zatrucia tą trucizną, w tym 4-ro dzieci. Trucizna ta jest lotnym połączeniem organicznym, zatrucia są zwykle wypadkowe (używa się jej do oświetlenia itp.). Wysuwają się na pierwsze miejsce zaburzenia dotyczące układu nerwowego, w początkowym okresie występują objawy asteniczne, następnie — zamroczenia, wreszcie — zaburzenia organiczne.

O ile trucizna działa intensywniej, stwierdzić można u chorego zespół o charakterze paranoidalnym, połączony z omamami i objawami psychosensorycznymi, lub zaburzenia organicznej natury, rzekomo paralityczne. U dzieci występowały stany podnieceń, oraz liczne omamy wzrokowe i dotykowe, przypomina to delirium tremens.

Bardzo charakterystyczna dla tego rodzaju zatrucia jest nadmierna pobudliwość ruchowa, oraz tzw. „objaw włosa”: chory ma wrażenie, że w ustach znajduje się jakieś ciało obce.

Badanie pośmiertne wykazywało ogniskowe wylewy krwawe i zmiany wsteczne w korze i pniu mózgowym.

Dobre lecznicze wyniki uzyskano przez powtarzane nakłucia łądźwiowe, z jednoczesnym stosowanymi dożylnymi zastrzykami hipertonicznego roztworu glukozy, co powodowało obniżenie wzmożonego w tych przypadkach ciśnienia wewnątrzczaszkowego.

W. Grzywo-Dąbrowski.

Drogiczyna i Rieźnikow — Objawy zatrucia mieszaniną benzyny ołowiowej i płynu etylowego, zawierającą czteroeetyk ołowiu (*Pediatrics*, 1946, nr 6).

Autorzy obserwowali zatrucia dzieci wspomnianą trucizną, w kilku przypadkach z zejściem śmiertelnym. Najważniejszymi objawami były: ślinotok, pocenie się, czucie obecności ciała obcego w jamie ustnej, niezdolność ruchów, bezsenność, lęki, podniecenia. Dzieci, zwłaszcza małe, były bardziej wrażliwe na tę truciznę niż dorośli, okres utajony trwał u nich krócej (u dorosłych 2—3 dni, u dzieci — kilka godzin). U dzieci występo-

wały — szczególnie często lęki, omamy, bredzenia itp. Przebieg objawów chorobowych był zmienny — po okresie podniecenia, niepokoju, drgawek następował okres apatii i ospałości. Nieraz stwierdzano podniesienie ciepłoty do 40° pochodzenia ośrodkowego na skutek porażenia okolicy podwzórkowej. Badanie pośmiertne w jednym przypadku wykazało obrzęk mózgu, wybroczyny do istoty mózgowej, szczególnie w okolicy podwzgórkowej. Badanie chemiczne narządów ciała wykazało obecność ołowiu w wątrobie i mózgu.

W. Grzywo-Dąbrowski.

M. Duvoir, L. Dérobert, A. Hadengue i Falot — Ziarnistości zasadochłonne jako czasowy dowód w przebiegu zawodowego zatrucia ołowiem. (Archives des maladies professionnelles de médecine du travail et de sécurité sociale. Tom 7, nr 5, str. 329—331, r. 1946.)

Autorzy postanowili sprawdzić wartość rozpoznawczą spotykanych zasadochłonnych ziarnistości w krwinkach czerwonych w przypadkach zawodowych zatruc ołowiem. W tym celu poddali badaniom w ciągu roku łącznie 537 robotników, zatrudnionych w jednej z większych drukarni i w fabryce akumulatorów.

Zestawiając w tabelkach wyniki swych badań, autorzy wykazali pewną zależność występowania owych ziarnistości w stosunku do okresu zatrudnienia robotników w tych przedsiębiorstwach. Wśród grupy robotników, zatrudnionych poniżej 5 lat, odsetek występowania zasadochłonnych ziarnistości był znaczny (42,8%), w grupie następnej (od 5—9 lat) bez porównania mniejszy (15,4%), w dalszych grupach stopniowo wyższy.

Poza tym autorzy zauważyli, że pojawienie się tego objawu we krwi było zmienne i podlegało również wahaniom pod względem nasilenia, mimo niezmiennych warunków pracy. Zdarzały się bowiem przypadki, w których występowały owe ziarnistości, a następnie znikały, jak również ilościowe nasilenie zaznaczało się różnie w różnych odstępach czasu, niekiedy z dnia na dzień.

W wyniku swych rozważań wyróżnili autorzy 4 grupy: 1. robotnicy, którzy początkowo byli wolni od zmian w krwinkach czerwonych, następnie jednak występowały u nich owe ziarnistości (takich przypadków zanotowano 26,4%); 2. robotnicy, u których początkowo stwierdzano owe zmiany w krwinkach, lecz zmiany te nie dały się wykazać w następnych badaniach (48,5%); 3. robotnicy, u których stale można było stwierdzić w krwinkach zasadowe ziarnistości (19,2%); 4. grupa, u których owe zmiany w krwinkach czerwonych były początkowo stwierdzalne, następnie znikały, by z czasem znów się ukazać (5,8% przypadków).

Na podstawie dokonanych badań autorzy doszli do przekonania, że znikanie zasadowych ziarnistości w krwinkach czerwonych, bez zmiany warunków pracy, nie może być wskaźnikiem wydalenia z ustroju ołowiu, tym

samym nie może świadczyć o uchyleniu niebezpieczeństwa zawodowego zatrucia ołowiem.

W. Dzułyński.

HIGIENA PRACY:

P. S. H. Henry i W. H. Rees — Przewodzenie ciepła przez hełmy tropikalne. (Brit. Journ. of Industr. Med., Vol. 3, nr 4, str. 225.)

Na podstawie dokładnych badań przewodzenia ciepła przez używane zwykłe hełmy wojskowe, oraz badań promieniowania ciepła, kąta padania promieni, wpływu wilgoci i innych danych matematycznych, wreszcie na podstawie badania przewietrzania i wchłaniania promieni cieplnych, autorzy dochodzą do wniosku, że obecnie używane hełmy mogą być poprawione przez zwiększenie otworu wentylacyjnego.

W. B.

J. G. Townsend — Opieka lekarska w zakładach fabrycznych (In-Plant Medicine, 1947 — Usis).

Prawie każde wielkie amerykańskie przedsiębiorstwo zaprowadziło w swoich zakładach urządzenia lecznicze dla robotników. Lekarze, pielęgniarki, dentyści, instruktorzy i inżynierowie od zagadnień bezpieczeństwa pracy, urzędnicy, pracownicy opieki społecznej, poradnie lekarskie, ambulatoria, aparaty Rentgena, oraz laboratoria chemiczne, są powszechnym elementem codziennego życia w przemyśle. Np. wielkie zakłady samochodowe General Motors mają personel sanitarny liczący około 1.000 ludzi. Wielki przemysł przekonał się, że opłaca się prowadzić fabryczną opiekę lekarską, ponieważ utrzymuje robotników w zdrowiu i sile do pracy.

Warunki nie przedstawiają się tak korzystnie w małych zakładach, zatrudniających 500 lub mniej robotników. A w takich właśnie zakładach pracuje 60% ogółu amerykańskich pracowników przemysłowych. Mali przedsiębiorcy są równie zainteresowani w wydajności i dobrobycie swoich pracowników, ale ociągali się w zorganizowaniu dla nich opieki lekarskiej, ponieważ nie rozumieli w pełni jej celu, kosztów, jej korzyści i jej technicznych założeń.

Każdego roku amerykański przemysł ponosi straty w wydajności pracy w wysokości 500 milionów robotniko-dniówek o wartości 10 miliardów dolarów, ponieważ na skutek złego stanu zdrowia robotnicy nie przychodzą do pracy. Według danych statystycznych, mała fabryka zatrudniająca 300 pracowników traci 2400 robotniko-dniówek produktywnej pracy rocznie w skutek nieobecności pracowników.

Głównym celem fabrycznej opieki lekarskiej i wszystkich urządzeń higienicznych w przemyśle w tym zakresie jest zmniejszenie liczby nieobecnych w produkcji robotników na skutek chorób i niedomagań.

Nieobecni w pracy robotnicy oznaczają bezczynne maszyny, konieczność zastępczych załóg, mniejszą dyscyplinę i zwiększone kosz-

ty produkcji. Fabryczne urządzenia lecznicze nie są równoznaczne z prowadzeniem szpitala, ich głównym celem jest stworzenie możliwości leczniczych dla chorób zawodowych i obrażeń powstałych w czasie pracy. Doraźna pomoc lekarska jest stosowana we wszelkich rodzajach obrażeń i chorób, jakie wydarzyły się w fabryce, ale dłuższe leczenie przeprowadza się tylko w wypadku choroby nabytej podczas wykonywania zawodu.

Poza tym podstawowym zadaniem, fabryczny ośrodek lekarski oddaje także jeszcze inne pożyteczne usługi. Prowadzi kartoteki zdrowia każdego pracownika, które zaczynają się od zapisania wyników pierwszego gruntowego badania stanu fizycznego. Ułatwia to kierownictwu fabryki stwierdzenie, do jakich prac nadaje się dany robotnik najlepiej. Przez stwierdzenie chorób zakaźnych, lekarz i pielęgniarka mogą zapobiec rozprzestrzenianiu się choroby pomiędzy innymi robotnikami. Przez wyśledzenie źródła choroby w zakładzie, może być łatwo usunięte niebezpieczeństwo nabycia chorób zawodowych.

Chociaż lekarz fabryczny nie leczy chorób niezawodowych, chyba, że powstały w nagłych wypadkach, to jednak w razie potrzeby leczenia przekazuje pacjenta do lekarza prywatnego. Fabryczny personel sanitarny może także objąć kontrolę nad kuchniami fabrycznymi i przeprowadzać w fabryce program oświatowy w zakresie zdrowia i wyżywienia.

Poradnia lekarska, która zaspakaja minimalne potrzeby jest dość prosta. Składa się zwykle z gabinetu lekarza z poczekalnią, sali z kartotekami, sali przyjęć i ubikacji.

Minimalne wyposażenie poradni obejmuje oszkloną szafę do przechowywania narzędzi lekarskich, fotel metalowy z oparciem i podpórką pod głowę, metalowy taboret, stół do badań, nosze, sterylizator do instrumentów, kilka podstawowych narzędzi, lekarstwa i środki znieczulające, opatrunki, łubki chirurgiczne, apteczkę pierwszej pomocy, miednice i baseny. W celu obniżenia kosztów z tymi związanymi, kilka małych zakładów na danym obszarze może się połączyć dla wspólnego ponoszenia kosztów zaprowadzenia fabrycznej opieki lekarskiej. Poniżej podajemy dobry przykład rozwiązania tego zagadnienia w jednym z miast.

Na początku 1945 r. urzędnicy departamentu zdrowia miasta Nowego Jorku, departament pracy stanu Nowego Jorku i urzędu zdrowia publicznego USA utworzyli wspólny komitet dla polepszenia warunków zdrowotnych w wysoko uprzemysłowanej części miasta Long Island.

Siedem małych zakładów znajdujących się na tym obszarze zgodziło się wziąć udział w jednorocznym programie pokazowym w zakresie fabrycznej opieki lekarskiej. Jedyną z tych zakładów była drukarnia, inne wytwarzały farby, aparaty fotograficzne, konserwy, porcelanę itd. Ilość zatrudnionych przez te zakłady robotników wynosiła od 111 do 450, a w sumie przewyższała nieco 2000.

Organy rządowe zgodziły się przydzielić dla celów tego eksperymentu jako fachowego doradcę, wykwalifikowaną pielęgniarkę oraz skontrolować każdy zakład pod kątem widzenia niebezpieczeństwa chorób zawodowych, dokonać zdjęć rentgenowskich klatek piersiowych robotników, zbadać istnienie chorób wenerycznych i dostarczyć kart zdrowia, oraz wszelkiego rodzaju materiału instrukcyjnego.

Zakłady zgodziły się na założenie poradni, opłacenie kosztów usług lekarzy i pielęgniarek i na zastosowanie kontroli zdrowia w czasie wykonywania zawodu w myśl zaleceń rządowych. Zgodziły się również na utworzenie komitetów mieszanych z udziałem kierownictwa fabryki i robotników w celu informowania i budzenia zainteresowania tym programem, oraz opłacanie kosztów szpitala dla nagłych wypadków i leczenia ambulatoryjnego.

Stwierdzono, że 6 lekarzy wystarczy dla tych 7 zakładów, 2 najmniejsze z nich korzystały bowiem z usług tego samego lekarza. Lekarze urzędowali około 3 godzin na tydzień na każdych 100 pracowników. Niektóre z zakładów zatrudniały stałe pielęgniarki, inne — dochodzące.

Poradnie założone w każdej z tych fabryk wahały się co do wielkości od 150 do 600 stóp kwadratowych, a w zakresie izb — od jednego przedzielonego pokoju do czterech oddzielnych sal.

Komitet złożony z przedstawicieli robotników i dyrekcji, utworzony dla informowania o tym programie, składał się zwykle z dyrektora naczelnego, kierownika, sekretarza związku zawodowego, niektórych majstrów i kilku pracowników wybranych przez związek.

Wszystkie zakłady zaprowadziły leczenie chorób zawodowych. Żaden z nich nie leczył chorób niezawodowych, chyba, że powstały w nagłych wypadkach, gdy robotnicy zachorowali podczas pracy. Każdy nowy pracownik, przed przydzieleniem mu na stałe jakiejś pracy, podlegał gruntownemu badaniu wstępnemu. Dodatkowo, raz w roku, lub w razie potrzeby częściej, odbywało się badanie stanu zdrowia wszystkich pracowników. Jeżeli robotnik był nieobecny na skutek choroby, to przed dopuszczeniem go do pracy był powtórnie badany.

Dla każdego pracownika była starannie przechowywana jego karta zdrowia, zaczynająca się od zapisków z pierwszego gruntownego badania i zawierająca notatki z każdej wizyty. Pracownicy mogli zawsze swobodnie udawać się po poradę do lekarza lub pielęgniarki, a w ciągu jednego roku na każdych 100 robotników 81 korzystało z fabrycznej opieki lekarskiej.

W końcu roku próbnego oszacowano koszt tej opieki lekarskiej na 12,98 dolara na pracownika. Cyfra ta jest typowa dla kosztów w małych zakładach. Normalnie koszt w drugim roku i w następnych jest mniejszy, po-

nieważ odpadają wydatki na zakup wyposażenia.

Poza wysiłkami ze strony przedsiębiorców w kierunku utrzymania w dobrym stanie zdrowia swoich pracowników, istnieje jeszcze opieka lekarska ze strony państwowych, stanowych i miejskich wydziałów zdrowia.

Wszystkie stany z wyjątkiem siedmiu, mają w swoich departamentach zdrowia wydziały higieny fizycznej, które służą przedsiębiorcom rada w ich zagadnieniach na tym odcinku. Mają one wśród swojego personelu techników specjalistów od urządzeń sanitarnych, lekarzy fabrycznych, pielęgniarzy, inżynierów, chemików, dentyków i innych specjalistów. Większość z nich ma laboratoria do określenia granic bezpieczeństwa, w jakich mogą być używane surowce przemysłowe.

W razie gdy stanowe, lub miejscowe wydziały higieny fabrycznej nie mają odpowiednich urządzeń do rozwiązania istniejących zagadnień, to mogą się zwrócić do wydziału fabrycznej higieny służby zdrowia publicznego USA. Obsadzony sztabem specjalistów, wydział ten prowadzi świetnie wyposażone laboratorium do przeprowadzania analizy próbek kurzu, chemikaliów, metali i radioaktywnych materiałów celem stwierdzenia, w jakim rozmiarze i jak mogą, stosowane w przemyśle, stać się niebezpieczne.

Na żądanie, organy te będą dokonywać kontroli zakładów pod kątem widzenia niebezpieczeństwa chorób zawodowych i dawać zalecenia w kierunku ich usunięcia. Będą przeprowadzać badania próbek chemikaliów, metali i zawiesin powietrza co do ich ewentualnych trujących własności — będą pomagały przedsiębiorcom w zaprowadzeniu opieki lekarskiej dla pracowników — będą udzielać porad na wszelkie skierowane do nich techniczne pytania w zakresie higieny fabrycznej.

MEDYCyna Społeczna

Ralph E. Dwork — Początkowe objawy gruźlicy. („Hygeia” — Maj 1947 r. Usis).

Gruźlica płuc jest jedną z głównych przyczyn śmiertelności wśród młodych ludzi pomiędzy 15 a 35 rokiem życia. W ostatnich latach wykryto wiele wypadków gruźlicy płuc dzięki masowym prześwietlaniom promieniami Rentgena. Obecnie ujawnia się wzrastająca skłonność do twierdzenia, że wczesne stadia gruźlicy nie wykazują objawów dających się odkryć w inny sposób niż przy pomocy promieni Rentgena. Przypuszczenie to może jednakże wprowadzić w błąd.

W czasie specjalnych studiów nad otwartą gruźlicą, przeprowadzanych wśród chorych w jednym z sanatoriów, stwierdzono, że 80% pacjentów miało objawy gruźlicy niezależnie od tego czy wiedzieli, czy też nie, o swojej chorobie. Prześwietlenie jest niewątpliwie najlepszym sposobem wykrycia początkowych objawów gruźlicy. Dopóki nie będzie to moż-

liwe pod względem ekonomicznym, aby cała ludność była co pewien czas prześwietlana promieniami Rentgena, było by lekkomyślnością zaniedbywanie zwracania uwagi na poszczególne zestawienie objawów, które wskazują na gruźlicę płuc. U wielu ludzi odkrywa się tę chorobę wbrew wszelkim własnym ich przypuszczeniom. Pierwsze te objawy nie są straszne i łatwo jest złemu zaradzić. Ludzie jednakże lekceważą zwykle tego rodzaju objawy, fałszywie tłumaczą, lub też przypisują zupełnie nieobliczalnym przyczynom.

Najpospolitszym objawem początkowym gruźlicy jest kaszel. Jakże często słyszy się ludzi uskarżających się na kaszel, wywołany paleniem papierosów, przeziębieniem lub kurem. Oczywiście nie każdy kaszel wymaga prześwietlenia, lecz uparty kaszel powinien być zbadany. Badania należy przeprowadzić przy pomocy fluoroskopii, lub zdjęcia Rentgena, wzgl. trzeba zastosować i jedno i drugie. Kaszel prawie zawsze wywołuje płwocinę w mniejszej lub większej ilości, szczególnie wczesnym rankiem. To również bywa lekceważone. Wiele osób zaniedbuje przy tym wszelkich środków ostrożności i blując bezwzględnie przyczynia się do rozszerzania zarazków tej choroby. Analiza laboratoryjna płwociny może być ważnym przyczynkiem do postawienia diagnozy w wypadkach początków gruźlicy płuc — jest dopełnieniem wiadomości zdobytych prześwietleniem rentgenowskim. Jeżeli wynik jest pozytywny — mamy gruźlicę płuc w stanie czynnym.

Drugim z kolei objawem, który często może podsuwać podejrzenia rozwoju gruźlicy w organizmie, jest utrata na wadze. Wiele osób przypisuje to nieregularnemu odżywianiu się, przepracowaniu, lub nadmiernemu oddawaniu się rozrywkom. Nieraz mogą mieć słuszość, lecz niestety objaw ten aż nazbyt często jest zwiastunem kryjącej się choroby. Jest to jeszcze bardziej prawdopodobne, gdy kilka objawów występuje jednocześnie. Osłabienie, lub zmęczenie w połączeniu z utratą apetytu i spadkiem wagi są sygnałami niebezpieczeństwa, na które należy zwrócić uwagę. Tym niemniej ilość chorych, którzy mieli te objawy, a którzy zdają sobie z nich sprawę dopiero gdy prześwietlenie wykazało rozwój choroby, jest zastraszająca.

Dwa objawy gruźlicy, co do których rzadko trzeba pouczać i przed nimi ostrzegać, szersze koła publiczności, to krwotoki i silne bóle w płucach. Tych objawów przeważnie się nie lekceważy i normalnie prowadzą one do natychmiastowego badania lekarskiego. Objawy te przerażają chorych znacznie więcej, niż wszystkie inne, lecz bynajmniej nie dowodzą poważniejszego rozwoju choroby, niż tamte. Czasami mogą być mniej poważne; zamiast krwi w większej ilości płwocina może mieć tylko smużki krwi, lub zamiast ostrych bólów w piersiach, chory odczuwa jedynie jakby ucisk i duszność.

Pocenie się po nocach jest jednym z dość częstych objawów. Pocenie to może się obja-

wiać zaledwie lekkim zwilgotnieniem skóry, ale może też być tak silne, że cała bielizna i pościel jest przepocona. Objawia się też nieregularnie, u niektórych chorych tylko od czasu do czasu. U innych nie występują poty nigdy, a czasem po pierwszym ostrym ataku stają się objawem codziennym. Mogą im towarzyszyć dreszcze i gorączka. W takim wypadku chory szuka zwykle porady doktora. Pospolita bywa zwyczajka temperatury po południu lub wieczorami, ale chorzy rzadko zdają sobie z niej sprawę.

Krótki oddech zdarza się u gruźliczych, lecz jest to mniej częsty objaw od wymienionych powyżej. Gruźlica ukryta w organizmie, której nie zidentyfikowano przez dłuższy okres czasu, może powodować trudności oddechowe, specjalnie po pewnym zmęczeniu. Długotrwałe chrypki bez określonych powodów powinny zawsze budzić podejrzenia.

Gruźlica często pojawia się nagle. Silne zażębienie może doprowadzić do wszystkich tych wyżej podanych objawów. Objawy te mogą potem minąć, pozostawiając tylko ogólne złe samopoczucie, gdy chory czuje się źle mimo, że pozornie nic mu nie jest. Może pojawić się większa pobudliwość i wrażliwość u ludzi, u których nie było jej dawniej, może objawiać się typową powtarzającą się niestrawnością lub biegunką. Mogą również być nieraz objawy pewnej depresji.

Gruźlica płuc rozwija się bez specjalnych objawów i tylko u jednej piątej, a nawet mniejszej ilości chorych, wykrywa się pewne zmiany w płucach przy pomocy Rentgena. Najpospolitszymi objawami są kaszel, plucie strata na wadze, bóle w płucach, osłabienie, gorączka, krwotoki, pocenie się po nocach, brak oddechu, utrata apetytu, dreszcze, chrypka, podrażnienie, ogólne bóle i dolegliwości, bóle głowy i bezsenność występują w takim mniej więcej porządku, jak są tutaj podane.

Wcześniej zastosowane i często powtarzane prześwietlanie pozwala na wykrycie choroby w jej początkowym okresie, jeszcze przed wystąpieniem któregośkolwiek z wymienionych objawów. Promienie Rentgena, aczkolwiek nie są nieomyłne, stanowią jednak sposób najdokładniejszy i najbardziej wnikliwy wykrywania gruźlicy. O ile gruźlica ma być wykrywana wcześniej, w czasie gdy jej leczenie jest najłatwiejsze, ludzie powinni być uświadomieni co do objawów, jakie wywołuje i pouczeni o konieczności natychmiastowego poddania się badaniu lekarskiemu.

W. H. Feldman — Chemoterapia gruźlicy, ze stosowaniem streptomycyny włącznie. I. Podstawowe rozważania o chemoterapii w gruźlicy. (J. roy. Inst. Publ. Hlth and Hyo., Vol. 9 nr 9, wrzesień, 1946, str. 267).

W pierwszej części obszernego wykładu omawia F. technikę prób chemoterapeutycznych środków w gruźlicy, przy czym włącza się szczegółowo w historię środków przeciwgruźliczych, w rozważanie czynników pato-

logicznych i farmakologicznych, omawia wymogi, jakim odpowiadać musi dany środek. nim by go poczęto stosować klinicznie — oraz czynniki, odgrywające rolę w krytycznej ocenie środków przeciwgruźliczych chemoterapeutycznych. Czynniki te tymi są: jadowitość szczepu prątka gruźlicy, użytego do zaszczepienia zwierzęcia doświadczalnego, dowód, że zwierzę istotnie jest skutecznie zaszczepione, okres od zakażenia do rozpoczęcia leczenia, rodzaj dowodów skuteczności leczenia, stałość wyników, możliwość różnej reakcji różnych szczepów, sprawdzenie wyników przez innych badaczy. Następnie F. rozważa nabytą odporność prątka wobec środków chemoterapeutycznych i podaje sposoby doświadczalne wypróbowania środków przeciwgruźliczych. Następny wykład, który zreferujemy we właściwym czasie, poświęci autor streptomycynie.

W. B.

P. D'Arcy Hart. — Chemoterapia gruźlicy. Badania ostatnich 100 lat. Wykład wygłoszony w Royal College of Physicians w Londynie 9 VII 1946. (British Med. J. 30 XI 1946, str. 805—810 i 7 XII 1946, str. 849—855.)

W części historycznej artykułu omówiono chemotherapeutica dawniej używane w gruźlicy: nieorganiczny arsen od czasów Hipokratesa i Plinjusza, tanina od Awicenny, jod i jodki w szkole w Salerno; złoto i rtec stosował Paracelsus, krezot był używany od 1830 r. niemal przez cały wiek, mimo, że jego działanie bakteriostatyczne na prądkie in vitro było tylko słabo zaznaczone. Wapno było popularnym lekiem na gruźlicę w starożytności. Na przełomie XIX i XX wieku stosowano nawet formalinę (!) dożylnie. Omówiono szczegółowiej historię leczenia gruźlicy preparatami złota. Już Koch stwierdził hamujące działanie soli złota. Podczas pierwszej wojny światowej Spiess i Feldt polecali krysolgan. Dopiero jednak sanokryzyna, zalecana przez Möllgarda w 1924 r., zaczęła być stosowana na wielką skalę. Ilość prac odnoszących się do tego leczenia (wg Index Medicus) wynosi w latach od 1925 do 1937 około 80 rocznie, osiąga szczyt w 1935 r. (110 prac), potem jednak szybko spada. Jednocześnie mnożą się prace o toksycznych własnościach. W trzech wielkich angielskich insytutach przeciwgruźliczych ilość chorych leczonych solami złota spadła od roku 1938 do 1944 z 17,8% na 3,1% (Clare Hall) z 5,7% na 0,9% (Harefield), w Colindale leczono złotem w 1944 r. tylko 0,7% chorych. Opinia o wartości terapii złotowej jest dziś podzielona: Cohen (1943) uważa, że ostrożne stosowanie w przypadkach starannie dobranych jest dalej celowe; bezwzględna jednak większość autorów sądzi, że niebezpieczeństwa związane z nią są tak duże, że w ogóle nie warto ponosić jej ryzyka. Podobny los spotkał terapię tuberkulinową. Prawdopodobnymi przyczynami początkowej wielkiej popularności obydwu tych sposobów leczenia i późniejszego zupełnego ich zaniechania są: stosowanie leku

bez dostatecznych podstawowych badań laboratoryjnych, niedoceniając toksycznych skutków działania, brak obserwacji równoległych przypadków kontrolnych, lub niedoceniając niezachęcających rezultatów gdy takie kontrole przeprowadzono; wreszcie utrudnienie obserwacji z powodu szerokiego stosowania odmy i nakładania się wyników. W 1935 r. Browning wyraził się: „Nie ma obecnie żadnego przyczynowego leczenia gruźlicy, uodpornianie zdaje się nie wpływać na już istniejącą chorobę. Jediną metodą ogólnie przyjętą jest zachowanie ogólnego stanu zdrowia, dawanie wypoczynku chorym organom i usuwanie tkanki nekrotycznej; mimo to trudno uwierzyć, abyśmy zostali bankrutami w metodach atakujących sam prątek”.

Istotnie, niebawem sulfonamidy zwróciły uwagę na możliwości zaatakowania przyczynowego chorób infekcyjnych. Sulfanilamid dawał pewne rezultaty w gruźlicy doświadczalnej. Lepszymi jednak okazały się sulfony, z których obiecujące były diaminodifenil-sulfon i jego pochodne — Promina (= promanid), Diazol i Promizol. Sulfony dają wyraźne wyniki w gruźlicy doświadczalnej, wyniki lepsze, niż jakiegokolwiek chemoterapeutica (poza streptomycyna) dotąd stosowane; wczesne zmiany cofają się zupełnie, jednak nie stwierdza się całkowitego wyleczenia. Kliniczne badania są skąpe, często brak równoległych kontroli; rezultaty bynajmniej nie dorównują rezultatom uzyskanym na świnkach, ponieważ mniejsza tolerancja organizmu człowieka powoduje trudności w dostatecznym dawkowaniu; jest możliwe, że przyczyną jest inny typ schorzenia, lub, że lek ulega przeobrażeniu w organizmie i staje się nieczynny. W najlepszym razie uzyskuje się pewne korzyści we wczesnych wysiękowych postaciach, ale i wtedy brak jest stałego i niedwuznacznego zahamowania procesu, lub wyleczenia. Stosowanie sulfonów ogranicza się obecnie do leczenia zewnętrznego, lub miejscowego, często łącznie ze streptomycyną; poza tym sulfony stosuje się w tradzie.

Badania Andersona i jego szkoły nad chemiczną budową składników prątka gruźliczego doprowadziły do wykrycia m. in. obecności rozgałęzionych wyższych kwasów tłuszczowych (kwas ftioowy). Związek ten wstrzyknięty śwince powoduje zmiany charakterystyczne dla gruźlicy. Przypuszczenia, że pewne sztuczne analogi kw. ftioowego mogą blokować istotnie dla życia prątka biosyntezę, doprowadziło do stwierdzenia, że różne związki tego rodzaju istotnie hamują wzrost prątków gruźliczych *in vitro*. Dążności do zahamowania rozwoju prątków przez penetrację do ich wnętrza związków rozpuszczalnych w tłuszczach wywołało badania nad wielką ilością pochodnych kwasów tłuszczowych (nasycenych, nienasycenych, alicyklicznych i. in.). Ciała te również hamują wzrost prątków *in vitro* (1945—1946). Do-

datnie wyniki leczenia trądu kwasem hydrokarpowym i chaulmoogronowym, czynnikami działającymi oleju chaulmoogry, nasunęły myśl syntezy podobnych związków. Uzyskano zadowalające rezultaty w hodowlach *in vitro* (1940—1941). Spostrzeżenie, że przemycie prątki w obecności kwasu będzwinowego, lub salicylowego zużywają więcej tlenu, doprowadziło do badań nad wpływem analogów tych związków, które by mogły wkraczać w utlenianie i stąd hamować rozwój. Znalezione cały szereg ciał, które *in vitro*, a częściowo w gruźlicy doświadczalnej, dawały rezultaty: kwasy jodobędzwinowy, jodosalicylowy, paraaminosalicylowy, halogenowane eter fenilowe, benzofenon, naftochinon, pochodne naftalenu. Spośród barwików-indulina rozpuszczalna w wosku wykazuje hamujące działanie na wzrost prątków *in vitro* (1944). Wiele badań nad wpływem związków organicznych jest w toku. Związki wyżej wymienione nie są dotychczas stosowane w leczeniu gruźlicy płuc człowieka bądź to z powodu ich toksyczności, bądź też z powodu niezaokończenia badań klinicznych. — Calciferol w dużych dawkach jest skutecznym lekiem w przypadkach *lupus vulgaris* (1943—1946).

Wśród drobnoustrojów, zwłaszcza ziemnych, znaleziono wielką, gwałtownie powiększającą się, ilość gatunków produkujących ciała, które obok działania na pewne drobnoustroje hamują rozwój, lub zabijają prątki gruźlicze, *in vitro*: *Aspergillus fumigatus*, *flavus*, *clavatus*, *albus*, *Penicillium*, *Fusarium Javanicum*, *Chaetomium*, *Streptomyces griseus*, *lavandulae*, *antibioticum*, *B. subtilis*, *licheniformis* (1942—1945). W nielicznych tylko wypadkach wyosobniono czynnik działający. Wytwarzanie tych związków jest specyficznie związane z gatunkiem, a nawet często ze szczeniem drobnoustroju. Działanie tych ciał w gruźlicy doświadczalnej jest znane tylko w niewielu wypadkach. Wyższe rośliny produkują również ciała hamujące wzrost prątków *in vitro*: czosnek, cebula (fitoncydy), *Clytocybe gigantea* (*clytocybina* 1945), *Plumbago europea* (*Plumbagol*), *Buella lanescens* (*diploicyna*); pochodne chlorofilu mają także hamujące własności. Alkaloid ceferytyna (Menispermaceae, Japonia) odznacza się wybitnymi własnościami hamującymi na wzrost prątków, ma małą toksyczność, powstrzymuje rozwój gruźlicy doświadczalnej, w małych dawkach daje dość dobre rezultaty kliniczne.

Streptomycyna wyróżnia się wśród antybiotyków przeciwgruźliczych. W Stanach Zjednoczonych opublikowano w 1946 r. sprawozdanie National Research Council o wynikach leczenia streptomycyną 1000 przypadków, w tym 87 przypadków gruźlicy. Streptomycyna wykazuje działanie korzystne w *tbc. miliaris*, *laryngis* i *meningitis tbc.* Streptomycyna powoduje powstawanie odpornych szczepów prątków i innych drobnoustrojów znacznie łatwiej, niż penicylina. Streptomycyna jest znacznie lepsza, niż jakiegokolwiek inny

lek chemoterapeutyczny przeciwgruźliczy. Na zwierzętach wyniki są lepsze, niż wyniki uzyskane z najlepszymi sulfonami. U człowieka jest ona mało toksyczna, choć występują niekiedy zaburzenia ze strony nerwu słuchowego i skóry (dermatitis). Ostrożność w ocenie wyników, leczniczych jest konieczna, jako następstwo gorzkich doświadczeń z poprzednich niepowodzeń ze złotem, miedzią i tuberkuliną i fałszywych obietnic wynikających z doświadczeń na zwierzętach z sulfonami. Wyniki uzyskane z sulfonami na zwierzętach i ze streptomycyną, ciałami rozpuszczalnymi w wodzie, wskazują, że prątki gruźlicze mimo tłuszczowej struktury, są bardziej wrażliwe na ciała rozpuszczalne w wodzie i że opieranie chemoterapii na podstawie budowy tłuszczowatej prątków nie jest jedynie, ani nawet najowocniejsze. Poza tym nie ma dowodu, aby lipoidy były zorganizowane w prątkach jako „otoczka” czy „osłonka” (Dubos).

Badania nad chemoterapią gruźlicy są trudniejsze, niż w wypadku innych schorzeń, ponieważ istnieje szereg specyficznych trudności związanych z badaniami nad gruźlicą: trudności dotarcia do ognisk, a w nich do samego prątka (z powodów anatomicznych): długość trwania hodowli prątka i doświadczeń na zwierzętach. (Dubos i David, w 1946 r. ulepszyli metodę hodowli skracając czas ich trwania. Hodowle można przeprowadzać w całej masie pożywki.) Doświadczenia kliniczne są trudniejsze: dobór przypadków jest poważnym zagadnieniem; wczesne formy wysiękowe nadają się ze względów anatomicznych do działania leków, są to jednak zmiany, które mają tendencję do regresji spontanicznej. Należy bezwzględnie zawsze obserwować równoległą kontrolną serię przypadków, co można pominąć tylko w leczeniu form ostrych. Wymagania te muszą być zachowane pod grozą powtórzenia się smutnego doświadczenia z preparatami złota.

Przemiana materii prątków jest mało znana. Badania nad budową chemiczną antybiotyków są dopiero rozpoczęte. Dalszy rozwój obydwu tych dziedzin badań może doprowadzić do celowego budowania związków, które by wkraczały w istotne punkty przemiany materii prątków.

Jeżeli osiągniemy rzeczywiste rezultaty leczenia z jednym, czy z wieloma ciałami chemoterapeutycznymi, nie doprowadzi to jednak zapewne do zupełnego wykorzenienia gruźlicy. Nie jest prawdopodobne, aby sama chemoterapia miała zastąpić wszystkie powszechnie przyjęte sposoby zwalczania gruźlicy: akcję społeczną w zastosowaniu do chorego, jego rodziny i społeczeństwa, jak również kolapsoterapię i chirurgiczne metody, a nade wszystko spoczynek.

Do zwalczania gruźlicy (na kuli ziemskiej jest około 10—20 milionów chorych na gruźlicę) będziemy zapewne nadal musieli uciekać się do wszystkich tych metod społecznych, ekonomicznych zapobiegawczych i lecz-

niczych, zarówno tych, które posiadamy obecnie, jak i tych, które zostaną wypracowane w przyszłości. Atak będzie zawsze wielostronny, taktyka tylko ulegnie zmianie.

Artykuł Harta jest godny polecenia, jest zaopatrzony obficie w dane bibliograficzne o 238 pozycjach pochodzących z ostatnich lat.

T. Korzybski

R. H. Sweet — Lobektomia i pneumonektomia w gruźlicy płuc. (J. of Thoracic Surgery, St. Louis, t. 15, str. 373, grudzień 1946.)

Na podstawie materiału Massachusetts Gen. Hosp. autor stwierdza, że osiągnięto najlepsze wyniki po pneumonektomii u chorych z bronchostenosis i w przypadkach nie nadających się do torakoplastyki. Lobektomię wykonywano u chorych, którzy nadawali się do torakoplastyki. Nie można przyznać lobektomii wyższości nad torakoplastyką. Najważniejsze — jak w ogóle w gruźlicy — to wzmocnienie organizmu.

J. B.

Meador R. H. jr, E. B. i Hughes F. A. — 196 lobektomii w latach 1943—1946 z jednym przypadkiem śmierci (J. of Thoracic Surgery, t. 16, str. 16, luty 1947).

Mimo, że lobektomię stosuje się już od wielu lat, nie docenia się jej wartości i niskiej śmiertelności pooperacyjnej. Od listopada 1943 do maja 1946 wykonano w Kennedy General Hospital Chest Surgical Center 196 lobektomii z jednym przypadkiem śmierci. Wskazania stanowiły bronchiektazie, torbiele płuc, przewłoczne ropnie, gruczolaki, gruźlica, mięsaki i promienica.

Irena Mc Cain i P. P. Mc Cain — Extra-pleuralna pneumonoliza. (North Carolina Medical Journal, Winston Salem, t. 8, str. 6, styczeń 1947).

Autorzy zwracają uwagę na zmodernizowanie techniki operacyjnej przez użycie do tego zabiegu nowego środka: Methyl Methacrylate, zwanego „lucite”, co zastosowano u 60 chorych. Zabieg można stosować u wybranych chorych, u których nie da się zastosować innego rodzaju kolapsoterapii. Niebezpieczeństwo grozi w razie przebicia opłucnej, nakłucia jam gruźliczych i infekcji. Korzystniejsze jest podejście od przedniej strony klatki piersiowej.

Dr James H. Lade USA — Zwalczanie chorób wenerycznych w Stanach Zjednoczonych, W. Brytanii i Krajach Skandynawskich.*)

Od czasu wojny ilość świeżych przypadków kiły w Stanie N. Yorku wzrosła trzykrotnie. Chcę przy tym zaznaczyć, że wszystkie dane w wykładzie niniejszym odnoszą

*) Wykład plk. dr J. Lade „Zwalczanie chorób wenerycznych w Stanach Zjednoczonych” wygłoszony w Krakowie, Katowicach, Wrocławiu, Lublinie Łodzi, Poznaniu, Gdańsku i Warszawie w jesieni ub. r. uzupełniony danymi z W. Brytanii i Krajów Skandynawskich przez dra Z. Capińskiego asystenta Kliniki Dermatologicznej w Krakowie.

się do Stanu Nowy York. Dane te uzyskano w wyniku zgłaszania przypadków (**notification**), procedury, którą Państwu pokrótce opiszę.

Wszystkie laboratoria w Stanie N. York mają obowiązek przesyłania do Departamentu Zdrowia kopii tych wyników badania, które stwierdzają istnienie jakiegokolwiek zaraźliwej choroby. Co do rzeżączki nie daje to ścisłych danych, ponieważ wielu lekarzy dokonuje badań mikroskopowych w swoich własnych gabinetach i nie przysyła materiału do badania do laboratoriów publicznych. Jeżeli idzie o kiłę, należy przypuszczać, że lekarze rzadko stawiają rozpoznanie bez badania w ciemnym polu, oraz prób serologicznych przeprowadzanych w laboratoriach publicznych. Skoro tylko Departament Zdrowia otrzyma z laboratorium kopię dodatniego wyniku badania, wzywa lekarza leczącego danego pacjenta do złożenia o przypadku dokładniejszego raportu, zawierającego nazwisko i imię pacjenta, jego adres i stadium choroby. W wyniku tej procedury udaje się zarejestrować do 97% spośród przypadków stwierdzonej kiły. System ten obowiązuje od lat dziewięciu, tak że obecnie już są podstawy do określenia wahań zapadalności na kiłę w poszczególnych latach.

Podczas ostatnich trzech lat przed przystąpieniem do wojny, to jest w 1939, 1940, 1941 rejestrowano rocznie w Stanie N. York (włączając miasto N. Y.) od 1.000—1.100 przypadków wczesnej kiły. Ten obszar liczy 6.500.000 mieszkańców. W latach wojennych ilość zanotowanych przypadków wczesnej kiły stopniowo wzrastała, mimo że 50% praktykujących lekarzy wstąpiło do wojska pod koniec roku 1943 i wobec tego nie mogło notować przypadków spośród ludności cywilnej. Ten wzrost osiągnął poziom o 20% wyższy, niż przed wojną, w roku 1942, o 24,2% w roku 1943, o 39% w roku 1944 i o 78,8% w roku 1945. Natomiast już w roku 1946 zanotowano w ciągu trzech pierwszych miesięcy 300% więcej przypadków wczesnej kiły, niż w jakimkolwiek odpowiednim okresie przed wojną.

Należy podkreślić, że ten wzrost współczynnika zapadalności na kiłę w nieznacznym tylko stopniu zaistniał podczas wojny, kiedy było wiele czynników wywołujących rozprężenie moralne, i kiedy należało by się spodziewać wzmożonego szerzenia się chorób wenerycznych. Tymczasem, dopiero gdy 90% żołnierzy zostało zdemobilizowanych i powróciło do normalnego życia rodzinnego, liczba przypadków kiły wzrosła trzykrotnie w stosunku do lat przedwojennych. I zakażenia te nie zostały zawleczone do kraju przez żołnierzy, ponieważ każdy żołnierz był badany klinicznie i serologicznie przed wejściem na ląd, a w przypadku stwierdzenia świeżego zakażenia był leczony przed zwolnieniem. Tak więc wydaje się jasnym, że tej epidemii kiły, którą nawiasem mówiąc, dotknięta jest obecnie także Anglia i Kraje Skandynawskie nie można przypisywać za-

każeniom dawnym, lecz musimy przyjąć, że powstała teraz. Wydaje się, że przyczyną tego zjawiska są ogólne przemiany obyczajowe wszystkich grup społecznych niezależnie od wieku, będące stałym zjawiskiem po każdej wojnie. Co do istnienia podobnej epidemii po pierwszej wojnie światowej — nie mamy właściwie dokładnych danych. Teraz przeto, gdy jesteśmy świadkami nasilonego rozprzestrzeniania się choroby, należy przedsięwziąć należyte środki dla zwalczania epidemii.

Jest oczywiste, że dla zdrowia społeczeństwa jest ważniejsze leczenie jednego przypadku świeżej kiły, jako źródła nowych zakażeń, niż leczenie wielu przypadków kiły późnej, stanowiącej znacznie mniejsze niebezpieczeństwo dla otoczenia. Albowiem najskuteczniej i najbardziej ekonomicznie zapobiega się charłactwu i śmierci, spowodowanym kiłą późną, przez zwalczanie kiły wczesnej. A zapobieganie kile późnej i jej powikłaniom jest bardzo ważne dla przyszłości Polski, ponieważ tacy chorzy nie mogą być wyleczeni w krótkim czasie, ani nie umierają, lecz mogą żyć długie lata, jako ciężar ekonomiczny, gdyż wymagają leczenia i opieki.

Spotkałem się z uwagą, że Polska nie ma takich funduszy, które by pozwoliły na wprowadzenie w życie skutecznego programu walki z chorobami wenerycznymi. W odpowiedzi pozwolę sobie podać następujący przykład: Zwalczanie chorób wenerycznych w Stanie N. York kosztuje Departament Zdrowia tego Stanu 600.000 dolarów rocznie. Ale utrzymanie i leczenie w państwowych zakładach dla nerwowo i umysłowo chorych, 3964 chorych na porażenie postępujące i choroby umysłowe kosztowało w roku 1939 — 2.550.000 dolarów. Suma ta nie są objęte koszty leczenia szpitalnego chorych dotkniętych wiałem rdzenia, zanikiem nerwu wzrokowego, tężniakami, zapaleniem tętnicy głównej i innymi powikłaniami kiły późnej.

Mógłby również ktoś z Kolegów powiedzieć, że Polska nie ma tylu zakładów psychiatrycznych, by mogły one pomieścić wszystkich porażonych i że wobec tego nie ma konieczności ponoszenia tych wydatków.

Lecz przecież strata zarobków wspomnianych 3.964 porażonych i opieka nad ich rodzinami dały w Stanie N. York sumę 16 milionów dolarów!

Czy Polska może sobie pozwolić na podobną stratę? A zapobiec tej stracie możemy właśnie my — lekarze, którzy dokładnie znamy to zagadnienie. Należy podkreślić, że trud wyszukiwania i leczenia zakażonych przypadków kiły w Polsce nie może być zastawiony na później, nawet wobec naglających problemów odbudowy Kraju; właśnie teraz należy podjąć zdecydowaną walkę z chorobami wenerycznymi.

Co należy czynić, by powstrzymać szerzenie się chorób wenerycznych? Według naszego doświadczenia w Stanach Zjednoczo-

nych, najważniejszy jest czynny wysilek ze strony każdego lekarza, by spośród własnych pacjentów wykryć przypadki kłty. Badanie serologiczne krwi powinno być częścią każdego badania lekarskiego, dalej podczas każdego pobytu chorego w szpitalu, u każdej ciężarnej i u każdego kandydata do małżeństwa.

Bezpłatne leczenie winno przysługiwać każdemu choremu i to leczenie przez lekarza, którego chory sobie wybierze, o ile nie chce uczęszczać do specjalnej przychodni. Nie zdolamy opanować chorób wenerycznych, jeżeli będziemy umożliwiać leczenie tylko tym, którzy zechcą stosować się do nas. Musimy być gotowi umożliwić leczenie choremu w tym czasie i miejscu, oraz w taki sposób, jaki będzie dla niego najdogodniejszy.

Drugim zasadniczym czynnikiem w zwalczaniu chorób wenerycznych winno być szybkie, dokładne i wyczerpujące zawiadomienie Urzędu Zdrowia. Wszystkie środki służące do zwalczania szerzenia się choroby muszą być oparte na zebraniu wyczerpujących danych i przygotowaniu dokładnych statystyk. Na poparcie tego stwierdzenia podam Państwu przykład: byłem zajęty ostatnio przy opracowaniu dostaw leków przeciwkłowych przez UNRRA dla Polski. Przypuszczam, że ilości zapotrzebowane mogą być niedostateczne dla przeprowadzenia odpowiedniego leczenia, ale nie można konkretnie tych ilości ustalić, dlatego właśnie, że nie mogłem zdobyć danych, na których można by się oprzeć. Nie możemy uzyskać od Rządu funduszków, ani odpowiednich środków, bez wykazania istotnego stanu rzeczy.

Opiszę teraz Kolegom w jaki sposób wykorzystuje się w Stanie N. York zgłoszenia o przypadkach choroby wenerycznej. Jeżeli zgłoszenie dotyczy choroby trwającej krócej, niż rok, akcja zostaje podjęta natychmiast. Wzywa się lekarza do podania nazwiska, lub opisu partnera, wzgl. partnerów chorego. Jeżeli lekarz z jakiegoś powodu nie chce podjąć się uzyskania tych informacji, wzgl. nie udaje mu się to, wtedy odpowiednio wyszkolony funkcjonariusz ze Służby Zdrowia („**contact investigator**“) udaje się do pacjenta, by zdobyć te dane. Takim funkcjonariuszem bywa higienista(-stka), specjalnie szkolony urzędnik Służby Zdrowia, lub nawet wyjątkowo lekarz. Funkcjonariusz taki nie wspomina w ogóle o tym, skąd Departament Zdrowia uzyskał informacje, lecz tylko, że wynika z nich, iż pacjent cierpi na zaraźliwą chorobę. Pacjent przeto nie wie, kto zgłosił jego chorobę, czy partner seksualny, czy lekarz. Po uzyskaniu od chorego informacji o partnerze, funkcjonariusz stara się odnaleźć tego partnera i nakłonić go do poddania się badaniu. W wypadku, gdy nakłaniana osoba nie chce poddać się badaniu ani przez klinikę, ani przez lekarza prywatnego — może być do tego zmuszona przy pomocy odpowiednich środków prawnych.

Ponownie chciałbym zaznaczyć, że to zadanie wyszukiwania źródeł zakażenia może być

przeprowadzone skutecznie tylko przez organy urzędowe i fachowy personel zawodowy. Bowiem nawet wtedy, gdy zainteresowany lekarz prywatny natrafi na zrozumienie i współdziałanie ze strony samego chorego, to etyka zawodowa nie pozwoli mu na zbyt usilne namawianie niechętnego partnera tegoż chorego do poddania się badaniu, czy leczeniu. Natomiast Departament Zdrowia, który nie odnosi żadnych korzyści materialnych z badania, ani leczenia, może bez kolizji z etyką kierować takiego osobnika do właściwego lekarza, lub kliniki. Idzie tu o tych, którzy nie troszcząc się o zdrowie własne, z równą bez troską o cudze zdrowie, przenoszą dalej infekcję.

W ten sposób w 1945 roku wykryto w Stanie N. York 30% zakaźnych przypadków kłty.

Nawet w Stanach Zjednoczonych, gdzie przeciętny obywatel zazdrośnie strzeże swej wolności osobistej, ta wolność osobista nie daje mu prawa narażania innych na zakażenie. W tym ujęciu sprawa odmowa leczenia u chorego z kłtą zaraźliwą jest uważana za narażanie innych na zakażenie. Nie wahamy się wówczas i zawiadamiamy takiego chorego, że zostanie zastosowany prawnie przewidziany przymus, skoro nie poskutkowało tłumaczenie i pouczenie. Rzadko się zdarza konieczność wprowadzenia w czyn groźby aresztowania, lub pociągnięcia do odpowiedzialności sądowej.

Opisana procedura wywołać może ze strony Kolegów, poza innymi, zastrzeżenie: czy nie zraża ona chorego i nie odciąga go od lekarza? Otóż w Stanie N. York w ciągu 9 lat stosowania tego systemu nie spotkaliśmy się jeszcze z poważniejszą trudnością tego rodzaju. Wytlumaczenie jest proste: przede wszystkim chory wenerycznie nie rozprawia zwykle z innymi o swej chorobie, czy jej skutkach, a następnie akcja zwalczania chorób wenerycznych cieszy się ogólnym poparciem społeczeństwa, tak więc ten, kto chciałby się skarżyć na stosowaną procedurę, zdaje sobie sprawę, iż nie napotka na współczucie, ani poparcie wśród otoczenia. Postawa nasza, lekarzy w Stanach Zjednoczonych, wobec chorych wenerycznie jest oczywiście nacechowana wyrozumiałością, lecz chory zdaje sobie sprawę, że zapatrywania i ustosunkowanie się ogółu do tego zagadnienia są zupełnie inne.

Co roku wprowadzie któryś z pacjentów wnosi przez adwokata skargę do Departamentu Zdrowia, a ewentualnie nawet do Sądu o niesłuszne posadżanie o chorobę weneryczną; wystarczy jednak w tych przypadkach przypomnieć, że będzie się musiało w czasie rozprawy dla udowodnienia ujaźnić sprawę jego choroby, by go szybko skłonić do wycofania skargi. Nie było jeszcze wypadku, by doszło do rozprawy sądowej o fałszywe posadżanie, czy przymus badania.

W zwalczaniu chorób wenerycznych ważną rolę odgrywa również nadzór nad prostytutką. Jakkolwiek w Stanach Zjednoczonych nigdy nie obowiązywała reglamentacja, a istnienie domów publicznych nie miało podstaw

prawnych, to jednak przed wojną w wielu miejscowościach prostytucja była tolerowana. Opierało się to na szczerym przekonaniu pewnej części lekarzy i laików, że 1) istnienie domów publicznych chroni uczciwe kobiety przed wypadkami uwiedzenia i gwałtu, i że 2) nadzór lekarski polegający na badaniu i leczeniu prostytutek może zapobiec szerzeniu się chorób wenerycznych. Obydwa poglądy okazały się błędne w świetle dzisiejszych danych.

I tak w pewnym mieście w Stanie Pennsylvania, gdzie poprzednio istnienie domów publicznych było tolerowane, nowoobрани zarząd miejski, wykorzystując istniejące ustawy, zamknął domy publiczne i zwalczał konsekwentnie prostytucję przez kilka lat. Badanie raportów policyjnych dotyczących wypadków gwałtu, uwiedzenia i perwersji przed i po zamknięciu domów publicznych, wykazało spadek tych wykroczeń do 1/3. Potwierdziło się to i w innych miastach. Da się to wyjaśnić następująco: domy publiczne są zwykle schronieniem dla różnych osobników o zbrodniczych, czy na wpół zbrodniczych skłonnościach i gdy ich oparcie materialne zostaje usunięte — opuszczają raczej miasto.

Co się tyczy lekarskiego nadzoru nad domami publicznymi, to okazało się po dokładnym badaniu, przeprowadzonym w kilku miejscowościach, że i to chybiało celu. W El Paso Texas włożono dużo szczerego wysiłku w nadzór nad domami publicznymi, a to aby ochronić przed zarażaniem się żołnierzy z położonego w pobliżu miasta wielkiego obozu ćwiczebnego. Ale i w tym wypadku zarząd miasta przekonał się, że musi się uciec do zlikwidowania domów publicznych; natychmiast współczynnik zapadalności wśród żołnierzy obniżył się wybitnie. To samo powtórzyło się w wielu innych miejscowościach, a nawet na terytorium Hawajów, gdzie współczynnik zapadalności na choroby weneryczne był bardzo wysoki od szeregu lat.

W Stanie N. York, który ma 19 miast z ludnością powyżej 50,000, w 13 tolerowano przed wojną prostytucję w różnym stopniu. W oparciu o Statut Federalny i przy coraz większym poparciu opinii publicznej zmuszono wszystkie domy publiczne do likwidacji w ciągu 2 lat. Przed końcem wojny ilość chorych zarażonych przez prostytutki wynosiła w ogólnej liczbie zarażonych zaledwie 5%. Te zakażenia przypisać należy ulicznicom i pokątnej prostytucji, o wiele mniej niebezpiecznej, gdyż taka kobieta nie może nawiązać masowych kontaktów, jak to się dzieje w domach publicznych. Gdy zarazi się kiłą, przenosi infekcję najwyżej na 10—20 mężczyzn, zanim zostanie wykryta i poddana leczeniu. prostytutka w publicznym domu, pozostającą nawet pod kontrolą lekarską, może zarazić więcej nawet niż 100 mężczyzn, zanim wystąpią u niej widoczne zmiany chorobowe uchwytne dla rozpoznania. Sama kontrola lekarska okazała się nieskuteczną, gdyż naj-

częściej po wyleczeniu jednego zakażenia prostytutka zakaża się ponownie.

W latach wojny kobiety, uprawiające prostytucję, po aresztowaniu ich umieszczono w zakładach pracy, gdzie szkolono je w odpowiednich zawodach, a po zwolnieniu pomagano im w znalezieniu uczciwego sposobu zarobkowania. Oczywiście nie zawsze osiągnano zamierzony rezultat, gdyż w tej grupie społecznej częstym zjawiskiem jest niski stopień rozwoju umysłowego i takich kobiet nie udaje się łatwo umoralnić. Okazało się, że w tych wypadkach najskuteczniejszym środkiem jest właśnie stały areszt i kary sądowe.

Jeżeli idzie o kiłę późną, to w programie Publicznej Służby Zdrowia Stanu N. York, główny wysiłek zwrócono w kierunku zapobiegania schorzeniom ośrodkowego układu nerwowego. Przekonano się, że u pacjentów z kiłą bezobjawową, u których w płynie mózgowo-rdzeniowym stwierdza się zwiększenie ilości leukocytów, wzrost ilości białka, parietyczną krzywą złotową i dodatnie odczyny serologiczne, w późniejszych latach zjawiają się kliniczne objawy porażenia postępującego. Można temu zapobiec przeprowadzając w okresach bezobjawowych leczenie penicyliną, tryparsamidem, malarią, albo sztuczną gorączką. Program Publ. Służby Zdrowia przewiduje właśnie przeprowadzanie u chorych z kiłą późną badań płynu mózgowo-rdzeniowego i dostarczanie środków leczniczych dla zapobiegania porażeniu postępującemu.

Zapobiegać kiłę wrodzonej możemy skutecznie, lecząc matki kiłowe w czasie ciąży. W tym celu wymaga się od każdego lekarza, by podczas pierwszego badania ciężarnej pobierał krew — gdy wynik prób serologicznych jest dodatni, zaleca się chorej natychmiastowe poddanie się leczeniu. Kobieta, która nie zgadza się dobrowolnie na leczenie jest za pośrednictwem wspomnianych już wyżej funkcjonariuszów Publ. Sł. Zdrowia (*contact investigators*), początkowo zachęcana do tego, a potem jeśli trzeba, nawet zmuszana. Ten sposób postępowania okazał się tak skutecznym, że w ciągu ostatniego roku w liczącym 6,5 miliona mieszkańców Stanie N. York zanotowano tylko 43 przypadków kiły u dzieci poniżej 1 roku życia.

Program zwalczania chorób wenerycznych w Stanie N. York obejmuje także dostarczanie wszystkim lekarzom leków przeciwkiłowych i przeciwrzeżączkowych. Ma to uprzyścić leczenie jak największej liczbie chorych. W niektórych Stanach A. P. wydziały zdrowia wydają te leki stosownie do ilości zgłoszonych przypadków, natomiast w Stanie N. York, każdy lekarz otrzymuje bezpłatnie bez żadnych trudności wszystkie leki z tej dziedziny niezależnie od ilości zgłoszeń.

To umożliwia lekarzowi leczenie prywatnie wszystkich jego wenerycznie chorych bez względu na ich położenie materialne.

Do leczenia sulfonamidoodpornych przypadków rzeżączki dostarcza się lekarzom pe-

niewlity. Chorzy kłowy w okresie zakaznym choroby każdy lekarz może umieścić w szpitalu i Departament Zdrowia ponosi kosztu 1) pobytu, 2) niewlity i 3) transportu chorego z domu do szpitala, gdzie to jest konieczne z uwagi na odległość.

Częścią tego programu jest dalej pouczanie ludności o sposobach chronienia się przed chorobami wenerycznymi i o konieczności szybkiego szukania pomocy lekarskiej. Plakaty, broszury popularne, kino i radio — to środki używane do tego celu. Dla lekarzy — krótkie kursy dla odświeżenia wiadomości w rozpoznawaniu i leczeniu, oraz kursy praktyczne dla specjalistów, organizowane w klinikach.

Finałowe są także badania naukowe mające wyjaśnić wątpliwości odnośnie rozpoznania, leczenia i rokowania, oraz obracanie się ewentualne ulepszenia w samym programie walki z chorobami wenerycznymi, przedstawionym tu w głównych zarysach.

Streszczenie i wnioski:

1) Od czasu ukończenia ostatniej wojny ilość przypadków wczesnej kłły wzrosła w Stanie N. York o 300%.

2) To samo zjawisko w równym stopniu wystąpiło także w innych krajach m. i. w Polsce, W. Brytanii i Krajach Skandynawskich.

3) Dla powstrzymania tego wzrostu niezbędna jest współpraca wszystkich lekarzy.

4) Niezbędne jest również wykrywanie źródeł zakażenia.

5) Zgłaszanie przypadków jest istotnym czynnikiem w zwalczaniu chorób wenerycznych i musi się opierać na odpowiednich ustawach.

6) Wykrywanie i leczenie bezobjawowej kłły układu nerwowego zapobiega zapadaniu na schorzenia pokłowe.

7) Leczenie ciężarnych zapobiega kłle wrodzonej u potomstwa.

* * *

W Wielkiej Brytanii zwalczanie chorób wenerycznych przybrało inne nieco formy ze względu na odmienne warunki ekonomiczne, społeczne, a przede wszystkim odmienną psychikę mieszkańców. Charakterystyczną cechą tej dziedziny jest brak jakiegokolwiek przymusu i bardzo daleko posunięte poszanowanie osobistych praw i wolności jednostki. Nie istnieje więc przymus zgłaszania przypadków choroby wenerycznej, czego skutkiem m. i. jest brak dokładnych danych statystycznych, z których można by wnioskować o ilości chorych wenerycznie w W. Brytanii, oraz o zmianach zapadalności w okresie wojny, czy po jej ukończeniu. Dostępne są jedynie statystyki niektórych klinik, szpitali, centrów leczniczych i wojska. Z tych statystyk wynika, że od 1920 r. ilość zachorowań na kłłę spadła, osiągając w 1934 r. połowę stanu z 1920, zaś po 1939 r. zaczęła ponownie wzrastać. Ilość zachorowań na rzeżączkę wzrastała od 1920 stale. Zaznaczyć jednak należy, że dane te są niedokładne i niekompletne.

Opiekę nad zdrowiem społeczeństwa wykonuje w Anglii utworzone w 1911 r. ministerstwo zdrowia. Jeden z wydziałów tego ministerstwa zajmuje się problemem chorób wenerycznych (i gruźlicy). Część zadań wykonana jest bezpośrednio przez ten wydział, niektóre przez specjalne organizacje podlegające jednak w pewnym stopniu ministerstwu zdrowia, jak np. „Board of Guardians”.

Program zwalczania chorób wenerycznych oparty częściowo na uchwałach konferencji brukselskiej (1902) przewiduje m. i. bezpłatne badania krwi, bezpłatne leczenie chorych wenerycznie, zakaz leczenia chorób wenerycznych przez nie-lekarzy.

Bezpłatne leczenie prowadzone jest w 184 przychodniach (clincs) w Anglii i Walii, oraz w centrach leczniczych, organizowanych przez ministerstwo zdrowia i przez nie wyznoszonych i utrzymywanych. Takich centrów jest obecnie 64, z tego w Londynie 22, z których 12 przy Szkołach Medycznych. Centra te mają pod względem lekarskim dużą samodzielność, stąd pochodzi, że poszczególne centra stosują różne metody leczenia. Na ogół stoją pod względem fachowym na wysokim poziomie. Należy zaznaczyć, że cały personel jest b. dobrze wynagradzany.

Poza tymi centrami leczy się choroby weneryczne w zakładach dobroczynnych dla matki i dziecka, 18 instytutach dla ciężarnych chorych wenerycznie i w 14 schroniskach dla bezdomnych dziewcząt chorych wenerycznie. W tej ostatniej liczbie mieści się także 1 zakład specjalny dla dzieci z **vulvovaginitis**. Poza tym na każdy szpital nałożony jest ustawowy obowiązek utrzymywania 2 łóżek dla chorych wenerycznie.

87 pracowni bakteriologicznych podlegających ministerstwu zdrowia dokonuje bezpłatnych badań, spośród nich 60 wykonuje badania serologiczne krwi.

Lekarze prywatni praktykujący mogą otrzymywać bezpłatnie leki przeciwkłowe, korzystają jednak z tego w małym tylko stopniu. Obliczono, że z całej ilości leków wydawanych dla leczenia bezpłatnego, zaledwie 1/6 zużywają lekarze prywatnie praktykujący; reszta przypada na instytucje (szpitale itp.). Istnieje przypuszczenie, że ludność niechętnie korzysta z pomocy prywatnej praktykujących specjalistów (bardzo kosztownej) mając do dyspozycji bezpłatną pomoc w szpitalach i klinikach stojących na wysokim poziomie fachowym. Ponadto szerokie warstwy społeczeństwa podlegają ubezpieczeniom i korzystają z bezpłatnej pomocy lekarskiej z tego tytułu.

Sprawą uświadamiania społeczeństwa, ministerstwo zdrowia nie zajmuje się samo, pozostawiając tę dziedzinę walki z chorobami wenerycznymi Brytyjskiemu Towarzystwu Higieny Społecznej (**British Social Hygiene Council**). Instytucja ta prowadzi akcję uświa-

damiania społeczeństwa już od dawna i bardzo energicznie, posługując się filmem i radiem, wydając liczne broszury i plakaty, oraz organizując wykłady. Koszty tej „propagandy” ponosi w 75% ministerstwo zdrowia, zaś lokalne władze w 25%. Za rezultaty tej akcji uważa się wzrost ilości zgłaszających się po poradę i leczenie do szpitali i przychodni, a równocześnie spadek ilości chorych leżących i dodatnich odczynów serologicznych (zgłaszanie się we wcześniejszych okresach choroby).

Należy zresztą przypuszczać, że i w dziedzinie zwalczania chorób wenerycznych zajdą w W. Brytanii pewne zmiany w związku z mającą nastąpić reformą służby zdrowia według planu **Beveridge’a** i na tle ogólnych przemian społecznych, które dokonują się tam ostatnio.

Kraje skandynawskie, a zwłaszcza Dania mają najmniejszy odsetek chorych wenerycznie na świecie i pod tym względem cieszą się zasłużoną sławą. Dania, Szwecja i Norwegia omawiane bywają zwykle wspólnie, gdyż mają wiele cech podobnych. Pod względem ludnościowym jednolite, o wysokiej kulturze mieszkańców i dużej moralności publicznej. W dwóch pierwszych krajach wysoki standard życiowy, a we wszystkich ludność bardzo wyrobiona społecznie, powszechne poszanowanie prawa i brak analfabetów. Znachorstwo i w ogóle leczenie przez nie-lekarzy (apteki) nieuprawniane zupełnie. We wszystkich wreszcie trzech krajach w pełni rozwinięte ustawodawstwo specjalnie dające odpowiednie oparcie organom służby zdrowia w zwalczaniu chorób wenerycznych.

Przoduje, jak Wspomniano Danja. Ten niewielki, 3,600.000 mieszkańców liczący, kraj wykazał zdumiewającą intuicję, jeżeli idzie o zrozumienie roli chorób wenerycznych dla zdrowia narodu, odpowiednie nastawienie społeczne, oraz wyszukiwanie najwłaściwszych dróg do zwalczania zła.

Departament zdrowia istnieje w Danii już 20 lat! Dekret z 1788 r. nakazywał chorym na kiłę zgłaszać się do proboszcza, ten zaś za pośrednictwem odpowiednich instytucji lekarskich miał to zgłaszać do Narodowego Departamentu Zdrowia. W 1790 r. nowym dekretem zapewniono bezpłatne leczenie wszystkim chorym na kiłę, jest to pierwsza tego rodzaju ustawa na świecie! Dalszym krokiem na tej drodze jest dekret z 1874 wprowadzający przymus leczenia się dla chorych na kiłę, przez: „...względ na dobro zdrowia publicznego”. W 1906 r. zakazano uprawiania prostytucji i wynajmowania mieszkań prostytutkom. Wreszcie w 1932 r. ukoronowano to zaiste wielkie dzieło postanowieniem, że państwo przejmuje na siebie wszelkie koszty związane z rozpoznawaniem, leczeniem wszystkich przypadków, zarówno kiły, jak i innych chorób wenerycznych.

W Danii obowiązuje przymus zgłaszania przypadków choroby wenerycznej, zresztą

beziemiennie, a dopiero, gdy ktoś uchyla się od leczenia, imiennie. Obowiązku tego przestrzegają lekarze z bezwzględną lojalnością. Stosuje się również wyszukiwanie źródeł zakażenia w celu poddania ich leczeniu.

Badania serologiczne krwi i wszystkie inne badania laboratoryjne wykonuje jeden państwowy instytut serologiczny w Kopenhadze. Materiał do badania oznaczony inicjałami i datą urodzenia pacjenta przesyła się do tego instytutu, gdzie służy równocześnie za podstawę do sporządzanych statystyk. Należy zaznaczyć, że państw. inst. serol. w Kopenhadze jest wzorowo prowadzony i należy do najlepiej urządzonych instytutów tego rodzaju na świecie.

Badanie serologiczne krwi przeprowadza się u wszystkich bez wyjątku chorych szpitalnych i ciężarnych podczas pierwszego badania.

Lecznictwo postawione jest na bardzo wysokim poziomie zarówno pod względem lekarskim, jak i organizacyjnym. Bezpłatnej opieki i leczenia udziela przede wszystkim każdy z 66 obwodowych lekarzy służby zdrowia i ludność korzysta z tego chętnie. W razie potrzeby leczenia szpitalnego chory może korzystać bezpłatnie bądź z leczenia w którymkolwiek ze szpitali miejskich, gdyż w każdym musi być kilka łóżek przeznaczonych dla chorych wenerycznie (w całym kraju jest takich łóżek 1000), bądź też w większym mieście może udać się do kliniki.

Miejski departament zdrowia w Kopenhadze utrzymuje 5 przychodni przeciwwenerycznych, zatrudniających 11 lekarzy. Rozmieszczono je w mieście w takich punktach i czynne są w takich godzinach, że umożliwiają korzystanie z pomocy lekarskiej tym, którym było by trudno, czy niewygodnie udać się do kliniki, czy szpitala.

Gdy weźmie się pod uwagę te wszystkie ułatwienia ze strony państwa — nie dziwi fakt, iż z pomocy prywatnie praktykujących lekarzy korzysta zaledwie około 25% chorych.

Opiekę nad zdrowiem obywateli sprawuje państwo za pośrednictwem Państwowej Rady Zdrowia, której prezesem jest lekarz, mający doradców z różnych specjalności dziedzin (np. farmacja, dentystyka i i.).

Państwowa Rada Zdrowia zatrudnia 66 obwodowych lekarzy służby zdrowia, którzy poza praktyką prywatną poświęcają pewną ilość godzin dziennie obowiązkom publicznym i są wynagradzani za to przez państwo. Są to lekarze ogólnie praktykujący, bądź też w większych miastach specjaliści-wenerolodzy. Zarówno lekarze, jak i cały personel pomocniczy w klinikach, szpitalach i przychodniach jest bardzo dobrze uposażony.

Jak wynika z wiarygodnych statystyk, zaznacza się w Danii od r. 1919 stały spadek ilości chorych wenerycznie.

W Szwecji sprawa zwalczania chorób wenerycznych rozwiązana jest w podobny

sposób, jak w Danii i oparta na podobnych zasadach.

Opieka nad zdrowiem społeczeństwa należy do ministerstwa spraw społecznych, któremu podlega Rada Lekarska. Szwecja podzielona jest dla celów sanitarnych na okręgi i w każdym z takich okręgów czynni są komisarze zdrowia (analogicznie do „health officers” w Stanach Zjednoczonych).

Powagę problemu chorób wenerycznych zrozumiano w Szwecji dawno. Pierwszy szpital dla chorób wenerycznych powstał w Sztokholmie w 1816 r., a w następnym roku wprowadzono bezpłatne leczenie. Jeszcze w pierwszej połowie XIX w. wprowadzono regularny nadzór nad prostytutką, potem jednak powstały sprzeciwy i zastrzeżenia, tak że dopiero znacznie później uregulowano tę sprawę i obecnie uprawianie prostytutki jest karane w myśl postanowień kodeksu karnego, podobnie jak i przenoszenie zakażenia.

W Szwecji istnieje obowiązek zgłaszania przypadków choroby wenerycznej, przestrzegany przez lekarzy bardzo skrupulatnie. Podobnie, jak w Danii, zgłasza się bezimiennie. Źródła zakażenia wyszukiwane są i poddawane leczeniu, przy czym, gdy nie pomaga zachęta pisemna do zgłoszenia się, a potem wizyta komisarza zdrowia — stosuje się środki przymusowe. Podobnie zmusza się w razie potrzeby do dalszego leczenia chorych opornych, czy opieszających.

Leczenie kiły, rzeżączki i wrzodu miękkiego w okresie zakaźnym jest bezpłatne; okres zakaźny określa lekarz, przy czym dla kiły nieleczonej przyjmuje się na ogół 3 lata po zakażeniu. Wyjątkiem od tej zasady są ciężarne, które się leczą na koszt państwa w każdym okresie choroby, bez względu na to, ile czasu upłynęło od zakażenia.

Po stwierdzeniu choroby wenerycznej lekarz obowiązany jest — oprócz pouczenia chorego o istocie jego choroby, skutkach, jakie pociąga nieleczenie, i potrzebie przestrzegania odpowiednich ostrożności — wręczyć mu za potwierdzeniem odbioru broszurę uświadamiającą z wyciągiem ustawy odnoszącej się do chorób wenerycznych, by wiedział o konsekwencjach prawnych ewentualnego zaniedbania, czy zakażenia kogoś.

Doceniając, jak ważnym czynnikiem w zwalczaniu chorób wenerycznych jest uświadamienie ogółu, na podstawie zleceń specjalnie przez rząd ustanowionej komisji postanowiono, że wszyscy obywatele Szwecji po 15-tym roku życia winni być uświadamiani odnośnie spraw płci i zapobiegania chorobom wenerycznym. Wprawdzie nie przestrzega się tego w pełni, jednak wiele na tym polu robią stowarzyszenia, kluby, związki robotnicze i i.

Wielką pomocą w zwalczaniu kiły wrodzonej są tzw. domy welanderowskie^{*)}, których

^{*)} Welander, sifilidolg i intelektualista szwedzki z końca XIX w., założyciel pierwszego domu dla dzieci kiłowych, nazwanego podobnie, jak dalsze podobne, jego imieniem.

idea rozpowszechnia się coraz bardziej w innych krajach skandynawskich. Jak wynika z danych statystycznych — skutki stosowanych w Szwecji metod zwalczania chorób wenerycznych są znakomite.

W 1934 r. np. na 100.000 mieszkańców przypadało zaledwie 7 nowych zakażeń kiłowych. Nawet w Danii było w tym samym czasie 20 : 100.000.

W innych krajach liczby te były znacznie wyższe.

Norwegia. W tym kraju, jakkolwiek system zwalczania chorób wenerycznych przypomina w głównych zarysach szwedzki i duński, to jednak w wykonaniu różni się nieco od nich. Jedną z głównych tego przyczyn są odmienne warunki terenowe. Nieliczna ludność (2.900.000) rozrzucona na dużej przestrzeni i trudne warunki komunikacyjne stwarzają specyficzne okoliczności, w których z konieczności rozwiązanie pewnych zagadnień musi przybrać inne kształty. Jako przykład może posłużyć taki paradoks, że krew pobrana w Nordkap i przesłana do badania do (jedynego) laboratorium w Oslo, odbywa dalszą i dłuższą drogę, niż z Rzymu do Oslo!

Najwyższymi czynnikami, jeżeli idzie o opiekę nad zdrowiem ludności jest ministerstwo opieki społecznej i biuro centralnej administracji zdrowia, którego szefem jest naczelny lekarz publ. służby zdrowia.

Zależnie od ilości ludności 1—5 gmin tworzy obwód, na czele którego stoi obwodowy lekarz publ. sł. zdr. — z wyjątkiem większych miast jest nim lekarz ogólnie praktykujący, który część swoich godzin pracy poświęca obowiązkowi służbowym i on właśnie m. i. leczy chorych wenerycznie, przeszkolony specjalnie w tym celu.

W systemie powszechnego ubezpieczenia większość ludności może leczyć się bezpłatnie. Nieliczna część ludności nieosiadła (marynarze) może korzystać bądź ze szpitali w portowych, większych miastach, bądź z pomocy lekarzy publ. sł. zdr., bądź wreszcie z pomocy lekarzy wolno praktykujących, którym ubezpieczenie zwraca następnie koszty leczenia, na podstawie przedłożonych rachunków.

W Norwegii, mimo wysoko wśród ludności rozwiniętej dyscypliny społecznej, nie działają sprawnie pewne środki, służące do zwalczania chorób wenerycznych. Tak np. obowiązujące ustawowo zgłaszanie przypadków chor. wener. nie jest przestrzegane w pełni, jak również pobieranie krwi we wszystkich podejrzanych przypadkach. Odgrywają tu prawdopodobnie m. i. dużą rolę, zwłaszcza w wypadku przesyłania krwi, wspomniane na początku swoiste warunki i trudności terenowo-komunikacyjne.

Mimo to, według dostępnych obliczeń, ilość nowych przypadków kiły i wrzodu miękkiego obniżała się do 1930 r. stale, jedynie wzrastała w tym czasie ilość przypadków rzeżączki.

Mimo pewnych drobnych różnic, system zwalczania chorób wenerycznych w Norwegii przypomina systemy stosowane w Danii i Szwecji, również jak i tamte działa sprawnie i może wykazać się dużymi osiągnięciami.

Dla Polski pod wieloma względami może służyć za wzór, choć oczywiście odmienny charakter mieszkańców i różnice systemów administracyjnych powodują, że nie było by celowe kopiowanie go bez zastrzeżeń.

Dr Zbigniew Czapliński, Kraków.

Budowa „stosu atomowego” do celów pokojowych

(Usis). Waszyngton, 12 VIII 1947. — W Brookhaven National Laboratories na Long Island, w stanie Nowy Jork, rozpoczęto budowę „stosu atomowego” ocenionego na 10 milionów dolarów, mającego służyć przede wszystkim do podstawowych badań w dziedzinie dobroczynnego zastosowania energii atomowej.

W ubiegły poniedziałek odbyło się oficjalne położenie kamienia węgielnego pod nowy gmach ośrodka badań, którego budowę finansuje rząd. Nowy ten „stos” albo „reaktor” jądrowy ma być wykonany w ciągu roku i użyty zostanie do podstawowych badań w dziedzinach medycyny, fizyki, biologii, chemii oraz inżynierii.

Laboratorium, jako całość, zbudowane na miejscu dawnej Komendy Uzupełnień Armii, ma dostarczyć udogodnień do badań naukowych około 500 uczonym. Pomimo że koszty utrzymania ich pokrywane są przez rząd, laboratoria w Brookhaven prowadzone są przez stowarzyszenie uniwersytetów wschodniej części Stanów Zjednoczonych i mają dostarczyć Ameryce naukowców posiadających odpowiednie wykształcenie w badaniu ostatnich odkryć w dziedzinie energii atomowej oraz w ich zastosowaniu.

Gęstość neutronów w „stosie” w Brookhaven będzie kilka razy większa niż w „stosie” w Oak Ridge, który od roku dostarcza izotopów radowych do naukowych badań medycznych, biologicznych i innych.

Dr. Lyle B. Borst, dyrektor „stosu” laboratorium w Brookhaven, podkreślił, że „stos” ten przeznaczony jest przede wszystkim do badań energii atomowej w celach pokojowych. „Chodzi nam o badania, nie o produkcję”, oświadczył dyrektor.

Borst powiedział, że „stos” czynny będzie 24 godzin na dobę, i gdy już raz zacznie działać, pozwoli na 20 jednoczesnych doświadczeń. Jest tak zaprojektowany, że ze wszystkich dotychczas istniejących będzie posiadał największą zdolność przystosowania się do obciążeń. Przewidziane są ułatwienia w celu wypuszczenia promieni neutronowych ze stosu, poddania tkanki biologicznej działaniu promieni, oraz badań cech charakterystycznych neutronów.

Poczyniono już odpowiednie kroki w celu dostarczania nowojorskim ośrodkom medycznym izotopów radioaktywnych pochodzących ze „stosu”, do diagnostyki i leczenia.

Dwa skrzydła, w których mieszczą się laboratoria, przylegać będą do budynku „stosu”. Pracownicy laboratoriów w Brookhaven mają nadzieję, że otrzymają również cyklotron do rozbijania atomów. Prowadzone są też studia nad zbudowaniem maszyny mogącej przyspieszyć ruch cząsteczek atomowych przy energii wysokości 2 do 3 milionów elektronowoltów. Uczeń ma nadzieję uzyskać ważne wiadomości odnośnie pochodzenia materii przy zastosowaniu tej maszyny.

Sumner T. Pike, członek Komisji Energii Atomowej Stanów Zjednoczonych, podkreślił znaczenie laboratoriów w zwiększaniu dobroczynnych możliwości odkryć atomowych. Pike zwrócił uwagę, że zakład w Brookhaven będzie tylko jednym z całego szeregu laboratoriów. „Mamy nadzieję, powiedział, że z laboratoriów tych czerpać będą ludzie wiadomości, żeby je móc rozprzestrzenić ku pożytkowi nauki i przemysłu. Ponadto mamy nadzieję, że będziemy mogli dopomóc uniwersytetom w wykształceniu ludzi, którzy potrafią zastosować w praktyce te nowe narzędzia tak, ażeby zmniejszyć pierwotną okropność tych odkryć i aby rola ich w życiu naszym wydawała się tak prosta i łatwa do zrozumienia, jak rola aparatu radiowego w naszym mieszkaniu.”

John C. Jones (Los Angeles) — Chirurgia raków pochodzenia oskrzelowego. (J. A. M., A. Tom 134, nr 2 z 10 V 1947, str. 113.)

Raki płuc stanowią 10% wszystkich raków u mężczyzn — pneumonektomia daje niski odsetek zgonów pooperacyjnych, należy więc dążyć do udoskonalenia wczesnego rozpoznania. Większość przypadków dotyczy mężczyzn między 40 a 60 rokiem życia, częściej występuje w prawym płucu. Początkowe objawy są w istocie swej zapalne, najważniejszy z nich kaszel, z początku suchy („papierosowy”), później wilgotny z wydzieliną śluzową lub ropną. Zatrzymanie tej wydzieliny wywołuje dreszcze, gorączkę i powoduje często fałszywe rozpoznanie. Drugim ważnym objawem jest ból — od czucia lekkiego ucisku (opresji) do nieznosnego bólu, jeśli zostały zajęte nerwy międzybrowne. W większości przypadków pojawia się krwioplucie, a właściwie domieszka krwi w płwocinie. Dołącza się oddech gwiżdżący, duszność, chrypka, wychudnięcie. Badanie przedmiotowe przedstawia się rozmaicie, zależnie od umiejscowienia i rozległości zmian, wtórnego zakażenia i przerzutów. Właściwe rozpoznanie ułatwia często staranne przeszukanie przerzutów w gruczołach pachy, szyi i nad obojczykami. Rak płuc ukrywa się często pod fałszywym rozpoznaniem nietypowego zapalenia płuc, które umacnia się poprawą po leczeniu penicyliną lub sulfamidami, co wynika z czasowego usunięcia wtórnej infekcji. Poprawa kliniczna bez zupełnego wyjaśnienia się obrazu rentgenowskiego bronchopneumonii — nasuwa podejrzenie nowotworu. Konieczne jest badanie płwociny na prątki Kocha. Autor nie przywiązuje specjalnego znaczenia szukaniu komórek nowotworowych w płwocinie. Największą pomocą diagnostyczną jest Rentgen — nie ma jednak obrazu rentgenowskiego typowego dla nowotworu, który może w Rentgenie naśladować wszystkie możliwe zmiany w płucach. Rzadko bywa wskazana bronchografia, — natomiast bronchoskopia umożliwia wczesne i dokładne rozpoznanie i może dostarczyć materiału do badania histologicznego. Jeśli jest to niemożliwe, jest godna polecenia próba torakotomia. Wszystkie raki płuc odznaczają się złośliwością niezależnie od typu — a więc zarówno epidermoid, gruczolakorak, jak i rak

komórkowo nieodróżnicowany. Ostatnie dwa typy rosną prędzej i dają szybciej przerzuty — rokowanie w tych przypadkach jest gorsze.

J. B.

S. Jesberg (Los Angeles) — Leczenie chirurgiczne raka krtani. (J. A. M. A. Tom 134, nr 2, z 10 V 1947, str. 121.)

Leczenie polega na zabiegach, dostosowanych do okresu choroby. Jeżeli struny głosowe są jeszcze ruchome — laryngofissura z cordektomią; jeżeli są nieruchome — laryngofissura z usunięciem chrząstki. W dalej posuniętych okresach jest nieodzowna laryngektomia, którą niejednokrotnie trzeba poprzedzić naświetlaniami.

W. B.

M. Lenz (New York) — Leczenie rentgenowskie raka krtani. (J. A. M. A. Tom 134, nr 2, z 10 V 1947, str. 117.)

We wczesnych okresach raka strun głosowych wyniki naświetlań są równie dobre, jak wyniki zabiegów operacyjnych. Przeciwwskazaniem jest jednak nacieczenie przechodzące pod głosnię i na chrząstki arytenoidalne. W takich przypadkach wskazana jest wprawie laryngektomia, a po niej naświetlanie. Jeżeli jednak istnieje jeszcze częściowa przesuwalność chrząstki, próba leczenia naświetlaniami może być skuteczna. Natomiast w raku nagłości i części przednich fałdów nagłośniowych należy stosować naświetlanie mimo unieruchomienia chrząstek i mimo przerzutów w gruczołach chłonnych. Rak zatoki gruszkowatej postępuje zwykle tak szybko, że w okresie stwierdzenia nie nadaje się już do naświetlań leczniczych, chyba jako uzupełnienie zabiegu chirurgicznego. Przerzuty do węzłów limfatycznych powinny być usuwane chirurgicznie, jak długo są ruchome. Gdy strąca przesuwalność, pozostaje naświetlanie. Autor opisuje szczegółowo technikę naświetlań, oraz przedstawia wyniki szczegółowe leczenia: na 128 przypadków leczonych w okresie 1931 do 1941, których losy prześledzono do r. 1946, zmarło z powodu raka rozwijającego się dalej 42, z powodu obrzęku krtani i raka 21, wskutek martwicy po napromienieniu 4, z powodu przerzutów, mimo wygojenia się ogniska pierwotnego w krtani 11, razem 68. Mimo niepełnego usunięcia raka żyło 2. Wyleczenie zaś nastąpiło w pozostałych 60 przypadkach. Z tych zmarło 7 wskutek innych chorób, nie wykazując raka od czasu leczenia napromienianiem w okresie przeszło 5 lat. 23 żyje i są całkiem zdrowi, a 30 nie wykazuje żadnych objawów raka w okresie od 5—14 lat od ukończenia leczenia.

W. B.

F. Buschke i S. T. Cantril (Seattle) — Leczenie raka przetyku promieniami rentgenowskimi z wysokiego napięcia. (J. A. M. A. Tom 134, nr 2 z 10 V 1947, str. 127.)

Autorzy starają się zwalczyć nihilistyczne stanowisko co do leczenia raka przetyku, podając przypadki dobrych wyników po silnych naświetlaniach i wierzą, że pewna ilość epi-

dermoidowych raków przetyku może być wyleczona, jeśli napromienianie rozpocznie się zanim wystąpi całkowita stenoza i przerzuty. Dawki stosowane przez autorów, obliczone na skórę, wynosiły powyżej 10.000 r. (do 16.000), a obliczone na tkankę rakową powyżej 5.000 r. Spośród 6 opisanych przypadków w 2 wynik był bardzo dobry, w 2 dość dobry — dwa zaś przypadki były stracone.

W. B.

Thomas Parran — Opieka lekarska w przyszłości

(z „Yale Review“ — 1947 — Usis.)

„Wielkie ruchy przyszłości nie mogą być stworzone indywidualnym wysiłkiem. Muszą być podjęte i kontrolowane przez zbiorowy wysiłek i w żaden inny sposób nie mogą przynieść rezultatów, stwarzających nową epokę prawdy o medycynie zapobiegawczej.“

Tak pisał dr. William Mayo w swoim pierwszym oświadczeniu jako prezes Amerykańskiego Zrzeszenia Medycznego. W twierdzeniu tym sprzed 44 laty znajdujemy właściwy przedmiot do dyskusji w sprawie współczesnych zagadnień medycyny w Stanach Zjednoczonych. William i Charles Mayo, założyciele słynnej na cały świat Kliniki Mayo, zrobili więcej na odcinku ulepszenia publicznej służby zdrowia, niż jacykolwiek inni lekarze ze współczesnego im, lub poprzednich pokoleń. Wprowadzili nowe metody organizacyjne w ekonomikę lekarską.

Działalność Mayów do dziś wywiera wpływ wśród czołowych lekarzy. Wśród postępowych doktorów i instytucji, w których się grupują, istnieje silne pragnienie dalszego ulepszenia opieki lekarskiej, jej organizacji, dystrybucji, metod zapłaty i naukowej treści.

Opinia publiczna została również poruszona. W ostatnich latach domagała się coraz silniej zwiększonej akcji ze strony rządów w kierunku ulepszenia służby zdrowia, jak i przedpłaty kosztów chorobowych. Zagadnienie zdrowia ma znaczenie ogólnonarodowe. Znaczenie to po raz pierwszy podkreślił w swoim credzie do Kongresu w sprawie zagadnień zdrowia prezydent Stanów Zjednoczonych w dniu 19 listopada 1945 r.

Prezydent Truman po zanalizowaniu potrzeb w tym zakresie i wchodzących w rachubę podstawowych problemów, przedstawił do dyskusji program złożony z pięciu zasadniczych punktów, który był by uzupełniony częściowo pomocą ze strony państwa, a częściowo przez ubezpieczenia społeczne. Program prezydenta domagał się:

1. budowy szpitali i pokrewnych instytucji w takich miejscach Stanów Zjednoczonych, gdzie zachodzi tego potrzeba;
2. rozbudowy służby zdrowia, oraz opieki nad matką i dzieckiem;
3. rozbudowy szkolnictwa medycznego, oraz naukowych badań lekarskich;
4. przedpłaty kosztów opieki lekarskiej, oraz
5. ochrony przeciwko utracie zarobków na skutek choroby i niezdolności do pracy.

Zasadniczo prezydent zażądał od nas, abyśmy więcej robili w tej dziedzinie, niż obecnie, i abyśmy to robili lepiej, niż dotychczas. Nasza służba zdrowia stanowa, jak i lokalna została rozbudowana przy pomocy państwowej. Przez wiele lat naukowe badania lekarskie i oświata korzystały z pewnej pomocy

rządowej; w czasie wojny pomoc ta została znacznie zwiększona.

Obok szerszego zastosowania ustalonej zasady pomocy państwowej, prezydent wysunął następujące zalecenia: ogólnopanstwowego programu budowy szpitali; większego poparcia dla instytucji służby zdrowia publicznego; specjalnego uwzględnienia chorób umysłowych i szerokiego programu pogłębienia oświaty zawodowej w dziedzinach medycyny i innych z nią związanych, oraz pobudzania do naukowych badań lekarskich i finansowej dla nich pomocy.

W ciągu ubiegłych 10 lat amerykańskie prawo o ubezpieczeniach społecznych stosowało z powodzeniem ubezpieczenia przymusowo w celu ochrony osób żyjących z pracy najmniejszej przed bezrobociem i starością. Jest jasne, że zasada ta musi być rozszerzona, aby chroniła ich również na wypadek choroby zarówno co do kosztów leczenia, jak i utraty zarobków. Świat pracy i sfery przemysłowe, pracodawcy i pracownicy — wszyscy wyrazili zgodę na koncepcje pomocy państwowej i ubezpieczeń społecznych.

Zasadnicza struktura zorganizowanej i wszechstronnej służby zdrowia została już opracowana wiele lat temu. Wśród projektodawców kroczyli bracia Mayo w pierwszym szeregu. Wbrew zaciętej opozycji rozbudowali medycynę społeczną, jako jedyny środek przeciwko opiece lekarskiej, opartej na wolnej konkurencji („competitive practice”) i przeciwko wynikającym z niej niedostatecznym udogodnieniom leczniczym. Wielkie szpitale uniwersyteckie w Stanach Zjednoczonych i wiele prywatnych instytucji leczniczych zorganizowano na tej zasadzie. Instytucje te reprezentowały praktykę w zakresie medycyny społecznej na najwyższym poziomie. Dziś potrzeba jedynie zastosowania zasady medycyny społecznej na znacznie szerszą skalę, tak aby korzyści wypływające z niej, jak również ze zdobyczy nowoczesnej medycyny, mogły dotrzeć do najmniejszych grup społecznych, nawet do położonych na odludziu ferm.

Rzeczony rozwój praktyki lekarskiej w zakresie medycyny społecznej w Stanach Zjednoczonych jest dowodem słuszności samej koncepcji. Poza szpitalami uniwersyteckimi istnieje szereg podobnych ośrodków, jak kliniki Mayo, Lehey i Crile. Na mniejszą skalę, inne liczne przykłady praktycznego stosowania medycyny społecznej zostały dostarczone przez lekarzy prywatnie praktykujących.

Niektóre z tych mniejszych organizacji obsługiwały wielką liczbę ludności wiejskiej, rozrzuconej po obu stronach linii granicznej powiatów i stanów. I właśnie z tego powodu mają specjalne znaczenie. Nawet w wielkich miastach jest brak ośrodków, do których przeciętny obywatel mógłby się udać i poddać gruntownemu zbadaniu i leczeniu po umiarkowanych cenach. Całe społeczeństwo musi mieć większe możliwości korzystania ze sprawnej pomocy lekarskiej. Szpitale przyszłości powinny tworzyć ośrodek, z którego rozchodziłyby się związane z nim służby zdrowia. Największe ośrodki powinny być zorganizowane przy uniwersyteckich wydziałach medycyny i powinny przeprowadzać rozległe badania naukowe. Chorzy, wymagający bardziej skomplikowanych zabiegów lekarskich, niż dostępne dla nich w ich własnym środowisku, powinni mieć dostęp do takich ośrodków, lub może do szpitala okręgowego, obsługującego pewną liczbę środowisk. W małych miastach powinny być mniejsze szpitale, wiejskie, lub ośrodki zdrowia — powiązane admi-

nistracyjnie ze szpitalami okręgowymi i wielkimi ośrodkami medycznymi.

Szpitale wiejskie i ośrodki zdrowia mogą z powodzeniem stać się bazą operacyjną dla lokalnych departamentów zdrowia i całego świata lekarskiego danego środowiska. Wspólne laboratorium, miejsce dla kliniki, oraz gabinety lekarskie byłyby pod jednym dachem, lub na tym samym terenie.

Powiązany program tak, jak ja go sobie wyobrażam, przebiegałby dwoma torami, a mianowicie: chorzy byłiby przesyłani do większych instytucji dla postawienia diagnozy i w razie potrzeby, przeprowadzenia leczenia, po czym byłiby odesłani do domu, gdzie pozostawaliby pod obserwacją; lekarze miejscowi mieliby dostęp do udogodnień diagnostycznych, laboratoryjnych i oświatowych w ośrodku; ośrodki wysyłałyby do mniejszych środowisk zespoły instruktorskie, do przeprowadzenia kursów powtarzających dawne programy („refresher” courses) oraz praktyki klinicznej, ewentualnie również studentów-kandydatów do praktyki klinicznej i administracyjnej.

Połączenie zorganizowanej służby zdrowia z praktyką lekarską jest naturalne. Przed czterdziestu laty było głównym celem zorganizowanej medycyny oprowadzanie chorób zakaźnych przez rozszerzanie państwowej służby zdrowia. Stworzenie urzędów zdrowia i stanowych laboratoriów diagnostycznych jest najdawniejszym przykładem ścisłego związku, jaki istnieje pomiędzy prywatnie praktykującym lekarzem, a publiczną służbą zdrowia. Od tego czasu lokalne i stanowe urzędy zdrowia oddały wiele usług prywatnym lekarzom: bezpłatne preparaty biologiczne, bezpłatne specyfiki do leczenia kły i rzeżączki, usługi diagnostyczne w zakresie chorób wenerycznych, gruźlicy, chorób zawodowych, ginekologicznych, dziecięcych i innych specjalności. W tym czasie lekarze prywatnie praktykujący w wielu częściach kraju pełnili lekarskie obowiązki bezpłatnie lub za minimalnym wynagrodzeniem w klinikach urzędu zdrowia.

Celem postawionym sobie przez lekarzy społecznych służby zdrowia publicznego i zawartym w programie prezydenta jest utworzenie miejscowych ośrodków zdrowia publicznego w całym kraju. To z kolei stworzy nowe możliwości dla zawodu lekarskiego w zakresie praktyki w służbie zdrowia publicznego, jak również i prywatnej. Nowoczesne udogodnienia dla celów rozpoznania i leczenia raka i dla rozpoznania chorób wynikających ze złego odżywiania; społeczna opieka lekarska nad chorymi umysłowo; domowa opieka pielęgniarek dochodzących — oto niektóre szczegóły nowych programów, które każdy z nowoczesnych ośrodków zdrowia musi wziąć pod uwagę.

Przez wiele lat rząd udzielał swojego poparcia dla naukowych badań, za pośrednictwem takich organów jak departament rolnictwa, biuro wzorców i służba zdrowia publicznego Stanów Zjednoczonych. Czynił to pozostawiając im całkowitą wolność nauki i praktyki, jak również niezależność wchodzących w rachubę instytucji.

Służba zdrowia publicznego administruje fundacjami dla badania raka w sposób najbardziej właściwy. Za poradą i zgodą jej prawnie powołanych organów doradczych: Państwowej Rady Zdrowia i Państwowej Rady do Walki z Rakiem — subwencje udzielane są instytucjom stojącym na wysokości zadania dla konkretnych celów. W ten sposób możliwe jest finansowanie ważnych prac badawczych przez okresy wystar-

czająco długie, aby zapewnić ciągłość, mającą tak ważne znaczenie dla wszelkiego rodzaju badań. Państwowy Instytut Walki z Rakiem (National Cancer Institute) np. udzielił subwencji Uniwersytetowi w Kalifornii i Waszyngtonie dla skonstruowania cyklotronów, — ważnych nie tylko w badaniach energii atomowej, ale także w badaniach medycznych. W tym wypadku i wielu innych, pieniądze mogą być wydane tak, jak dana instytucja zechce, z tym jednym zastrzeżeniem, że zostaną przeznaczone na dany określony cel.

W ciągu ubiegłych 8 lat służby zdrowia publicznego, przyznawała również stypendia wykwalifikowanym badaczom raka w samym instytucie lub innych instytucjach. Ostatnio program ten został rozszerzony na całą dziedzinę nauk medycznych.

Z jednej strony zawód lekarski przekonał się o wartości zbiorowej akcji w zapewnieniu należytej służby zdrowia, z drugiej — publiczność poznała wartość zbiorowej akcji w uzyskaniu opieki lekarskiej. Obecnie około 20 milionów Amerykanów jest objętych planami ubezpieczeniowymi szpitala Błękitnego Krzyża (Blue Cross Hospital). Nieco ponad 5 milionów jest ubezpieczonych na podstawie innych dobrowolnych systemów ubezpieczeniowych, za opłatą ograniczonych kosztów lekarskich.

Usunięcie finansowych barier pomiędzy chorym, a lekarzem rozpoczęło się w drugiej połowie XIX wieku. Bractwa różnego rodzaju, zakłady fabryczne, i związki zawodowe były pierwsze, które podjęły zapewnienie opieki lekarskiej dla poszczególnych grup ludzi. W ostatnich latach chorzy połączyli się, aby wspólnymi zasobami zapewnić sobie opiekę lekarską, a stowarzyszenia lekarskie zorganizowały plany przedpłat, do których poszczególne jednostki mogą dobrowolnie przystępować. Ubodzy, na ogół, częściej chorują i nie mogą sobie pozwolić na większą opiekę lekarską, taką jak bogaci. W rzeczywistości biedni nie mają na to, aby przystąpić do dobrowolnych ubezpieczeń, ponieważ nie mogą zapłacić pełnej składki.

Ryzyko chorób w skali całego państwa jest do przewidzenia, można więc ułożyć budżet kosztów lekarskich, tymczasem jednostki nie mogą przewidzieć tego ryzyka chorób, ani kosztów leczenia. Wydawało by się więc rozsądne, aby wykorzystać uprawnienia podatkowe rządu federalnego do równego rozłożenia kosztów chorobowych i zapewnienia wszystkim korzyści płynących ze zdobyczy nauk medycznych.

Prezydent zaproponował, abyśmy zdobyli fundusze na tego rodzaju program przez „rozszerzenie obecnego systemu przymusowych ubezpieczeń społecznych” i przez podatek ogólny nałożony na grupy nieubezpieczone. Właściwie użycie połączenia tych dwóch technik zapewniło by każdemu obywatelowi amerykańskiemu prawo do odpowiedniej opieki lekarskiej i świadczeń służby zdrowia. Propozycja taka oczywiście wymaga, aby rządy federalne, stanowe i lokalne, oraz prywatne organizacje pracowały wspólnie nad zapewnieniem wszystkim grupom opieki lekarskiej najwyższej jakości — bez względu na źródła finansowe, ubezpieczenie i podatki. Przedpłata kosztów opieki lekarskiej (składki członków ubezpieczalni i podatki) jest warunkiem podstawowym zapewnienia opieki lekarskiej całemu społeczeństwu.

Amerykańskie społeczeństwo miało najrozmaitszego rodzaju doświadczenie w opłacaniu ograniczonych usług lekarskich w drodze dobrowolnego ubezpieczenia

i w zapewnieniu opieki lekarskiej w drodze powszechnych podatków. Jeżeli chcemy rozwinąć służbę zdrowia na skalę o wiele większą niż dotychczasowa, musimy skorzystać z wszystkich tych doświadczeń. Wydaje się, że zapewnić będzie można najlepszą opiekę, jeżeli zespoły lekarzy wspólnie będą pracować przy nowoczesnych szpitalach.

Ponieważ zbiorowa praktyka lekarska i zbiorowe opłacanie usług doktorów rozwinęły się nierównomiernie w Stanach Zjednoczonych, przeto nie mamy wielkiego doświadczenia w zakresie połączenia tych dwóch metod. W niewielu wypadkach jednakże wykazano, że zbiorowe praktyki lekarskie i przedpłata kosztów opieki lekarskiej, mogą być skutecznie połączone. Klinika Ross-Loos w Kalifornii jest dowodem najdawniejszego i najbardziej udanego tego rodzaju planu. Szpitale znajdujące się również na zachodnim wybrzeżu, zostały założone w czasie wojny dla zaspokojenia potrzeb pracowników stoczni Henryka Kaisera. Plan, który leżał u podstaw ich założenia, opierał się również na zasadzie zbiorowej praktyki i zbiorowego jej opłacania. Chicagowskie kliniki uniwersyteckie z powodzeniem zastosowały podobny plan.

We wschodnich stanach projekt kasy chorych Wielkiego Nowego Jorku przedstawia system, przed którym leżą wielkie możliwości. Ta rozgałęziona społeczna służba zdrowia powstaje dzięki zjednoczonym wysiłkom zarządu miasta, przemysłu, świata pracy, zawodu lekarskiego i instytucji. Te rozmaite grupy społeczne zabrały się obiektywnie do zbadania swoich zagadnień i stworzenia takiego planu, który dał by się zastosować. Jest to przykład demokracji w działaniu. Gdyby każde środowisko w Stanach Zjednoczonych postąpiło w ten sposób, mielibyśmy nie jeden plan, lecz całą rozmaitość funkcjonujących planów, odpowiadających potrzebom i zasobom poszczególnych terenów — planów, do których mogła by być zastosowana zasada pomocy państwowej.

Ośrodki lekarskie przyszłości, oparte będą na tradycjach służby zdrowia, wprowadzonych przez braci Mayo, ich kolegów i ludzi im współczesnych. Od najmniejszych wiejskich ośrodków zdrowia do wielkich ośrodków uniwersyteckich będzie się rozprzestrzeniać wspólna więź naukowej współpracy dla dobra ludzkości. Do tych ośrodków będzie się ludzkość zwracać zarówno po zdrowie, jak i po leczenie.

CHIRURGIA :

Chirurgia u starców. (Art. red. Lancet, nr 6421 z 21 IX 1946).

Przygotowanie do zabiegu, opieka po zabiegu, i odpowiedni rodzaj znieczulenia operacyjnego — oto główne czynniki, pozwalające poprawić wyniki leczenia operacyjnego u starców. Przed zabiegiem należy zwrócić uwagę na odpowiednie i dostateczne odżywianie: dieta powinna zawierać dużo białka, np. w postaci sproszkowanego mleka, jarzyn i owoców oraz witaminy B i C (należy też podawać preparaty witaminowe). W razie niedokrwistości leczenie żelazem i wątrobą jest u starców bardziej wskazane, niż przetaczanie krwi. Leżenie w łóżku jest niebezpieczne dla starca — jest nieraz przyczyną zatorów płucnych; powinno im zapobiec stosowane ostatnio coraz częściej w USA pod-

wiązywanie żył udowych. Środki przeczyszczające i lewatywy przed operacją muszą być stosowane ostrożnie. Morfina w razie bólów może być stosowana w małych dawkach (0.01). W razie konieczności opróżnienia żołądka przez zgłębnik, należy je wykonywać rano, umożliwiając w nocy wchłanianie płynu i ewentualnie substancji odżywczych z żołądka. Spośród sposobów znieczulenia najlepiej stosować znieczulenie miejscowe i płytkie uśpienie, np. cyklopropanem; znieczulenie rdzeniowe starcy znoszą niedobrze. Kroplówki dożylny lepiej unikać w okresie pooperacyjnym, raczej wskazana jest kroplówka odbytnicza za pomocą wąskiego cewnika. Szeroko należy stosować zapobiegawczo penicylinę. Aby zmniejszyć ilość wstrzykiwań, wskazane jest stosowanie 3 dawek na dobę po 100.000 jednostek w odstępach 8-godzinnych. Wskazane jest też zapobiegawcze działanie sulfamidów, zwłaszcza po zabiegach brzusznych, najlepiej sulfamerazyny, gdyż najmniej uszkadza nerki i wystarczy ją podawać trzy razy na dobę; poleca się też sukcynyl-sulfatiazol oraz ftalyl-sulfatiazol.

Nadciśnienie nie stanowi przeciwwskazania do zabiegu, czasem zachodzi nawet konieczność operowania, pomimo przebytego zakrzepu tętnic wieńcowych.

Przebite wrzód żołądka nie stanowi rzadkości u starców. U starych wrzodowców (bez przebicia) wystarczy zespolenie żołądkowo-jelitowe, resekcja nie jest konieczna, gdyż w zanikowej śluzówce trudno o nawrót wrzodu. Rak żołądka wymaga oczywiście resekcji, której ryzyko warto ponieść w niektórych przypadkach. Przy blokadzie nerwów trzewnych konieczna jest duża ostrożność, gdyż ucisk na aortę może łatwo spowodować pęknięcie jej ścian w miejscach zajętych przez zmiany miażdżycowe. Uchyłki przełyku, dość częste u starców można operować dwuczasowo w znieczuleniu miejscowym, przemieszczając je możliwie wysoko w pierwszym akcie i usuwając śluzówkę w drugim. Raki кишки grubej można operować nawet pomimo obecności przerzutów w wątrobie, gdyż i w tych przypadkach chorzy mogą jeszcze żyć 2—3 lat w niezłym samopoczuciu bez dolegliwości związanych z miejscowym szerzeniem się nowotworu. Nie zawsze konieczne jest usunięcie guza; rak przejścia esicy w odbytnicę, lub górnych odcinków odbytnicy może być pozostawiony w ślepym kikucie odbytnicy. U starych kobiet z rakiem piersi radykalna amputacja rzadko będzie możliwa, niemniej pewną korzyść daje i usunięcie samego nowotworu wraz z tkanką otaczającą; pozwala uniknąć rozpadających się mas nowotworowych i przynajmniej na pewien czas uwalnia chorą od obaw związanych z powszechnie znaną już dziś jednostką chorobową. Guzy krwawicze można usuwać u starców w miejscowym znieczuleniu. Operacje wypadania narządów rodnych znoszą starszyski zwykle dobrze.

Zator tętnicy kreskowej lub obwodowej zagraża starcom — w wysokim stopniu. Cierpienie to wymaga szybkiej interwencji chirurga. Łatwo przeoczyć zator tętnicy obwodowej. Zaburzenia czucia i niedowład są częstszymi objawami, aniżeli ból. Zgorzel miażdżycowa wymaga leczenia jak najbardziej zachowawczego; zgorzel pojedynczego palca stopy doprowadza krążenie oboczne przez odruchowe rozszerzenie naczyń za pomocą ogrzewania tułowia, lub zanurzania zdrowej kończyny we wodzie o temperaturze 43°; są to sposoby skuteczniejsze, niż leki rozszerzające naczynia, a niegorsze, niż sympathektomia. U wyczerpanych starców z postępującą zgorzelą należy dokonywać amputacji w znieczuleniu. — „Choroba starców” — przerost sterczu wykazuje lepsze wyniki leczenia operacyjnego, od kiedy zastosowano pozałonową metodę operacyjną Millin'a. Również i inna choroba starców, nerwoból nerwu trójdzielnego, leczona była wielokrotnie z powodzeniem wczesnym zabiegiem operacyjnym. Złamanie szyjki kości udowej, dawniej zwiastun niechybnej śmierci u starców, leczone jest obecnie przeważnie przez gwoździowanie, przy czym można leczyć z dobrym rezultatem co najmniej w 50% przypadków. Martwicę aseptyczną kości i następowe wypadanie gwoździa ochłodziły nieco pierwotny entuzjazm dla tej metody. Pozostaje wówczas leczenie operacyjne (Osteotomia sposobem Mc. Murraya).

W r. 1946 jeden z chirurgów angielskich zebrał 2558 przypadków chorych operowanych po 60 roku życia. Śmiertelność wynosiła tylko 13,1%.

(Ze szczególną sympatią obserwujemy wysiłki naukowe i organizacyjne w dziedzinie „medycyny starczej” w społeczeństwach anglosaskich; dyskutuje się tam nawet obecnie nad utworzeniem specjalnej katedry „gerontologii”. Głęboki humanizm tych zamiarów uderza nas przede wszystkim przez kontrast z barbarzyństwem medycyny niemieckiej, która dla starców nieuleczalnie chorych i trwale niezdolnych do pracy miała tylko eutanazję mniej lub bardziej humanitarną, a przeważnie zupełnie brutalne metody uśmiercania. Dobrze jest uświadomić sobie ten kontrast, ażeby doszczętnie wyniszczyć i z naszej psychiki lekarskiej pozostałości okupacyjnej demoralizacji. Przypomnijmy sobie znowu, że zadaniem lekarza jest: leczyć wszystkich chorych, wszystkim cierpiącym nieść ulgę i pomoc, a nie tylko zachowywać lub pomnażać siłę roboczą! Przyp. ref.)

J. Z.

David H. Patey i R. W. Scarff — Patologia zatok pozaodbytniczych (postanal pilonidal sinus). Lancet nr 6423 z 5 X 1946.)

Zatoki pozaodbytnicze (pilonidal sinus). (Art. red. „Lancet” nr 6423 z 5 X 1946.)

Leczenie małych ropni podskórnych, lub skąpo wydzielających zatok skórnych, umiejscowionych w tyle poza odbytem w fałdzie

międzypośladowym, napotyka na duże trudności. Cierpienie to, bardzo uporczywe i często nawracające, okazało się szczególnie dokuczliwe podczas wojny zarówno z powodu niedostatecznej zwykłej higieny u żołnierzy, jak i częstego drażnienia tej okolicy np. podczas jazdy samochodowej („jeep disease“). Dawny pogląd przypisywał tym twórcom charakter torbieli skórzastych, powstałych bądź to wskutek niezupełnego oddzielenia się tylnego końca rynienki nerwowej od ektodermy, bądź też skutkiem fragmentacji ektodermy wzrastającej w stronę linii środkowej ciała. Pater i Scarff odrzucają tego rodzaju patogenezę dla większości przypadków, uważając opisane twory za wyrazy odczynu zapalnego na drażniące działanie włosa od zewnątrz przekłuwającego skórę, w której doszło następnie w związku z maceracją i ocieraniem do zakażenia. Za tym przemawia z jednej strony: 1. brak wyściółki nabłonkowej gruczołów łojowych i mieszków włosowych w przeważającej ilości przypadków oraz ta okoliczność, że w przypadkach nawrotów — pomimo radykalnego wycięcia pierwotnej zatoki — napotyka się na twory o takiej samej jak za pierwszym razem budowie, nieraz nawet jeszcze większe, z drugiej strony 2. fakt, że podobne twory stwierdza się na dłoniach ludzi, którzy narażeni są na przekłucie skóry przez włosy, np. w czasie pracy zawodowej u fryzjerów. W związku z poglądem, który włosom przypisuje uszkodzenie naskórka, wprowadzanie zakażenia pod skórę, pozostaje wskazówka terapeutyczna, ażeby na początku leczenia usunąć owłosienie tej okolicy epilacyjną dawką promieni Rentgena.

Postępowanie chirurgiczne nie jest ustalone. Jedni szeroko okrawiają skórę, otaczającą opisane zatoki skórne, i zeszywają brzegi powstałej rany warstwowo jedwabiem lub drażącym przez wszystkie warstwy drutem, inni robią małe cięcie skórne, podcinając potem brzegi rany skórnej w zakresie warstw głębszych, by dojść daleko poza teren zmian zapalnych, inni wreszcie nie zeszywają brzegów rany dążąc do wtórnego gojenia drogą wypełnienia ubytku przez ziarninę. Ogólnie licząc należy wykonywać zabieg radykalny raczej po wygaśnięciu ostrych objawów zapalnych, a dla tych ostatnich zachowywać samo tylko nacięcie ropnia. Zakażenie zwalczać najlepiej zasypką penicylinową, sulfatiazol miejscowo drażni i zwiększa wydzielanie ropy. Należy zwrócić uwagę na ewentualność krwawień ze zatok i zawczasu podwiązać krwawiące naczynia. Opatrunek powinien chronić bliznę od uszkodzeń zewnętrznych tak, by nie powstała blizna zanikowa, częsta w tej okolicy ciała.

J. Z.

Rouald Reid, John B. Penfold i Roland N. Jones. — Bezmocz leczony dekapsulacją nerek i dializą otrzewnową. (Lancet nr 6430 z 23 XI 1946.)

Następstwem przetoczenia krwi nieodpowiedniej grupy jest między innymi bezmocz,

który bądź to przemija, bądź też doprowadza do mocznicy i do zejścia śmiertelnego. Mechanizm tego bezmoczności polega na zatkanie kanalików nerkowych przez hematynę kwaśną, powstałą z hemoglobiny, która przedostała się do moczu z krwi w następstwie śmiolizowania zlepionych ciałek czerwonych. Upośledzenie czynności nerek będzie więc większe, im intensywniejsza była hemoliza (a więc im większa transfuzja), im bardziej skoncentrowany jest mocz i im większa jest jego kwasota. W związku z tym w leczeniu bezmoczności po błędnym przetoczeniu krwi stosuje się podawanie dużej ilości płynów, doustnie, do-odbytniczo i pozajelitowo, alkalizację drogą podawaniu dwuwęglanu sodowego, a ponadto przemijanie miedniczek nerkowych przez zgłębnik moczowodowy ciepłymi płynami. Nowsza teoria Truety (1946) tłumaczy bezmocz po błędnej transfuzji obronnym odruchem nerwowo-naczyniowym, który polega na tym, że krążenie krwi w nerce odbywa się w całości po krótszym łuku, obejmującym samą substancję rdzenną, podczas gdy naczynia korowe ulegają zwężeniu, a kora zostaje w całości wykluczona z krwioobiegu i ulega niedokrwieniu. Stąd w leczeniu bezmoczności wskazana jest blokada nowokainowa nerwów trzewnych; nawet znieczulenie rdzeniowe może wywrzeć dodatni wpływ, przez przeciwanie łuku wyżej opisanego odruchu.

Autorzy przychylają się do dawniejszego poglądu na patogenezę bezmoczności po błędnym przetoczeniu krwi. Opisują przypadek 37-letniej kobiety grupy O, u której najpierw oliguria, a potem prawie zupełna anuria powstała po przetoczeniu grupy A i trwała 12 dni, przy czym poziom mocznika we krwi doszedł do 253 mg%, a ciśnienie krwi do 170/100 mm Hg, chora miała znaczne obrzęki twarzy, powiek, tułowia i kończyn górnych. Była leczona podawaniem dużych ilości płynów doustnie i pozajelitowo, co zdaniem autorów bynajmniej nie przyczyniło się do poprawy, przeciwnie — spowodowało obrzęki i stanowiło tylko dodatkowe obciążenie nerek. Poza tym podawano dwuwęglan sodowy i wstrzykiwano glukozę. W stanie bardzo ciężkim, 12 dnia po transfuzji poddano chorą dekapsulacji obydwu nerek, przy czym stwierdzono, że nerki były bardzo obrzękłe, dochodziły do dwukrotnej objętości, miały zabarwienie ciemno-sine i były silnie napięte tak, że po nacięciu torebki wprost eksplodowały z niej. Chcąc przeprowadzić bezpiecznie chorą przez okres pooperacyjny postanowili autorzy, dążąc do obniżenia poziomu pozabiałkowego, zastosować perfuzję otrzewnej, przy czym przyjmowali, że w kilka dni po zabiegu — nerki same podejmą już swoje czynności wydzielnicze. Płyn perfuzyjny stanowił roztwór fizjologiczny z dodatkiem penicyliny, wprowadzony sposobem kroplowym przez cewnik gumowy do jamy otrzewnej w miejscu zwykle obieranym dla nakłucia jamy brzusznej. W ciągu 2 dob wprowadzono około 9 l. płynu. Kilkakrotnie kroplówkę od-

łączano i przez ten sam cewnik wyprowadzano płyn przesiąkowy (razem około 2 $\frac{3}{4}$ l.) na zewnątrz. Poza tym duża ilość przesiąku wyciekła obok cewnika. Trzeciego dnia cewnik zatkał się (zapewne włóknikiem) i został usunięty, a wkrótce potem poziom mocznika, który podczas perfuzji spadł do 136 mg%, podniósł się znów do 200 mg%. Jednakże poprawiająca się zwolna czynność nerek, co wyrażało się we wzrastającej diurezie, przyczyniła się do powolnego spadku zawartości mocznika we krwi. Chora po miesiącu opuściła szpital zupełnie wyleczona. Autorzy podkreślają wartość perfuzji otrzewnej jako cennego sposobu przeprowadzenia chorego przez niebezpieczny okres hiperazotemii po operacyjnej w przypadkach bezmoczu, względnie niewydolności nerek. W przypadku tym powrót czynności nerek należy niewątpliwie przypisać dekapsulacji, która uwolniła silnie obrzękłą nerkę od uciskającej na nią torebki.

J. Z.

E. T. Bailey i B. S. Harrens — Korekcja koślawego ustawienia stopy za pomocą ćwiczeń pronacyjnych. (Lancet nr 6423 z 5 X 1946.)

Opis aparatu, który pozwala ustalić udo, podudzie i tylny piętowy odcinek stopy, podczas gdy przedni jej odcinek może wykonywać ćwiczenia pronacyjne, które wskazane są w przypadkach stopy płaskiej i koślawej we wczesnym okresie po unieruchomieniu w gipsie i po złamaniach kości piętowej.

J. Z.

GINEKOLOGIA I POŁOŻNICTWO

C. Uhna (Szpital Paderewskiego, oddz. położn.-gin., Edynburg) — **O technice operacyjnej cięcia cesarskiego w dolnym odcinku macicy** (The J. of Obst. and Gyn. luty 1947 r.).

Wielu położników stosuje jeszcze cięcie cesarskie tzw. klasyczne. Technika przyjęta w Szpitalu w Edynburgu pozwala usunąć wiele trudności, powodowanych niedostatecznym dostępem do pola operacyjnego, doprowadza do szybkiego wyzdrowienia i daje najlepsze wyniki pod względem anatomicznym i czynnościowym. Im dalej poród postąpił, tym niższe wykonuje się poprzeczne przecięcie macicy w dolnym jej odcinku. Po zwinięciu się ponownym macicy blizna jest mała, a obawa ewentualnego pęknięcia macicy w następnej ciąży jest znikoma. Gdy dolny odcinek macicy jest mało rozciągnięty, poleca się wykonanie cięcia podłużnego na macicy.

Ułożenie chorej — jak do operacji ginekologicznych — lecz z wysoko na podkolanikach ułożonymi nogami, tak że drugi asystent znajduje się między nogami.

Technika: Cięcie Pfannenstiela (w nagłych przypadkach i u otyłych cięcie w linii prostej), szczelne zakrycie wnętrza jamy brzusznej 2 chustami zamoczonymi w roztworze soli fizjologicznej, rozciągnięcie powłok brzusznych hakami pojedynczymi w kierunku spojenia łonowego.

1. Odsunięcie pęcherza: Otrzewną pęcherzową podtrzymuje się ku górze za pomocą chirurgicznych szczypczyków w środku około 2,5 cm poniżej miejsca, gdzie otrzewna silnie przylega do ściany macicy. Poniżej szczypczyków przecina się otrzewną pęcherzową tępymi nożyczkami, przeprowadzając przecięcie w boki w kierunku więzadeł obłych. Asystent podnosi więzadła ku górze, napinając otrzewną. Przecina się następnie uwidocznione utkanie łączno-tkankowe tępymi nożyczkami (wkłęśła strona nożyczek zwrócona do ściany macicy) dochodząc do warstwy właściwej. Pęcherz nie jest narażony na skaleczenie. Oddzielanie pęcherza odbywa się na tępo od środka na boki aż do brzegów macicy. Należy być ostrożnym, by nie dotrzeć poza macicę, gdzie znajdują się liczne naczynia, jak również nie stwarzać zbyt wielkiej rany.

2. Poprzeczne przecięcie dolnego odcinka macicy. Na огоłoconą macicę zakłada się 2 kleszczyki Allisa, stwarzając fałd podwójny. Między kleszczykami przecina się nożyczkami macicę aż do wnętrza, stwarzając mały poprzeczny otwór, do którego wprowadza się między płód a owodnię sawkę lekko zgiętą i posiadającą liczne małe otwory dokoła koniuszka. Po wyssaniu wód przedłuża się cięcie na boki (cr. 13 cm).

3. Wydobycie płodu. Pod ochroną ręki wprowadza się kleszcze położnicze z wygięciem miednicowym skierowanym do spojenia łonowego w przypadku, gdy główka mniej, lub więcej ustalona, a odwrotnie, gdy główka jeszcze ruchoma. Haki brzuszne i szczypczyki usuwa się na razie. Po ukazaniu się potylicy wylania się stopniowo czoło. Przy dużych głowach można się posługiwać jedną łyżką kleszczy, wprowadzając ją od strony spojenia łonowego ostrożnie poza główkę. Wprowadzając palec pod pachę wydobywa się barki i rączki. W położeniu pośladkowym wyciąga się płód za nóżki, w końcu główkę sposobem Mauriceau-Smellie.

4. Wydobycie łożyska. Zaraz po urodzeniu dziecka asystent oczyszcza pole operacyjne no założeniu ponownym haków i uchwytuje kleszczykami Allisa kąty przeciętej ściany macicy. Operator natomiast po oddaniu dziecka położnej zastrzykuje 1 cm pituitryny do przedniej ściany macicy. Gdy wystąpią skurcze macicy i łożysko się odczepia, uciskiem na dno macicy operator wydobywa łożysko, ciągnąc drugą ręką powoli i powoli. Po stwierdzeniu całości łożyska i błon płodowych wyciąga się chustą szczelnie jame macicy. Chustę wydobywa się po zeszcyciu $\frac{2}{3}$ rany macicznej.

5. Zeszywanie macicy: Macicę zeszywa się w 2 warstwach ciągłymi szwami katgutowymi. Pierwszy szew zakłada się w odległości 3—10 mm od brzegów rany (zależnie od grubości mięśnia dolnego odcinka), nie przekuwając przy tym wewnętrznej ściany macicy. Każde trzecie nakłucie zapętla się. Drugi ciągły szew przez ściany macicy zakrywa war-

stwę poprzednią. Następuje pokrycie macicy otrzewną pęcherzową.

6. Oczyszczenie jamy brzusznej: Po usunięciu chust należy oczyścić jamę brzuszną, szczególnie zatokę Douglasa. Na fałd otrzewnowy, do Douglasa i do warstw powłok brzusznych zasypuje się puder sulfanilamidowy (stosujemy z dodatkiem penicyliny, dop. ref.).
Dr M. Głowiński.

E. W. C. Buckell — Włókniaki macicy w ciąży, (The J. of Obst. and Gyn., luty 1947.)

Autor opisuje 122 przypadków włókniaków macicy w ciąży i porównywu je powikłania z ogłoszonymi przypadkami innych badaczy. Na 15.313 porodów w 12 latach przypadki powyższe stanowią 0,79%, przeciętny wiek ciężarnych wynosił 34,3 lata (najmłodsza 25 lat, najstarsza 46 lat). Ponad 20% stanowiły pierwsiastki ponad 36-letnie. W 40% przebieg porodu był zupełnie prawidłowy; w 12,5% ukończono poród za pomocą kleszczy, w 25% drogą cięcia cesarskiego, jeden raz wykonano wymóżdżenie. Niedowład macicy stanowił mniej częstą komplikację, aniżeli można było się spodziewać, przeglądając zapodania innych. Dwa przypadki długotrwałego schorzenia należy przypisać obecności włókniaka. 3 zejścia śmiertelne matek spowodowane były zabiegami operacyjnymi. Na 113 przypadków leczonych szpitalnie — przypada zaledwie 79 dzieci zdrowych; w 14% nastąpiło poronienie, w 11,1% urodziły się dzieci martwe, wcześniaki lub dzieci, które zmarły zaraz po porodzie.

Autor wnioskuje z powyższego: 1. znaczne powikłania w ciąży, porodzie i w połogu, stosunkowo wielka śmiertelność dzieci i matek świadczy, że obecność włókniaka w czasie ciąży jest powikłaniem poważnym; 2. zwyrodnienia takie winny być raczej leczone zachowawczo, wyluszczenie powinno się w miarę możliwości omijać; 3. cięcie cesarskie zapewnia żywe dziecko; dlatego należy tę metodę ukończenia porodu brać poważnie, pod uwagę szczególnie u starych pierwsiastek i w przypadkach, w których napotykamy na dodatkowe powikłania.

M. Głowiński

M. H. Roscoe i G. M. M. Donaldson — Krew w ciąży. Cz. I. Poziom hemoglobiny. (Jour. Obstetrics & Gynec., nr 5, Vol. LIII, — Październik 1946, str. 430).

Badania poziomu hemoglobiny u kobiet ciężarnych wykazują stale obniżanie się do ostatnich okresów ciąży, kiedy następuje znów wzrost. Im starsza kobieta, tym większy spadek. W latach wojennych spadek ten był też większy u wieloródek, niż u pierwsiastek, jednak w r. 1945 nie stwierdzono już takiej zależności.
W. B.

M. Evans i G. S. Smith — Poród z martwym płodem i śmierć noworodków. Studium kliniczno-patologiczne. (J. Obst. & Gyn., nr 5, Vol. LIII, — Październik 1946, str. 440).

Studium dotyczy 373 przypadków, w tym 223 żywo narodzonych, a 150 martwych. Materiał pochodzi z dwóch szpitali, Crumpsall i Booth Hall. Zebrany jest w poniższej tablicy:

Przyczyna śmierci	Crumpsall				Booth Hall			
	martwo narodzone		żywo narodzone		przedwczesne		przedwczesne	
	przedwczesne	na czasie	przedwczesne	na czasie	przedwczesne	na czasie	razem	%
krwotok	4	24	14	19	—	3	64	17,2
zamartwica	25	49	12	15	—	—	101	27,1
zakażenia	—	—	26	26	3	17	72	19,3
niedodma	—	—	12	6	5	—	23	6,16
Różne (włącz- nie z erythroblastosis)	6	1	4	15	—	8	34	9,1
Wrodzone nieprawidłowości	9	2	7	11	—	10	39	10,45
Niedomoga łożyskowa	2	2	—	—	—	—	4	1,07
Bez zmian	12	14	6	4	—	—	36	9,65
Razem	58	92	81	96	8	38	373	100,0

W. B.

Raymond G. Cross. — Wielokrotne poronienia, porody niewczesne i przedwczesne. (Lancet, nr 6430 z 23 XI 1946).

U 54 kobiet, które w następstwie 249 ciąż urodziły tylko 55 żywych dzieci, tzn. tylko 22% ciąż donosiły do końca, autor przeprowadzał podczas następnej ciąży, **leczenie przeciwnie, pomimo** braku klinicznych i serologicznych **objawów kiły**. Leczenie polegało na wśródmięśniowym wstrzykiwaniu 2 cm³ birosylu raz w tygodniu w ciągu 8 tygodni, po czym 6 tygodni przerwy — i powtórzenie leczenia. Po takim przygotowaniu 54 ciężarnych kobiet urodziło 49 żywych dzieci, a więc odsetek prawidłowy donoszonych ciąż wzrósł z 22% na 90,7%.

R. Iglesias i A. Lipschütz. — Związek pomiędzy hormonami steroidowymi i anhydrohydroksy-progesteronem a mięśniakowatością. (Lancet, nr 6423 z 5 X 1946 r.).

Hormony steroidowe (progesteron, pochodne kortykosteronu, oraz testosteron i jego pochodne) wywierają wpływ hamujący na rozwój nowotworów macicy typu włókniakowego, wywołanych u zwierząt doświadczalnych działaniem hormonu rujopędnego. U człowieka testosteron hamuje czasem rozwój raka piersi, oraz gruczolaka sterczu, a hormon rujopędny (stilbestrol) wstrzymuje rozwój raka sterczu.

Progesteron podany pozajelitowo wywiera u świnki morskiej silny wpływ hamujący na rozwój włókniaków spowodowanych działaniem hormonu rujopędnego, natomiast anhydrohydroksy-progesteron (A.-H.-P.) wywiera to samo działanie również i po podaniu **do-ustnym**. Ma także i poza tym silne działanie antagonistyczne w stosunku do substancji rujopędnych, np. w odniesieniu do wpływu na wagę macicy, grubości jej mięśniówki, krwawienia maciczne itp., przy czym wystarczą mniejsze jego ilości.

Progesteron wypróbowano w 7 wypadkach włókniako-mięśniaków macicy u kobiet, wstrzykując 3—6 razy w tygodniu 10 mg: już po 1—3 tyg. stwierdzono zmniejszenie się guzów, które w ciągu 2 miesięcy zmniejszyły się do $1/4$ — $3/4$ pierwotnej wielkości. W jedyń przypadku guz znikł zupełnie. Wskazane są próby doustnego stosowania A.-H.-P. w przypadkach włókniako-mięśniaków i krwawień macicznych. J. Z.

CHOROBY WEWNĘTRZNE

E. B. Diagnostyka etiologiczna goścca za pomocą odczynu Mestera. (Le Progrès méd. nr 3 1947, str. 66).

Miło jest spotkać w piśmiennictwie zagranicznym wzmiankę, dotyczącą polskiego odkrycia naukowego. Przypomniano, że w r. 1937 Mester z Krakowa podał odczyn reumatyczny z salicyłem. Badacze francuscy Legrand, Deruelles i Bogaert (Revue du Rhumatisme 1946) wypróbowali wymieniony odczyn na 78 chorych.

Na 45 spostrzeżeń goścca chronicznego (z zajęciem wielu, kilku, lub jednego stawu) — odczyn wypadł dodatnio 42 razy z obniżeniem leukocytów 15—39%, w 3-ech przypadkach odczyn ujemny był sprzeczny z danymi klinicznymi i z wyraźnym przyspieszeniem opadania krwinek.

Chorzy dotknięci ostrym i podostrym goścem stawowym wykazywali stale odczyn wyraźnie dodatni.

Ujemny był odczyn u chorych ze zmianami stawowymi na tle dny i rzeżączki.

Uznanie i potwierdzenie wartości rozpoznawczej odczynu immunobiologicznego A. Mestera (IBR) we Francji zmusza do przypomnienia o długoletnich, żmudnych badaniach krakowskiego klinicysty (klinika chorób wewnętrznych prof. Tempki).

Odnalazłem w piśmiennictwie polskim dwa szczegółowo opracowane doniesienia: 1-sze w 1935 r. (Polska Gazeta Lekarska nr 43, str. 375—379); 2-gie w 1937 (ibid, nr 2, str. 27—29).

Odczyn polega na doskórnym wprowadzeniu 1 cm^3 1% Acidum salicylicum — 5 bąbli po 0,2 oraz na badaniu ilości ciałek we krwi przed zabiegiem (na czczo) i po zabiegu w 30', w 60'. W schorzeniach goścowych następuje po zabiegu obniżenie ilości ciałek białych o 30% do 50%. Przyp. ref.) A. N.

Robert E. Leaton — Grasicca. (Texas reports on biology and medicine. 1946, nr 3, str. 311.)

Waga i wymiary grasicy rosną do okresu dojrzewania, następnie waga zaczyna się zmniejszać dość szybko, co odbywa się kosztem istoty rdzennej — korowa (lymfatyczna) wykazuje inwolucję już w 4 roku życia. Wielkość grasicy zależy w dużym stopniu od ogólnego odżywienia osobnika, u osobników wycieńczonych głodem, czy chorobą wagę grasicy spada nieraz bardzo szybko do $\frac{1}{3}$.

Czynności grasicy nie są jeszcze ściśle ustalone. Przyjęte jest na ogół, że wywiera ona wpływ na tworzenie się tkanki chłonnej; w pewnych okresach przypisywano jej działanie na rozwój kości, uważano, że jest jednym z czynników, powodujących powstawanie choroby Basedowa, że reguluje ciśnienie krwi, że wywiera wpływ na jej krzepliwość, że odgrywa rolę w przemianie wapniowej i fosforowej, że działa, jako narząd krwiotwórczy itd., wreszcie, że wydziela toksynę, mogącą powodować nagły zgon.

Niektórzy badacze twierdzą, że istnieje współzależność między grasicą, a innymi gruczołami o wydzielaniu wewnętrznym; kastracja może spowodować powstrzymanie, lub opóźnienie zaniku grasicy, podobnie ma działać usunięcie nadnerczy, lub przysadki w okresie, poprzedzającym dojrzewanie płciowe.

Ostatnio zwrócono uwagę na istnienie związku między schorzeniami grasicy i pochodzeniem ciężkiej myastenii. Jeden z badaczy (Bell) zestawiał materiał dotyczący tego cierpienia za okres od 1901 roku i stwierdził w 49% wypadków wyraźne anomalie grasicy. Wycięcie, oraz naświetlanie promieniami Rentgena grasicy dawało dobre wyniki lecznicze.

Przez czas dłuższy zaprzętało uwagę badaczy zagadnienie, czy grasicca ma skutek ucisku tchawicy powoduje zaburzenia oddychania, duszność itd. Nowsze badania kliniczne pozwalają uznać, że objawy, przypisywane uciskowi grasicy, dają się wytłumaczyć najrozmaitszymi innymi przyczynami miejscowymi czy ogólnymi, jak: anomalie i stany zapalne dróg oddechowych, nowotwory, rozszerzenie oskrzeli itd. W przypadkach rzeczywistego przerostu grasicy może w grę wchodzić ucisk na nerw zwrotny krtaniowy, na wielkie naczynia szwi itd. Zdaniem autora badanie za życia, dokonane klinicznie łącznie z Rentgenem, nie pozwoli ustalić wielkości grasicy.

Co się tyczy stosunku grasicy do nagłego zgonu, autor stoi na stanowisku, że nie ma ścisłych dowodów, by go uznać. Rozpoznanie „mors thymica“ dowodzi tylko tego, że obducent nie wykrył przyczyny zgonu. W przypadkach nagłej śmierci należy przeprowadzić badanie bakteriologiczne, oraz chemiczne na trucizny, działające gwałtownie. Bez nich sekcja zwłok będzie niezupełna i niewystarczająca. Zresztą szereg różnych przyczyn, jak: wstrząs hypoglykemiczny w związku z ostrą niedomogą nadnerczy, szok anafilaktyczny, niewydolność układu sympatycznego, niedorozwój naczyń krwionośnych i serca itd powoduje zgony, kładzione na karb grasicy.

Dr Maria Grzywo-Dąbrowska.

PEDIATRIA

Różyczka (Rubeola) w ciąży jako przyczyna wad wrodzonych (streszczenie zbiorowe). (Arch. fr. de Péd. III, nr 4, 1946, str. 408 — zebra. T-wa ped. par. 9 VII 1946; ibid. nr 5,

1946, str. 455; Presse médical nr 44, 1946, str. 606.)

Na ogół łagodna choroba, a tylko rzadko wywołująca encephalitis.

Stwierdzono najpierw w Australii, następnie w Ameryce (USA i Kanada), oraz w rozmaitych krajach Europy (m. i. we Francji), że różyczka w pierwszym trymestrze ciąży często powoduje wady rozwojowe płodów, a szczególnie wady serca, mózgu i oczu.

W celach zapobiegawczych amerykańscy autorzy polecają zakażać tą lekką chorobą dziewczęta przed pokwitaniem.

A. N.

Morhardt P. E. — Różyczka (rubeola) jako przyczyna wad wrodzonych. (La Presse med. nr 30, 1946, str. 438—439. — Zagadnienia aktualne.)

Zdaje się, że lekarze australijscy wykryli przyczynę wad wrodzonych. Różyczka jest częstsza w krajach anglosaskich, niż we Francji; liczne spostrzeżenia wykazały, że choroba ta w początkach ciąży wywołać może ciężkie uszkodzenia płodu. Pierwszy zauważył to N. M. Gregg podczas znacznej epidemii różyczki 1940 r. w południowej Australii (Nw. pld. Walia); dotyczyło to przeważnie pierwiastek.

Badacz ten zebrał 68 przypadków pewnych i 10 prawdopodobnych. U 52 dzieci, zrodzonych z chorujących na różyczkę kobiet, stwierdzono zaćmę obustronną; część środkowa soczewki była dotknięta we wszystkich przypadkach, źrenica nie rozszerzała się normalnie; jednocześnie u 44 dzieci stwierdzono wady serca wrodzone (w tym u 3-ga otwarty przewód tętniczy, potwierdzony sekcyjnie).

W 1943 C. Swann i współpracownicy (Australia) ogłosili swe spostrzeżenia nad 61 niemowlętami, z których 36 miało wady wrodzone; matki 41 dzieci przechodziły różyczkę w ciąży (wada wrodzona była tym cięższa, im we wcześniejszym okresie ciąży zdarzyła się różyczka); stwierdzono 14 razy wady oczu (13 zaćm i 1 buphtalmus, 7 razy głuchoniemotę, 2 razy wady serca, 4 razy upośledzenie rozwoju umysłowego, również często stwierdzano thymus persistens). Później ci sami autorzy prześledzili 70 dzieci tych kobiet, które przebyły różyczkę w ciąży i stwierdzili u 49 wady wrodzone (20 anomalii ocznych często łącznie z wadą serca, 15 głuchoniemotę z dodatkowym uszkodzeniem serca w 5 przypadkach; 26 razy wady serca itd.). Rozpoznanie różyczki było możliwie ścisłe (w 35 przypadkach przez doświadczonych praktyków).

W trzeciej pracy australijskiej G. Caruthers podał wyniki ankiety wśród lekarzy Nowej pld. Walii. Na 147 dzieci z wadami wrodzonymi w 102 przypadkach stwierdzono różyczkę podczas ciąży matki (u 17 dzieci, które dłużej spostrzegano, wystąpił niedorozwój fizyczny, u 3 małogłowie, u 74 głuchota). Stwierdzono, że stopień uszkodzenia płodu zależał od okresu ciąży; im wcześniej była

różyczka, tym cięższa wada: po trzecim miesiącu ciąży różyczka nie wywołuje żadnego uszkodzenia; przed szóstym tygodniem mogą być dotknięte oczy, uszy i serce; pomiędzy szóstym tygodniem a trzecim miesiącem oczy i serce mogą być oszczędzone, a dotknięte ucho. Analogiczne spostrzeżenia poczyniono później w USA.

Nasuwa się pytanie, czy różyczka w Australii jest tą samą chorobą, co w Europie. Virus różyczki jest na tyle łagodny, że płód pozostaje żywy, podczas gdy odra powoduje obumieranie płodu.

Zapobiegawczo proponowano: 1. szczepionkę, 2. surowicę ozdrowieńców, 3. rozmyślne zakażenie dziewcząt różyczką (Erickson).

Wielu autorów porusza zagadnienie przerwania ciąży w razie różyczki, ale ta choroba jest najszkodliwsza wtedy właśnie, gdy jeszcze ciąża nie może być dokładnie ustalona.

Odkrycie lekarzy australijskich pobudziło do dalszych badań nad wpływem zarazków przesączalnych na płód. Spostrzeżenia i badania mogą się przyczynić do wyjaśnienia nie tylko wad wrodzonych ale i mutacji, co miało by doniosłe znaczenie w biologii.

A. N.

Lelong M., Delarue J., Rossier A., Lessorbe i Undenstock — Zmiana pierwotna w płucach w postaci rozsianej guzkowej gruźlicy nabytej u noworodka. (Arch. fr. de péd. nr 3, 1946, str. 267—271, zebrał T-wa pediatrów paryskich 2 IV 1946.)

Wcześniak 8 mies.; po początkowej stracie 150 g krzywa wagi wznosi się normalnie. Dziecko odżywiane sztucznie, ale rozwijało się początkowo bez zaburzeń. W 17 dniu nagle napad duszności z sinicą, trwający kilka sekund. W dniach następnych podobne, wielokrotne napady z podniesieniem ciepłoty do 39,5°.

Przyjęte na oddział w 20-ym dniu: waga 2850 g, krzyczy głośno, blade, sinieje, ale w dość dobrym stanie odżywiania; podczas kaszlu zjawia się różowa piana na wargach; wypuk nad płucami normalny, osłuchowo liczne rozsiane rżenia trzeszczące. Odczyn tuberkulinowy skóry ujemny. Podejrzewano podostry obrzęk płuc. Dziecko zmarło w 23 dniu podczas napadu duszności po 6 dniach uwidocznionej choroby.

Na autopsji stwierdzono w obu jamach opłucnowych po kilka cm³ płynu cytrynowego. Oba płuca obrzękłe koloru cynobru. Szczegółowo opisane badania makroskopowe i mikroskopowe wykazały rozsianą gruźlicę serowaciejącą z ogniskami zrazikowymi w płucach, podobne zmiany gruźlicze w gruczołach śródpiersia (liczne prątki). Skrupulatne badania innych organów (wątroba, śledziona, gruczoły nadnercza, gruczoły krezkowe, jelita, nie wykazały zmian gruźliczych, wykluczono prosówkę.

Niezwykły przypadek (badany przez 5 lekarzy) nastroczył wiele zagadnień spornych co do patogenezy. Gruźlica wrodzona krwio-

poходna? Brak zmian pozapłucnych! (inny obraz w zakażeniach łożyskowych). Dodatkowe wywiady wyjaśniały sprawę. Matka lat 39, chora na gruźlicę od 1936 r.; pogorszenie pod koniec ciąży (tbc ulcerocaseosa bilater. evolut.). Urodziła w karetce w drodze do kliniki i przez 10 minut trzymała w ramionach noworodka kaszląc mu w twarz. Stwierdzono również u matki zmiany gruźlicze wrzodziejące w jamie ustnej z licznymi prątkami. Matka odosobniona zmarła w 2½ miesiąca po porodzie.

A więc niewątpliwie gruźlica nabyta zaraz po urodzeniu. Po raz pierwszy, jak sądzą autorzy, u ludzi stwierdzono niewątpliwie, że początkowe stadium gruźlicy płuc rozwija się niewątpliwie pod postacią alveolitis exsudativa (analogicznie do gruźlicy doświadczalnej u zwierząt).

A. N.

Kizoulis C. M. (Ateny) — Umiejscowienie pierwotnej gruźlicy w uchu środkowym. (Arch. fr. de Ped. nr 2, 1946, str. 156—158.)

Wcześnieśnik w wieku 2 miesięcy zachorował na wyciek ropny z ucha prawego ze znacznym obrzękiem gruczołów kątowych po tej samej stronie i z porażeniem mięśnia twarzowego prawego. Odczyny tuberkulinowe wypadły dodatnio (Mantoux 1:100 w wieku 3 mies., 1:1000 — w 18 mies.; Pirquet — w 18 mies.), gruźlicę stwierdzono również szczepiąc świnkę morską płynem otrzymanym z obrzękłych gruczołów; wielokrotne badania wydzieliny ropnej z ucha wykazały w preparacie bezpośrednim prątki Kocha.

Dziecko rozwijało się na ogół dobrze, nie wykazując innych umiejscowień gruźlicy. Oprócz zwykłych schorzeń szpitalnych, przebyło w wieku 15 mies. zimnicę (plasmodium vivax), leczone chininą. W 19-ym miesiącu badanie zawartości żołądka nie wykazało obecności prątków gruźliczych. W 22-ym miesiącu badanie rentgenowskie klatki piersiowej wykazało normę. W tymże czasie wyciek ropny z ucha lewego, niegruźliczy.

Dziecko zmarło w wieku 23 mies. (1942 r.) z powodu meningitis pneumococcica (poprzedziło kerato-coniunctivitis tej samej etiologii).

Autopsja. — Płuca i gruczoły wśródpiersowe normalne, tak samo jelita i gruczoły krezkowe; wątroba powiększona — lekkie zwyrodnienie miąższowe; śledziona nieco powiększona; zmiany ropne na oponach. Ucho prawe — duża jama w uchu środkowym i antrum, w więzach pozażuchwowych otoczonych bardzo grubą warstwą włóknistą, zmiany serowate z punktami zapalnymi; w uchu lewym zapalenie pospolite bez zmian kostnych — w wydobytej ropie nie stwierdza się prątków gruźliczych.

Nasuwa się przypuszczenie, że zakażenie nastąpiło w łonie matki przez wody płodowe. Rzadkie analogiczne przypadki (1 przypadek w Wien. Klin. Woch. 1923 r.).

A. N.

Levaditi C. — Uwapniające działanie witaminu D na doświadczalne zmiany gruźlicze. (La Presse Méd. nr 30, 1946, str. 425.)

Nawiązując do znakomych wyników uzyskanych przez dermatologów w leczeniu lupus tbc. dużymi dawkami witaminu D₂ (stosuje się jako uderzenie po 15 mg tygodniowo w ciągu trzech miesięcy, po czym utrwalające leczenie po 1 ampułce co 15 dni przez następne trzy miesiące), — autor przypomina swe badania doświadczalne wykonywane przy współpracy Li Yuan Po (1930 r.).

Wykazano, że: 1. witamin D (sterogyl), podawany królikowi ze zmianami gruźliczymi o powolnym przebiegu, znacznie zwiększa uwapnienie ognisk chorobowych (orchitis tbc.); 2. uwapnienie to jest wynikiem zmiany w metabolizmie Ca; 3. odkładanie się Ca pochodzi od łączenia się złogów wapnia międzykomórkowego. Powstają prawdziwe skorupy wapienne, otaczające tkankę nekrobiotyczną, a w niej znajduje się prątki Kocha zwykle zniekształcone i źle barwiące się; 4. prawdopodobnie tworzenie się takich skorup wapiennych powstrzymuje rozszerzanie się zakażenia na tkanki sąsiednie.

Były już i dawniej podobne próby na ludziach, ale dopiero Charpy wykrył wpływ witaminu D₂ na niektóre formy gruźlicy skórnej.

A. N.

Aforyzmy. (Péd. 3—4, 1946, str. 119—120.)

Lesage. Niemowlę sztucznie odżywiane jest podobne do owocu cieplarnianego: ładny na oko, ale bez soku i smaku.

A. Brindeau. Pozornie martwego noworodka nie należy brutalnym postępowaniem zabijać pod pozorem rzekomego żywienia go.

Lesné. Zmiana odczynu tuberkulinowego z ujemnego na dodatni stanowi dowód absolutny tuberkulizacji dziecka, pewniejszy, niż badanie kliniczne, lub rentgenologiczne płuc. Próba tuberkulinowa służy z jednej strony do odróżnienia od schorzeń płucnych, nie gruźliczych, a z drugiej — do wykrycia gruźlicy utajonej; dzięki tej próbie możemy rozłożyć opiekę nad dzieckiem alergicznym i leczyć je w najwcześniejszym stadium choroby.

Armand-Delille. Nigdy nie będzie przesadą podkreślanie możliwości wymiotów w złośliwej błonicy; jest to objaw, nakazujący złe rokowanie w krótkim czasie.

Passeau. Jeżeli jest prawda, że zapalenie mózgu poszczepienne i zapalenie mózgu zwykle mają kilka cech wspólnych, to nie ma równoległości między epidemiami tych chorób; zejście jest różne, po zapaleniu mózgu zwykłym pozostają głębsze ślady. Do odróżnienia może posłużyć anatomia patologiczna: umiejscowienie w istocie szarej zapalenia mózgu zwykłego, a w istocie białej zapalenia mózgu przeszczepiennego.

Debré. Zapobieganie odrze za pomocą surowicy ozdrowieńców można z pożytkiem stosować w szpitalach i w wielkich miastach, gdzie są odpowiednie laboratoria; zapobiega-

nie zaś za pomocą surowicy i krwi dorosłych, którzy kiedyś przebyli odrę, może zastosować w każdej rodzinie lekarz praktyk.

Heuyer. Dziecko, którego pierwszy ząbek zjawi się w sześciu miesiącach, które zaczyna chodzić w dwunastu miesiącach, które zaczyna wymawiać zdania w 18 mies., które zaczyna być czyste w 15 mies. — będzie się rozwijało normalnie pod względem inteligencji i charakteru.

Rohmer. Jeżeli należy wątpić o pożytku dłuższego stosowania diety wodnej przy zwalczaniu biegunek u dzieci z hypotrepsią i atrepsią, — to dieta taka powinna być szeroko stosowana w cholerynie. w razie potrzeby nawet w ciągu wielu dni.

Mouriquand. Stwierdziwszy u dziecka objawy zjadliwej kiły. byłibyśmy gotowi poddać je leczeniu energicznemu, zwłaszcza arsenobenzolem. Wydaje się nam postępowanie to niebezpieczne. Nie należy zapominać, że u dzieci tych istnieją często ciężkie zaburzenia trzewiowe, w szczególności wątrobowe i że ogólne odżywienie jest nieczłowne. Brutalne wkroczenie może być przyczyną śmierci, co tłumaczyłoby się niekorzystnym działaniem związków As na niewydolną wątrobę.

Cassoute. Dla publiczności wartość danych laboratoryjnych jest bezwzględna. Toteż w niektórych rodzinach po dostatecznym ustaleniu np. duru. lub kiły radziłbym zaniechać badań serologicznych. Jeżeli badania te wypadną ujemnie, rodzina będzie przekonana, że lekarz się pomylił: a szczególnie gdy odczyny kiłowe nie wypadną dodatnio, zarządzone leczenie nie znajdzie uznania, a nawet wręcz spotka się z odmową, narażając dziecko na wszystkie skutki kiły nieleczonej.

Pehu. Z nielicznymi wyjątkami astma dziecięca nie ma żadnego związku z gruźlicą. Nie jest to choroba uszkadzająca.

Tallens. W leczeniu — sposób podawania jest tak samo ważny, jak i to, co się podaje.

Nobécourt. Nie często zdarza się współistnienie gruźlicy i astmy u dzieci. Gdy stwierdza się u tego samego dziecka „adenopathia tracheobronchialis“ i astmę, to ta pierwsza zwykle nie jest natury gruźliczej, a jest to „adenopathia simplex“.

Péd. nr 9—10, 1946, str. 271.

Sarrouy. Dlaczego należy używać plazmy ludzkiej w zespole choleryny, spostrzeganej latem w Algierze? 1. Aby uzupełnić ilość krwi krążącej i zapobiec wstrzasowi (lepszy jest do tego celu roztwór koloidalny niż roztwór krystaloidów). 2. Aby wprowadzić do organizmu płyn biologiczny, zdolny przywrócić zachwianą równowagę, zmniejszający nadmierną przepuszczalność włosniczek i wprowadzający środowisko specjalnie odżywcze.

Ferru. Ponieważ odczyn B.-Wa w kile wrodzonej jest często ujemny, było by pożądane nie uzależniać odeń leczenia, skoro tylko roz-

poznanie jest dostatecznie ustalone na podstawie szczegółowego badania i wywiadów rodzinnych. Rodzice na ogół nie będą mogli zrozumieć i poprzeć leczenia, które było by sprzeczne z wynikami laboratoryjnymi, mającymi w ich mniemaniu wartość bezwzględną.

Sorel. Objawy ostrego zapalenia opon mózgowych u niemowląt są często niepewne. Raczej należy wykonać nakłucie lędźwiowe u dziecka, nie mającego zapalenia opon mózgowych, niż dopuścić do śmierci niemowlęcia z nierozpoznanym zapaleniem opon mózgowych.

Każda „cardiopathia“ z gorączką u dziecka, nawet bez bólów stawowych, winna budzić podejrzenie choroby gośćcowej i nakazywać próbne leczenie salicyłem dawkami stopniowo wzrastającymi, a nigdy od razu dużymi.

Schorzenia stawów zakaźne, szczególnie poszkarlatynowe, są często odmiennym początkiem choroby Bouilland. Poddać trzeba rewizji dotychczasowe wiadomości o etiologii tej choroby; zdaje się, rola paciorkowca jest niezaprzeczalna (niezależnie od złośliwego zapalenia osierdzia).

Odczyn tuberkulinowy, uzupełniony przez badanie rentgenologiczne, winien być wykonany w przebiegu każdej nieokreślonej gorączki u dziecka. Dawne określenia: gorączka wzrostowa, gorączka „na ząbki“, gorączka z powodu robaków, gorączka gastryczna, nie powinny nas uspokajać. ukrywają one często zakażenie pierwotne.“

Levy-Solal. (Péd. 1—2, 1946, str. 43.) Aby zniknęła kiła w rodzinach należało by rozpoznawać tę chorobę wszędzie, gdzie ona istnieje, leczyć systematycznie i prawidłowo. Można tego dokonać przy wysiłku ogółu lekarzy, wychowując jednocześnie publiczność.

Henyer. Środki zapobiegające przestępczości dzieci i młodzieży trzeba stosować w jak najszerszym zakresie już w szkole.

Tłumaczył A. N.

ANTIBIOTICA

Boqien M. (Nantes) — Powikłania podczas leczenia penicyliną. (Le Progrès méd. nr 6, 24 III 1947. Zebr. T-wa Lek., szpital 28 II 1947, str. 164.)

Dwa spostrzeżenia: a) gruźlicy skórno-mięśniowej, b) gruźlicy opon mózgowych (śmiertelnego) u niemowlęcia kilkomiesięcznego, które było leczone penicyliną z powodu meningitis meningococcica (280.000 jedn. penicyliny do kanału rdzeniowego).

Możliwe uczulenie organizmu na gruźlicę pod wpływem penicyliny. Zestawiając swoje spostrzeżenia z komunikatem Reilly i Mollaret. autor dopuszcza możliwość i przypadkowego zakażenia przez strzykawkę (chociaż ścisła aseptyka była zachowana) — „patologia strzykawki“ —. Wniosek o konieczności niezwyklej dokładności w czasie stosowania penicyliny. W dyskusji **Benda** nie zgadza się z przypuszczeniem, iżby penicylina mogła sprzyjać rozwojowi gruźlicy. A. N.

M. N. De J. R. Chatterjee i L. Ganguli — Penicylina w leczeniu błonicy. (B. M. J. nr 4498 z 22 III 1947, str. 376.)

Autorzy wybrali 27 niezbyt ciężkich przypadków i przeprowadzili leczenie penicyliną bez surowicy. we wszystkich wynik leczenia był szybki i korzystny. Używano przeciętnie 450.000 jednostek. W. B.

B. A. Young — Leczenie penicyliną w chorobach wewnętrznych. (B. M. J. nr 4496 z 8 III 1947, str. 290.)

Z przebiegu leczenia 129 różnych przypadków, głównie płucnych i oponowych, oraz karbunków, autor wysnuwa następujące wnioski: powinno się dążyć do uzyskania rozpoznania bakteriologicznego, jednak w przypadkach nagłych (meningitis) trzeba stosować penicylinę bezzwłocznie. Najlepsze wyniki daje stosowanie domięśniowe, u dorosłych 30.000 co 4 godziny, w ciężkich przypadkach dawka podwójna. Prawdopodobnie będzie równie dobrze dawać większe jeszcze dawki w większych odstępach. Objętość stosowanej dawki nie powinna przekraczać 1 cm³. W tej objętości można podać nawet 250.000 jednostek. Szczególnie ostrożnie trzeba stosować penicylinę dordzeniowo. Penicylinę należy stosować także przeciw drobnoustrojom, uważanym za odporne, gdyż okazuje się, że nieraz są skuteczne wielkie dopiero dawki. Konieczna jest tu próba podatności drobnoustroju wobec penicyliny.

W. B.

J. A. R. Mackenzie — Penicylina w angina agranulocytotica. (Lancet nr 6437 z 11 I 1947, str. 63.)

W jednym przypadku skutek leczenia penicyliną (1 : 200.000 jednostek) był bardzo szybko dodatni. Przy sposobności M. omawia sprawę rozpoznawania wtórnej i pierwotnej agranulocytozy.

W. B.

P. J. Burke — Penicylina w zapobieganiu ostremu goścowi. (Lancet nr 6442 z 15 II 1947, str. 255.)

Opierając się z jednej strony na stwierdzeniu działania penicyliny na maczugowca błonicy po miejscowym stosowaniu u nosicieli, a z drugiej na niewątpliwiej skuteczności zapobiegania nawrotom gościcowym drobnymi dawkami sulfamidów, B. zastosował doustnie penicylinę (po 500 jednostek 3 razy dziennie) przez rok u chorych, którzy w poprzednim roku przebyli ostrą gościec. Wyniki 10 takich pacjentów w porównaniu z grupą kontrolną, która nie otrzymywała penicyliny, były następujące: u grupy penicylinowej wystąpiły 3 razy anginy; raz ostra pharyngitis, raz podostry gościec, ani razu ostry; w grupie kontrolnej było 18 angin, 5 ostrych zapaleń gardła, 4 podostre gościece i 1 ostry. Wobec zupełnej nieszkodliwości penicyliny, zapobieganie powinno być stosowane na szeroką skalę.

W. B.

J. Ungar — Działanie estrów penicyliny. (Lancet nr 6446, 15 III 1947, str. 331.)

Doświadczenia wykazały, że estry metylo- we i benzylo- we penicyliny, skuteczne u niektórych zwierząt, u człowieka nie działają, tak, że użycie ich (jako związków powoli wchłanialnych) nie wchodzi w rachubę.

W. B.

Penicylina w zakażeniach dróg moczowych. (Not. red. — Lancet, nr 6446, 15 II 1947, str. 338.)

Zakażenia drobnoustrojami z reguły wrażliwymi wobec penicyliny leczą się dobrze, ale także i drobnoustroje z grupy pałeczek (okreźnicy, odmienia) poddają się bardzo dużym dawkom penicyliny.

W. B.

A. Fleming i Ch. Smith — Oznaczanie penicyliny w surowicy krwi. (Lancet nr 6448, 29 III 1947, str. 402.)

Używając mieszaniny glukozy, czerwieni fenolowej, surowicy i wody, jako pożywki, a łańcuszkowca jako drobnoustroju dla próby, autorzy wypracowali szybką i dokładną mikrometodę dla oznaczania aktywności penicyliny we krwi. Szczegóły w oryginale.

W. B.

L. Hahn — Utrwalanie roztworów penicyliny cytrynianem sodowym. (Lancet, nr 6448, 29 III 1947, str. 408.)

Roztwory sodowe penicyliny, zmieszane w stosunku 1 : 4 z roztworem cytrynianu sodowego m/1—m/100 i chlorku sodu 0,9%, utrwalają penicylinę w temperaturze pokojowej i w 100° C. Mieszanina ta wydaje się lepszą od utrwalacza fosforowego.

W. B.

Biała penicylina (not. red. — Lancet nr 6446, 15 III 1947, str. 337).

Żółte zabarwienie oryginalnej penicyliny pochodzi od niepotrzebnych substancji. Oczyszczona z nich penicylina jest biała, trwalsza i odporniejsza wobec wyższych temperatur.

W. B.

R. V. Platoru i inni. — Penicylina w leczeniu 252 przypadków wczesnej kiły. (J. A. M. A. nr 1, Vol. 133, 4 I 1947, str. 10.)

Uzyskano w 70% wyleczenie, stosując dawki do 40.000 jednostek na kg wagi. Ocena wyników według odczynów w surowicy, jest możliwa dopiero po roku od zakończenia leczenia.

W. B.

T. H. Sternberg i W. Leifer — Penicylina i wczesna kiła. (J. A. M. A. nr 1, Vol. 133, 4 I 1947, str. 1.)

Po zastosowaniu ogólnej dawki 2.400.000 jednostek penicyliny w 1.400 przypadkach były wyniki korzystne w 90%.

W. B.

A. S. Rose i H. C. Solomon — Penicylina w leczeniu kiły systemu nerwowego. (J. A. M. A. nr 1, Vol. 133, 4 I 1947, str. 5.)

W 100 przypadkach leczenie ogólną dawką 3 milionów jednostek okazało się niezadowolające.

W. B.

J. Minton — Penicylina w leczeniu pospolitych zakażeń zewnętrznych oka. (Brit. Med. J., nr 4470 z 7 IX 1946, str. 324).

Na podstawie całorocznych doświadczeń z użyciem p. w kroplach i maści w kilku wielkich szpitalach, M. ocenia wyniki jako znakomite. Z objawów ubocznych zdarzały się odczyny alergiczne skórne powiek i twarzy. M. przeprowadził też próby co do zachowania skuteczności p. we flaszeczkach często otwieranych i przechowywanych w temperaturze pokojowej (jak w leczeniu domowym) i stwierdził, że po czterech dniach p. zachowała 80% skuteczności.

Streptomycyna (art. red. — Brit. Med. J., nr 4473 z 28 IX 1946, str. 466).

Streptomycyna jest oczyszczonym produktem otwartej hodowli grzybni, wyosobnionej pierwotnie z ziemi, a nazwanej *Actinomyces griseus* albo *Streptomyces griseus* (nie mającej nic wspólnego z promienią, actinomycosis, ani ze streptokokiem). Wkrótce po wyosobnieniu jej przez Waksmana w r. 1944 udało się biochemikom amerykańskim otrzymać ją w stanie krystalicznym. Pod względem charakteru chemicznego jest to sól zasadowa, a więc różni się tym od penicyliny, która jest ciałem kwaśnym. Związane jest to, być może, z wpływem na drobnoustroje gram-dodatnie (kwaśna penicylina) i gram-ujemne (zasadowa streptomycyna). Dzieje farmakologiczne streptomycyny w Ameryce mają dużo podobieństwa do dziejów penicyliny w Anglii. W podobny też sposób stworzono specjalną komisję dla badania streptomycyny, dysponującą na razie całością zapasu tego leku. Produkcja wyniosła w maju 1946 35 kg. Prócz niewątpliwego wpływu leczniczego w zakażeniu b. tularensis (o czym już referowaliśmy), streptomycyna działa też lecząco na zakażenia dróg moczowych b. proteus i b. pyocyaneus. Główna jednak uwaga skupiona jest oczywiście na możliwościach leczenia gruźlicy tym samym środkiem antybiotycznym. Wydaje się, że wszelkie typy

mycobacterium tuberculosis są mniej lub więcej podatne wobec streptomycyny. Trzeba wziąć pod uwagę, że dla oceny działania środka terapeutycznego w gruźlicy potrzebny jest okres lat co najmniej pięciu, którym jeszcze nie dysponujemy. Na razie wyniki pozytywne osiągnięte są przede wszystkim w doświadczeniu na śwince morskiej, jakie przeprowadza Feldman. Leczenie jest bardzo dokuczliwe, gdyż wymaga stosowania dziennie sześciu zastrzyków przez okres co najmniej sześciu miesięcy. Jednorazowa dawka wynosi 600 mg. Cena jest jeszcze ciągle bardzo wysoka, produkcja skąpa, tak, że o stosowaniu na wielką skalę w gruźlicy nie może być jeszcze mowy. Obecnie gram streptomycyny kosztuje 15 dolarów, a gdy produkcja znacznie się zwiększy, cena będzie wynosić jeszcze ciągle 5 dolarów za gram. Sama streptomycyna oznaczona jest wedle jednostek wystandaryzowanych tak, że w 1 mg jest 1000 jednostek, jednakowoż sole streptomycyny nie mają tej ilości: streptomycinum hydrochloricum ma 842 jednostek na mg, a streptomycinum sulfuricum 798 jednostek. Powracając do stosowania środka w gruźlicy trzeba podkreślić, że, jak się zdaje, były przypadki gruźliczego zapalenia opon mózgowych, gdzie dzięki streptomycynie udało się uratować życie chorego, jednakowoż pozostały następstwa w postaci uszkodzeń nerwów i wodogłowia.

W porównaniu z penicyliną, niezależnie od różnej ich selektywności co do drobnoustrojów, streptomycyna ma tę wyższość, że zarówno jej wodne roztwory, jak i postać sucha jest dużo trwalsza, nie podlega tak łatwemu obniżeniu aktywności, jak p. pod wpływem ciepła, może nawet być wyjałowiona na gorąco. Nie ulega również zniszczeniu przez soki trawienne, tak, jak p., co rokuje większe możliwości stosowania doustnego, aczkolwiek dotąd było to niecelowe ze względu na niemożność osiągnięcia tą drogą dostatecznego stężenia we krwi. Powodem tego jest prawdopodobnie równoczesne wchłanianie i wydzielanie przez jelita.

W. B.

ŚWIAT LEKARSKI POLSKI

Z martyrologii lekarzy śląskich

Dr Jan Hlond

Dr med. Jan Hlond urodził się dnia 15 czerwca 1888 r. w Starym Chorzowie na G. Śląsku. Ojciec jego Jan, był kolejarzem-zwrotniczym i pochodził tak, jak i matka Maria z Imielów, ze starośląskiej polskiej rodziny. Z domu wyniósł syn wraz z licznym rodzeństwem polskie wychowanie.

Do gimnazjum uczęszczał początkowo w Mysłowicach, zarabiając na życie korepetycjami. Z powodu szykan ze strony profesorów niemieckich jest zmuszony opuścić gimnazjum, które kończy w Pszczynie i zdaje jako pierwszy uczeń maturę.

Od roku 1910—1912 studiuje medycynę we Wiedniu, wyłącznie na własnym utrzymaniu. Od 1912 roku kontynuuje studia we Wrocławiu. Podczas pierwszej wojny światowej zostaje zaciągnięty do wojskowej służby sanitarnej i dwa lata spędza na frontach Francji i Belgii.

Po powrocie z frontu kończy studia, otrzymuje w 1917 roku absolutorium, aby rok potem otrzymać tytuł doktora medycyny uniwersytetu wrocławskiego. W ruchach wolnościowych na Śląsku bierze czynny udział. Zostaje na ulicach Bytomia postrzelony przez wysłannika rządu niemieckiego, po czym

przez krótki czas ukrywa się, nie przestając pracować dla Polski.

Podczas plebiscytu w roku 1921 jest komisarzem plebiscytowym na powiat Bytom. W wyniki głosowania plebiscytowego okręg Bytom większością głosów wypowiada się za przyłączeniem do Polski. Toteż wiadomość, że mimo to nie zostaje Polsce przyznany spada jak cios na dr Hlonda, który szczególnie umiłował to miasto. Wyjeżdża z żoną i małym dzieckiem do Katowic, aby tu już pozostać aż do wybuchu wojny 1939 r.

W uniwersytecie poznańskim nostryfikuje dyplom w r. 1922. Na terenie P. C. K. prowadzi przez długie lata bezinteresownie przychodnie, za co zostaje odznaczony złotym Krzyżem Zasługi P. C. K. Za długoletnią służbę jako lekarz kolejowy zostaje odznaczony srebrnym medalem. Za działalność plebiscytową zostaje udekorowany orderem Polonia Restituta, w roku 1937 otrzymuje Krzyż Niepodległości. Bierze żywy udział w życiu katolickim Śląska. Jest prezesem budowy kościoła garnizonowego w Katowicach, nie brak go i w Komitecie budowy katedry śląskiej.

W roku 1928 otrzymuje nominację na szambelana papieskiego. W sierpniu 1939 roku zostaje zaciągnięty do Wojska Polskiego w randze majora rezerwy. Bierze udział w ewakuacji szpitala wojskowego w kierunku Lwowa. Po kapitulacji próbuje przedostać się przez granice do Rumunii lecz zostaje aresztowany i umiera w r. 1942 w obozie jeńców pod Kijowem.

Sp. dr Adolf Uhl

Dnia 9 maja br. zmarł w Krakowie dr Adolf Uhl, lekarz okulista, major rezerwy, kawaler „Krzyża Walecznych” wieloletni pracownik na niwie okulistycznej Śląska i Zagłębia Dąbrowskiego.

Po wyspecjalizowaniu się w okulistyce obejmuje stanowisko zastępcy naczelnego lekarza, a następnie specjalisty w kasie chorych w Sosnowcu i ogólnomiejskiej kasie chorych w Katowicach.

W połowie sierpnia 1939 r. powołany rozkazem mobilizacyjnym do służby wojskowej, pełni ją aż do rozwiązania placówki. W grudniu tegoż roku podczas zgłaszania swej przynależności narodowej w policji i w izbie lekarskiej deklaruje się ku zdumieniu i sprzeciwom Niemców jako Polak. Okupant chętnie ku niemu wyciąga ręce, powierza stanowisko urzędowego lekarza kolejowego, obiecuje opiekę, poparcie; dr Uhl ma wszystkie dane, by być uznany za Niemca, stoi jednak niewzruszenie, bezkompromisowo na stanowisku Polaka. Tego mu Niemcy darować nie mogli; w październiku 1940 r., jako jeden z pierwszych, zostaje wysiedlony ze Śląska przez obóz w Łodzi do „generalnej gubernii”.

W 1943 r., wobec braku okulisty, Niemcy proponują mu powrót na Śląsk, ale dr Uhl, choć żyje w bardzo trudnych warunkach material-

nych w Krakowie, nie idzie na żaden kompromis z okupantem. Powraca do Katowic dopiero w 1945 r., ale ciężkie przejścia, ciężkie warunki życia w Krakowie poderwały zdrowie. Z poważnie chorym sercem pracuje prawie do ostatniej chwili z całym poświęceniem i umiłowaniem swego zawodu.

Odszedł od nas Kolega, który niósł wysoko sztandar honoru narodowego, zawodu lekarskiego i koleżeństwa.

Cześć Jego Pamięci!

Dr Gabszewicz

Dr Zdzisław Mromliński

Urodził się 24 września 1904 r. we Lwowie.

Do szkół uczęszczał we Wiedniu, a od r. 1918 do gimnazjum we Lwowie. Jako 16-letni chłopiec brał już czynny udział w obrocie Lwowa.

W roku 1923 zapisał się na Wydział Lekarski U. J. K. we Lwowie i ukończył go w r. 1929.



Po odbyciu obowiązkowej służby wojskowej specjalizował się w chorobach wewnętrznych i płucnych na klinice chorób wewnętrznych U. J. K. we Lwowie, potem pracował w charakterze asystenta.

W tym czasie ogłosił szereg pracy naukowych.

Od r. 1932 pracował w Poradni Przeciwgruźliczej Opieki Zdrowotnej Studentów Wyższych Szkół Akademickich. W r. 1936 objął na Śląsku posadę Naczelnego Lekarza Śl. Tow. Przeciwgruźliczego i organizował oddział akcję zwalczania gruźlicy w Województwie.

W sierpniu 1939 został powołany do wojska i poległ we wrześniu pod Gdowem jako por. lekarz W. P. Krysztalowym charakterem i koleżeńskością zjednał sobie przyjaźń i pamięć lekarzy śląskich, a swą wiedzą i czynnością miłość i przywiązanie pacjentów.

II Założyciele Towarzystwa Lekarzy Polaków na Śląsku

Dr Jan Nepomucyn Stęślicki

Urodził się 16 maja 1866 r. w Kotlinie pow. Leszno w Województwie Poznańskim. Po ukończeniu nauki gimnazjalnej i studiów uniwersyteckich we Wrocławiu, osiadł 10 paź-



Dr. Stęślicki

dziennika 1894 r. w Siemianowicach na Śląsku. Zdając sobie dobrze sprawę z tego, że jako inteligent polski winien pracować nad podnoszeniem oświaty i kultury narodowej u ludu śląskiego, które przez wieki całe były zaniedbane, poświęcił się tej działalności i przez całe życie pracował z wyężeniem nad przygotowaniem ludu śląskiego do połączenia z macierzą.

Gdy na Górnym Śląsku nadszedł okres powoływania do życia towarzystw gimnastycznych „Sokół”, dr Stęślicki stał się współzałożycielem „Sokoła” w Siemianowicach. Włożył też wiele pracy osobistej do uzyskania korzystnych wyników oświatowych w Towarzystwie dla szerzenia elementarzy polskich na Śląsku w czasach zaborczych, w którym to towarzystwie zajmował stanowisko zastępcy przewodniczącego Zarządu.

Wiele zawdzięczały mu polskie czytelnice na Śląsku, w których praca nie była łatwa w czasach niewoli pruskiej. Ponieważ regularne wypożyczalnie książek polskich osobom prywatnym było zabronione, jak i posiadanie książek we więcej, niż w jednym egzemplarzu, policja niemiecka robiła u inteligencji polskiej od czasu do czasu rewizje domowe. Podczas takiej okazji osławiony szpicel niemiecki komisarz policyjny Medler wsunął do biblioteki dr Stęślickiego dwa egzemplarze zakazanej książki polskiej. Dr Stęślicki zauważył to i dał wyraz swemu oburzeniu. W rezultacie skazany za obrazę urzędnika na 3 miesiące więzienia. Założył w Siemianowicach Bank Ludowy, ważną placówkę gospodarczą w czasach zaborczych.

W działalności wyborczej dr Stęślicki brał jak najwyższy udział przez organizowanie wieców przedwyborczych i publicznych i w przemówieniach na korzyść polskich kandydatów do sejmu pruskiego i parlamentu niemieckiego. Sprawom tworzenia i rozbudowy Polskich Spółek Parcelacyjnych poświęcił wiele uwagi i pracy.

Zmarł 10 września 1923 r. w Międzygórzu w pow. Bystrzyca na Dolnym Śląsku. Zwłoki jego przewieziono do Siemianowic, gdzie złożone zostały na cmentarzu parafii św. Krzyża. St. W.

Dr Parczewski Bogusław

Działacz społeczny, urodzony 14 sierpnia 1869 r. w Belnie w pow. świeckim na Pomorzu, zmarł 4 września 1935 r. w Katowicach.

Do gimnazjum uczęszczał w Poznaniu. Medycynę studiował we Wrocławiu i w Lipsku. Po ukończeniu studiów i praktyki w klinice w Poznaniu osiedlił się w Bytomiu, gdzie pracował do zmiany suwerenności na Śląsku. Podczas trzeciego powstania śląskiego pełnił funkcję lekarza w punkcie opatrunkowym w Rozbarku i równocześnie prowadził szpital powstańcze w Szarleju i Miechowicach. W czasie powstań i plebiscytu nie rwał się do stanowisk kierowniczych, ale za to wszędzie służył dobrą radą, pomocą i finansami.

W 1922 r. przeniósł się do Katowic, gdzie czynny był bardzo nie tylko w swej pracy zawodowej, ale także w organizacjach. Był gor-



Dr. Parczewski

liwym członkiem „Sokoła”, założycielem Towarzystwa Lekarzy — Polaków na Śląsku. oraz opiekował się gorliwie Sierocińcem im. dr Mieleckiego, którego zresztą po części był fundatorem. Obowiązki swoje wypełniał wszędzie bardzo skrupulatnie i wzorowo. I mimo, że ze Śląska nie pochodził, gorąco ukochał lud śląski, St. W.

Lekarze na Śląsku w dawnych wiekach

Cz. II

4. Borek Klemens z Opola

Podawany także jako Klemens z Opola, urodził się na Śląsku. Na wszechnicy krakowskiej ubiegał się o stopnie filozoficzne i tamże za dziekana Marcina z Tarnowca w r. 1511 został mianowany bakałarzem nauk wyzwolonych, a w roku 1519 za dziekana M. Stanisława z Białkowic otrzymał tytuł mistrza. Już wtenczas (1519 r.) był lekarzem. Krótko potem wyjechał na uniwersytet do Padwy. W Atti del Collegio Medici e Filosofi w Padwie znajduje się zapisek pod datą 2 VI 1525 r.: „Examen in med. doctoris artium Clementis Borek de Opol de Silesia”.

Źródła: St. Windakiewicz, Materiały do historii Polaków w Padwie. Archiwum do dziejów literat. i ośw. w Polsce. T. VII. — *Giedroyc Fr.*, Źródła biograficzno-bibliogr. do dziej. med. 1902, zesz. III, str. 523. — *Oettinger*, Rys. dawnych dziejów wydz. lek. Uniwers. Jagiell. Kraków 1878, str. 158. — *Kośmiński*, Słownik ... str. 368.

5. Borek Paweł

Pochodził z Wrocławia, gdzie urodził się w roku 1526, jest to prawdopodobnie syn Klemensa Borka z Opola. W księgach kolegium lekarskiego uniwersytetu w Bolonii (Libri del Collegio Medico) zapisano pod datą 10 X 1560: „Promotio in utraque facultate (czyli artium et medicinae) Pauli Borek Vratislaviensis. — 16 X 1560. Collatio dignitatis equestris eidem”. Zmarł 1590 w 64 roku życia.

Źródła: Windakiewicz St., Informacja o aktach uniwers. Bolońskiego. Archiw. do dziejów liter. i ośw. w Polsce. T. VIII. — *Giedroyc*, Źródła do dziejów ... 1902, zesz. III, str. 525. — *Henschel*, Iatrologia Silesiae.

6. Borzellay de Stachow Mateusz

Był drugim przybocznym lekarzem króla Kazimierza Wielkiego i cieszył się jego szczególnymi względami. Czy pochodził ze Śląska rodem, nie wiadomo. Pierwszym lekarzem króla był Henryk z Kolonii. Dla zachciańek królewskich w czasie jego choroby był Mateusz powolniejszy od Henryka i gdy wszyscy zabraniali królowi używać miodu, Mateusz zezwolił, przez co król rzekomo doznał pogorszenia.

Jako kantor sandomierski został, za wstawiennictwem się króla, powołany na kanonik z prebendą we Wrocławiu.

Źródła: Theiner A., Monumenta historica Poloniae. T. I, str. 607, N. 813, r. 1360. — *Giedroyc Fr.*, Źródła ... 1902, zesz. III, str. 525. — *Kośmiński*, Słownik ... str. 310 (pod Mateusz). — *Świerżawski*, Pam. tow. lek. warsz. T. LXXV, str. 2. — Kronika Kromera, wyd. Bohomolca, str. 365. — Kronika Bielskiego, str. 238. — *Oettinger*, Rys ... str. 10.

7. z Brzega Piotr

Syn Jana, magister nauk wyzwolonych i bakałarz medycyny na wszechnicy w Krakowie, był kanonikiem wrocławskim; 1377 r. otrzymał kanonikę poznańską.

Źródła: Świerżawski, Pam. t. I, w. T. LXXV, 1879, str. 2. — *Henschel*, Iatrologia Silesiae.

8. Chmielowski Jan

Urodził się na Śląsku w roku 1775, początkowo studiował teologię, w roku 1799 we Wrocławiu rozpoczął studia lekarskie, później służył w wojsku. Stopień doktora medycyny uzyskał dopiero w roku 1821.

Praca jego:

De febre nervosa lenta. Vratislaviae, 1821, w 8-ce, str. 36. Diss inaug.

Źródła: Kośmiński St., Słownik Lekarzy Polskich. Warszawa 1883, str. 65.

9. Dembczak Walerian

Urodził się w roku 1853 w Brzegu, do gimnazjum uczęszczał w rodzinnym mieście, a później we Wrześni, Trzemiesznie i Gnieźnie, nauk lekarskich słuchał w Gryfii od r. 1872 do 1876.

Praca jego:

Experimental-Studien über parenchymatöse Injectionen von Argentum nitricum. Greifswald, 1876, w 8-ce, str. 42. Diss inaug.

Rozprawa ta w streszczeniu A. Sendykowskiego ogłoszona została w Przegl. Lek. 1876, nr 29.

Źródła: Kośmiński, Słownik str. 85.

10. Dziekański Aleksander Jan Antoni Feliks

Urodził się 8 stycznia 1826 w Wachowicach w powiecie oleskim. Medycynę studiował we Wrocławiu i Gryfii, gdzie uzyskał stopień doktorski w roku 1852.

Praca jego:

De periostitide. Greifswald, 1852, w 8-ce. Diss. inaug.

Źródło: Kośmiński, Słownik str. 106.

11. Efor (Ephorinus) Anzelm

Pochodził rodem z Fryburga na Śląsku. W młodym wieku odbył studia na wszechnicy jagiellońskiej w Krakowie, gdzie słuchał nauk wyzwolonych u Rudolfa Agrikoli, filozofii i matematyki u Mateusza Szamotulczyka, a medycyny u sławnego Cypriana z Łowicza. Stopnie filozoficzne osiągnął jako bakałarz w r. 1522, jako mistrz w r. 1527. Licząc lat 22 uzyskał stopień magistra i objął katedrę dyalektyki i logiki w akademii krakowskiej. W roku 1528 wykładał na wydziale filozoficznym w Krakowie: „Basili M. De poetis legendis; Fenestellae De Romanorum magistratibus.”

Na polecenie Jakuba Arciszewskiego, kanonika krakowskiego, Seweryn Bonar, kasztelan biecki powierzył mu wychowanie synów swoich. E. zwiedził z nimi Niemcy, Francję i Włochy, gdzie doskonalić się w naukach, nawiązał stosunki przyjaźni z wielu uczonymi, szczególnie zaś z Erazmem Rotterdamskim. Stopień doktora medycyny uzyskał w Padwie. W Atti del Collegio Medici e Filosofi uniwersytetu Padewskiego zapisano: 1 VI 1534. Gratiae in med. D. Anselmi Ephorini Silesii. — 11 IV Fuit conventuatus.”

Cesarz Karol V. obdarzył go szlachectwem. Po powrocie do Krakowa senat miejski obrał

go rajcą i fizykiem miejskim. Efor był przez 13 lat, pomiędzy 1530 a 1548 proboszczem w Koniuszy, wsi w powiecie miechowskim. Juszczyński zalicza go do poetów. Król Zygmunt Stary wyznaczył mu w naturaliach co kwartał: garnek masła, szynkę z wieprza tuczonego, kopę serów, jęczmienia, grochu, prosa i maku po jednym korcu i ćwiartkę soli. W zamian za to dr E. był obowiązany do udzielania opieki lekarskiej pracującym w kopalniach. Król Zygmunt August dokumentem z Łomży z 11 X 1553 r. zostawił mu wyznaczone przez swojego poprzednika naturalia i wyznaczył mu jeszcze dożywotnią pensję w wysokości 20 talarów rocznie zapewnioną na zyskach z kopalni w Wieliczce. (Patrz: Źródła nr 7.) Ten sam król zwolnił dom dr Efora w Krakowie przy ulicy św. Franciszka, obok klasztoru, od podatku postojowego. W tymże przywileju (Patrz: Źródła nr 8) dr E. ma tytuł lekarza dworu królewskiego.

Prace jego:

1. Caii Plinii secundi naturalis historiae liber VII. Cracov., Vietor, 1526, w 4-ce.

2. Caii Plinii secundi in libros historiae naturalis praefatio, quae primum librum occupat diligenter doctissimorum virorum iudicio recognita et in veram ac plane Plinianam lectionem restituta. Unacum indice summatis XXXVIII librorum Plinii argumenta indicante. Cracov. Scharff., 1527, w 4-ce, 1529 w 4-ce.

3. Caii Plinii secundi naturalis historiae liberum XXIX medico suo commentario distin-

ctum ac illustratum, per... Cracoviae, h. Vietor, 1530, w 4-ce.

4. De utilitate artis medicae. B. w. m. d. (1538).

5. Medicinale compendium ad amplissimum ac prudentissimum senatum regiae urbis Cracoviensis, Cracov., Vietor, 1542, w 8-ce.

6. Remedium contra pestem. Dzieło to ma znajdować się w Bazylei.

7. De salinis Crac. Observatio.

Źródła:

1. Wislocki: Liber diligent.

2. Muczkowski: Lib. promot. pag. 175, 180.

3. Windukiewicz St.: Materiały do historii Polaków w Padwie. Archiwum do dziejów literat. i oświaty w Polsce. T. VII.

4. Juszczyński: Dykeyonarz poetów polskich. Kraków. 1820.

5. Giedroyc: Źródła ... Pamiętnik T. Lek. W. 1903, z. II, s. 303.

6. Kościński: Słownik ... s. 111.

7. Metr. Reg. Lb. 84, fl. 311 v. (przywilej znajd. się w Bibl. Ossol. Dr Kętrzyński: Katalog rękopisów Bibl. Ossol. str. 390, nr 180, 49.

8. Tamże: Lb. 87, fl. 326.

9. Henschel: Jatrologiae Silesiae. Wrat. 1837.

10. Gąsiorowski: Zbiór wiad. do hist. szt. lek. w Polsce. Poznań 1839. T. I, str. 231.

11. Oettinger: Rys ... s. 161.

12. Janociana. Vol. VII, s. 74—76. — Arnold: Monumenta ... s. 24.

13. Encykl. powsz. VIII, s. 37.

(Cdn.).

Zebranie Naukowe Sekcji Lekarzy Z. Z. Pr. Służby Zdrowia w Bytomiu

28 V 1947

Dnia 28 V 1947 r. odbyło się w bytomskim Szpitalu Miejskim zebranie naukowe. Obecnych 43.

Kol. Brzeski wygłosił wykład: „O odżywianiu chorych z gruźlicą płuc”; w ożywionej dyskusji wzięli udział koledzy: Karlińska, Statler, Szumski, Kauczyński, Rygiel-Cękańska, Baborski.

Kol. Kubisty wygłosił wykład pt. „Rak jelita grubego”, połączony z pokazami chorych operowanych w latach 1945—1947 w tutejszym Szpitalu Miejskim.

W dyskusji przemawiała dr Karlińska.

Pokazy chorych: kol. Kubisty przedstawił chorego po usunięciu nerki lewej wraz z olbrzymią torbielą pozaotrzewną, która uciśkała na moczowód i nerkę, wywołując wytworzenie się wodonercza i zrośnięta była poprzez otrzewną z jelitem cienkim i grubym tak, że nie dała się usunąć doszczętnie. Badanie histopatologiczne ściany torbieli wykazało obecność nowotworu. Przypadek będzie ogłoszony drukiem.

Kol. Młynarski przedstawił chorą z białowcem wątroby z następowym ropniakiem prawej opłucnej i przetoką żółciowo-oskrzelową.

25 VI 1947

Dnia 25 czerwca 1947 r. odbyło się w Szpitalu Miejskim w Bytomiu. posiedzenie Koła Naukowego Lekarzy bytomskiego oddziału

Z. Z. P. S. Z., w którym uczestniczyło 35 kolegów.

Kol. Baborski wygłosił wykład pt. „Zmiany dna oka w chorobach wewnętrznych”, obficie ilustrowanymi przeżyciami; temat ujęty obszernie i wyczerpująco wywołał duże zainteresowanie, czego dowiodła ożywiona dyskusja, która rozwinęła się po wykładzie.

Kol. Kubisty przedstawił wypadek **samobójczego postrzału głowy** u 23-letniego mężczyzny. Włot znajdował się w dniu jamy ustnej, tuż poza środkiem żuchwy, wylot w prawej okolicy czołowej. U chorego, przeżewionego w stanie nieprzytomnym, z dużym krwakiem prawego oczodołu, powodującym wytrzeszcz, wykonano — po uzyskaniu poprawy stanu ogólnego — trepanację w okolicy wylotu i wyssano treść kanału postrzałowego, następnie zeszyto oponę twardą i powłoki. Stan chorego po zabiegu szybko się poprawił, ustąpił wytrzeszcz i zaburzenia widzenia po prawej stronie, pozostało jedynie podwójne widzenie z powodu uszkodzenia funkcji mięśnia prostego wewnętrznego. Obecnie w 2 tygodnie po zabiegu, chory przedstawia obraz zaburzeń psychicznych znamionujących uszkodzenie kory płatu czołowego; zmiany te ze stanowiska neurologa omówił kol. Kurzrok.

Kol. Kubisty demonstrował powtórnie chorego po usunięciu lewej nerki wraz z olbrzymią torbielą przynerkową, u którego pozostawiona

— z powodu trudności technicznych — część torbieli sklejoną z jelitami, powoduje obecnie objawy przemieszczającej niedrożności jelit.

Kol. Głowiński przedstawił 3 przypadki z oddziału położn.-ginekolog. Szpitala Miejskiego: 1. **uterus septus duplex cum vagina duplici**. Operowano ją od strony pochwy metodą Strassmanna — z wynikiem dobrym.; 2. **atresia vaginae fere totalis artificialis**. Wykonano zabieg operacyjny, stwarzając kanał pochwowy, ze śluzówki przedsionka i z uchyłka pochwowego; 3. **Leiomyoma necroticans et calcificans**

Sekcja Naukowa Z. Z. Lek. w Opolu

Posiedzenie dnia 27 marca 1947 r.

1. **Dr Z. Rossowski**: „Uwagi w sprawie grup krwi.“

2. **Dr Mossor** przedstawił **przypadek wrodzonego zamknięcia przewodu płciowego** (gynatresia). Na podstawie wyniku badania i wywiadu, rozpoznano znacznych rozmiarów krwiak macicy i śródmaciczny, przyspinując ponadto prawdopodobieństwo istnienia krwaków jajowodów. Stan ten spowodowany przez wrodzone zamknięcie przewodu płciowego pod postacią **atresia vaginalis retrohymenalis**.

Po omówieniu etiologii atresji wrodzonych i nabytych, oraz porównaniu dawniejszych i obecnych metod postępowania, dr Mossor opisuje przebieg operacyjny w demonstrowanym przypadku.

Dyskusja: Dr Hotejko, dr Jakobi, dr Rossowski.

3. **Dr F. Naróg**: „**Wpływ tuberkuliny na gruźlicze schorzenia oczne metodą pirquetyzacji**.“ Po uwzględnieniu literatury przytacza niepowodzenie internistów po stosowaniu tuberkuliny podskórnie, gdyż powstawały zaostżenia procesów chorobowych. Okuliści zaczęli na szeroką skalę stosować tuberkulinę podskórnie metodą pirquetyzacji, wychodząc z założenia, że oko jest pochodzenia ektodermalnego. Do zadrapań naskórka na przedramieniu u dzieci i mężczyzn, na udzie u kobiet N. używał zwykłej igły do zastrzyków lub lancetu stosowanego do szczepienia ospy, stosując dwa zadrapania, krzyżujące się w trzech miejscach, 4—8mm długie. W zależności od reakcji skórnej zadrapania te zwiększano lub zmniejszano. Następnie szczepienie powtarzano do 6 lub 7 dni z chwilą ustąpienia odczynu ze strony oka. Im większa była reakcja miejscowa, tym mniejsze objawy zapalne ze strony oka. Najczęściej wystar-

Z listów do redakcji

Piąty przypadek dośrodkowego

Kol. Jankiewicz podaje w interesującej swej pracy „O niektórych rzadkich zwichnięciach w stawie biodrowym“ (Śl. G. L. Nr 3—5/47), że znalazł w piśmiennictwie polskim zaledwie 4 przypadki zwichnięć dośrodkowych.

Pragnę do tych 4 przypadków dodać piąty przypadek ś. n. prof. Grzegorza Ziembickiego, prymariusza oddziału chirurgiczno szpitala powszechnego we Lwowie. Przypadek ten był ogłoszony w Lwowskim Tygodniku Le-

Kol. Michalski podał sprawozdanie ze **stosowania szczepionki B. C. G.** w oddziale położn.-ginek. Szpitala Miejskiego. Jedynym utrudnieniem w racjonalnym stosowaniu szczepionki jest nieregularne nadsyłanie jej przez Państw. Zakł. Higieny w Warszawie. W dyskusji nad stosowaniem szczepionki B. C. G. zabrali głos koledzy Brzeski, Ćwikliński i Głowiński, zwracając uwagę przede wszystkim na organizacyjną stronę zagadnienia.

sekretarz
Lek. J. Zieliński

przewodniczący
Dr L. Brzeski

czało 6 szczepień do poprawy procesów zapalnych oka. Ogólna reakcja była bardzo mała, zauważyło się podwyższenie temperatury z 37,2 na 37,4. W ten sposób leczono od roku 1924 około 1000 przypadków gruźliczych schorzeń oczu ambulatoryjnie. Ustępowały zmętnienia rogówki i łuszcza rogówkowa. W przypadkach „keratitis scleroticans“, w których zawodziły wszystkie środki, następowała poprawa po 1 leczeniu tuberkulinowym. Poprawiał się stan ogólny, zmniejszały się gruczoły limfatyczne. W chronicznych zapaleniach ciała rzęskowego, znikły nawet osady na tylnej ścianie rogówki. Wybitną poprawę uzyskano w gruźlicy gruczołowej. W jednym przypadku zapalenia nerwu wzrokowego i siatkówki, w którym proces chorobowy przeszedł na przedni odcinek gałki, nastąpiła poprawa ostrości wzroku z liczenia palców do normy. W drugim przypadku gruźliczego schorzenia spojówki powiekowej na jednym oku, w którym mylnie przeprowadzono operację Deniga, wyjaśniła się rogówka po usunięciu przerosłego transplantatu. Przytoczono leczenie zołzowych schorzeń oczu i ich nawrotów, w których nastąpiło wyleczenie po stosowaniu szczepień tuberkulinowych doskórnych. Metoda stosowania tuberkuliny doskórnie ma olbrzymią przewagę nad stosowaniem podskórnym. W czasie stosowania podskórnego zauważono w centralnym zapaleniu siatkówki i naczyniówki zaniewidzenie oka. Rosyjska tuberkulina daje silniejszą reakcję od Alt-tuberkulin Kocha. Z powikłań zauważono w dwóch przypadkach wypryskowe zapalenie skóry ramienia.

Dyskusja: Dr. Zamłyński, Dr. Stella, Dr. Rossowski, Dr. Lorenz.

Przewodniczący sekcji naukowej
(Dr S. Mossor)

zwichnięcia w stawie biodrowym

karskim w r. 1913, a dotyczył dziewczyny kilkunastoletniej. Prof. Ziembicki, członek zagraniczny Tow. Chirurgów Franc. demonstrował przypadek ten na dorocznym zebraniu tegoż Towarzystwa w Paryżu w tymże roku. Sprawozdanie z tej demonstracji w „Annalch i Biuletynacl“ tegoż Towarzystwa...

Dr. Maksymilian Jonas
Dyrektor Szpitala św. Józefa
Zabr. Zjedn. Przem. Węglowego w Zabrzu

Sprawozdanie Polskiej Akademii Umiejętności Wydz. IV od lipca 1946 do czerwca 1947

W czasie od lipca 1946 do 13 czerwca 1947 Wydział IV P. A. U. odbył posiedzeń naukowych 7. Na posiedzeniach tych przedstawiono 39 prac, z których przyjęto do druku 35 a mianowicie:

- 1) 1 z zakresu psychiatrii
- 7 mikrobiologii
- 2 historii medycyny
- 1 laryngologii
- 3 dermatologii
- 1 patologii ogólnej
- 3 okulistyki
- 4 chemii fizjologicz.
- 1 chorób wewnętrz.
- 1 antropologii
- 1 anatomii patolog.
- 4 higieny

Ukazały się następujące wydawnictwa:

a) Rozprawy Wydz. IV P. A. U. T. VII., Seria I.

1) **Wysocki K.:** Badania nad zachowaniem się „wolnej wody” krwinek u ludzi w czasie postu i na szczycie trawienia ciał białkowych.

2) **Walawski J.:** Zachowanie się zawartości białka w surowicy krwi w przebiegu duru plamistego.

Program XIV. Zjazdu Towarzystwa Internistów Polskich

26 września 1947:

Godz. 9—9,10 — Otwarcie Zjazdu przez prezesa zarządu głównego prof. dra W. Filińskiego. Wybór prezesa i sekretarza Zjazdu.

9,10—10 — Obrady Walnego Zgromadzenia Towarzystwa.

10—10,50 — Referat główny: Wł. Kuryłowicz: Kraków: „Ogólne właściwości antybiotyków”.

10,50—11,40 — Referat główny: E. Szczeklik, Wrocław: „Zastosowanie penicyliny w chorobach wewnętrznych”.

11,40—11,50 — J. Miklaszewska, Kraków: „O bakteriostatycznym poziomie penicyliny we krwi i innych płynach ustrojowych”.

11,50—12 — A. Pacyński, Wrocław: „Badania in vitro nad działaniem penicyliny z tryptaflawina i mercurchromem”.

12—12,10 — M. Nieder, Wrocław: „W sprawie posiewów krwi w powolnym zapaleniu wsierdza leczonym penicyliną”.

12,10—12,20 — Łabendziński, Poznań: „Wahania liczbowe eo- i bazofilów po zastosowaniu leczniczym antybiotyków”.

12,20—12,30 — J. Huczek, Kraków: „Zachowanie się płytek krwi w przebiegu leczenia penicyliną”.

12,30—12,40 — Z. Kowarzykowa i K. Gibiński, Wrocław: „Wpływ penicyliny na układ krzepnięcia”.

12,40—12,50 — K. Gibiński, Wrocław: „Wpływ penicyliny na własności fizyczne krwi”.

12,50—16 — Przerwa obiadowa.

16—16,10 — Wł. Filiński, Warszawa: „Kilka uwag o sprawdzianie własności leczniczych penicyliny w chorobach wewnętrznych”.

16,10—16,20 — E. Kodejszko, Warszawa: „Próba oceny skuteczności działania penicyliny na podstawie materiału dostarczonego przez Ministerstwo Zdrowia”.

16,20—16,30 — A. R. Tuszkiewicz, Wrocław: „Peni-

3) **Mruk J.:** Zmiany nadnerczy w wieku starym.

4) **Górski M.:** Estrы cholesterolu w niedomozdzie wątrobowej.

5) **Rydygier J.:** Skład chemiczny i cechy fizyko-chemiczne żółci u osób ze zdrowym narządem trawienia oraz przewlekłym zapaleniem nieżytowym układu żółciowego.

6) **Markert:** Sopstrzeżenia w przypadkach postrzałów klatki piersiowej z uszkodzeniem płuc i opłucnej.

7) **Kostrzewski:** O kilku ostrych chorobach zakaźnych.

Na wydrukowaniu w rozprawach i biuletynie czeka 25 prac. W jesieni ma się ukazać nowe wydanie podręcznika histologii czł. Mażarskiego, a po nim wydanie III podręcznika chorób skórnych czł. Lenartowicza.

Prócz tego ukazał się:

b) Bulletin International de i Academie Polonaise des Sciences et des Lettres Classe de Medicine. Tom o 407 stronach zawierających 30 prac.

cylina jako przygotowanie do tonsilektomii w przebiegu schorzeń wewnętrznych”.

16,30—16,40 — W. Hartwig, Warszawa: „O czynnościowym blokowaniu nerek w przebiegu leczenia penicyliną”.

16,40—16,50 — Z. Ćzapliński, Kraków: „Leczenie agranulocytozy penicyliną”.

16,50—17 — J. Traczyk, Wrocław: „Przypadek granulocytopenii leczony penicyliną”.

17—19 — Dyskusja nad I. tematem głównym i I. grupą referatów pobocznych, dotycząca prac laboratoryjnych.

27 września 1947:

Godz. 9—9,10 — E. Kodejszko, Warszawa: „Leczenie penicyliną powolnego zapalenia wsierdza według doświadczenia II. Kliniki Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Warszawskiego”.

9,10—9,20 — A. Kleczeński, Wrocław: „Penicylina w leczeniu podostrego bakteryjnego zapalenia wsierdza. Omówienie przypadków I. i II. Kliniki Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Wrocławskiego”.

9,20—9,30 — J. Kaniak, Wrocław: „Zastosowanie penicyliny w zarostowym zapaleniu naczyń”.

9,30—9,40 — L. Deloff, Zabrze: „Penicylina w ropnym zapaleniu osierdza”.

9,40—9,50 — M. Gamski, Wrocław: „Przypadek ropnego zapalenia osierdza w przebiegu zakażenia ogólnego, wyleczony penicyliną”.

9,50—10 — W. Miklaszewski, Kraków: „Penicylina w Mononucleosis infectiosa”.

10—10,10 — K. Krajewska i E. Kisielińska, Warszawa: „Miejscowe stosowanie penicyliny w chorobach wewnętrznych”.

10,10—10,20 — J. Trojanowski, Wrocław: „Dotchawiczne stosowanie penicyliny w zakażeniach układu oddechowego”.

10,20—10,30 — M. Kędra, Kraków: „Zestawienie przypadków ropniaka opłucnej leczonego penicyliną i bez penicyliny”.

10,30—10,40 — Z. Chojecki, Warszawa: „Leczenie sulfamidowo-penicylinowe w chorobach narządu oddechowego“.

10,40—10,50 — J. Jakubowski i J. Gordon, Łódź: „Wyniki kliniczne stosowania penicyliny w chorobach wewnętrznych“.

10,15—11 — A. Goldschmied, Lublin: „Dotychczasowe wyniki leczenia penicyliną, uzyskane w II. Klinice Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu im. M. C. S. w Lublinie“.

11—11,10 — E. Bratkowski i C. Karwowski, Warszawa: „Wynik leczenia penicyliną chorych I. Kliniki Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Warszawskiego“.

11,10—11,20 — B. Jochweds i B. Winer, Łódź: „Z kazuistyki stosowania penicyliny na oddziale wewnętrznym Szpitala WUBP w Łodzi“.

11,20—12,10 — Dyskusja nad tematami pobocznymi dotyczącymi prac klinicznych.

12,10—13 — Referat główny: Kowalczykowa, Kraków: „Choroba głodowa. Anatomia patologiczna“.

Przerwa obiadowa.

16—16,50 — Referat główny: A. Falkiewicz, Wrocław: „Choroba głodowa. Klinika“.

16,50—17 — J. Jodłowski, Wrocław: „Badania anatomicopatologiczne kilku przypadków zejść śmiertelnych w przebiegu choroby głodowej“.

17—17,10 — J. Węgierko, Lublin: „Ostry zespół sercowo-nerkowy w następstwie złego żywienia i innych złych warunków bytowania w czasie ostatniej wojny“.

17,10—17,20 — Wł. Fejkiel, Kraków: „Choroba głodowa w obozach koncentracyjnych na podstawie własnych pięcioletnich spostrzeżeń“.

17,20—17,30 — B. Urbański, Kraków: „Własne spostrzeżenia nad chorobą głodową u więźniów oświęcimskich“.

17,30—17,40 — J. Jodłowski, Wrocław: „Spostrzeżenia kliniczne w przebiegu choroby głodowej“.

17,40—17,50 — J. Chlebowski, Łódź: „Zagadka pelagry“.

17,50—19 — Dyskusja nad II. tematem głównym i referatami pobocznymi.

19 — Zamknięcie zjazdu.

Odwołanie terminu Zjazdu Pediatrów Polskich

Komitet Organizacyjny Zjazdu Pediatrów Polskich podaje do wiadomości, że zjazd, który miał się odbyć we wrześniu b. r. w Warszawie, został odwołany ze względu na kolizję ze zjazdami krajowymi i zagranicznymi.

Termin zostanie podany na jesieni.

XXXII Zjazd Chirurgów Polskich w Krakowie (Komunikat Zarządu Towarzystwa Chirurgów Polskich)

XXXII Zjazd Chirurgów Polskich (XV Zjazd Towarzystwa Chirurgów Polskich) odbędzie się w dniach 5, 6 i 7 kwietnia 1948 r. w Krakowie.

Tematy programowe:

1) Leczenie ran — referent — prof. dr. K. Michejda — koreferent — prof. dr. F. Skubiszewski

2) Operacyjne leczenie gruźlicy płuc — referent — prof. dr. W. Bross — koreferent — doc. dr. St. Hornung

Zgłaszający się do dyskusji wcześniej do referatów programowych mają prawo do dłuższego przemawiania.

Oprócz tematów głównych wygłoszone będą referaty na tematy dowolne w ilości 20—30, referaty te poddane będą uprzednio ścisłej selekcji.

Referaty do tematów głównych, a także na tematy dowolne należy zgłaszać do dnia 30 stycznia 1948 r. na ręce sekretarza dr Tokarskiego Stanisława — Warszawa-Praga, pl. Weteranów 4, II Klinika Chirurgiczna U. W. lub na ręce prezesa prof. Glatzla Jana — Kraków- ul. Kopernika 40, Klinika Chirurgiczna.

Prezes Towarzystwa: (-) Prof. Glatzel Jan
Sekretarz Towarzystwa: (-) Tokarski Stanisław.

Polskie Towarzystwo Mikrobiologów i Epidemiologów

Sekretariat Polskiego Towarzystwa Mikrobiologów i Epidemiologów prosi bakteriologów, którzy chcą być członkami Towarzystwa, by nadesłali zgłoszenia z podaniem specjalności i dokładnego adresu do Zakładu Mikrobiologii Lekarskiej Wrocław, ul. Chałubińskiego 4. Zawiadania równocześnie, że Towarzystwo obejmuje sekcje:

1. Mikrobiologia lekarska
2. „ weterynaryjna
3. „ rolnicza
4. „ przemysłowa.

Dr. Szyszkowicz Irena
Sekretarz Towarzystwa:

Akademia Lekarska w Gdańsku

Wybory do władz Akademii

Wybrani zostali:

Rektorem na lata akademickie 1947/48 i 1948/49 prof. dr MICHAŁ REICHER.

Prorektorem na rok 1947/48 — prof. dr. WILHELM CZARNOCKI.

Dziekanem na rok 1947/48: na Wydziale Lekarskim — prof. dr. TADEUSZ PAWLAS; na Wydziale Farmaceutycznym — prof. dr. TADEUSZ SULMA.

Polskie Towarzystwo Badań Naukowych nad Gruźlicą

Koło Poznańskie

W dniach 22 kwietnia oraz 12 maja 1947 odbyły się posiedzenia organizacyjne Koła Poznańskiego Polskiego Towarzystwa Badań Naukowych nad Gruźlicą. Na ostatnim z tych zebrań dokonano wyboru tymczasowego Zarządu Koła w składzie:

Prezes — prof. Dr Jan Rogucki
Wiceprezes — Dr Aleksander Schreiber
Sekretarz — Dr Maksymilian May
Skarbnik — Dr Stanisław Wawrzyniak
Tymczasowa siedziba znajduje się w II Klinice Chorób Wewnętrznych U. P. ul. Szkolna 14.

Międzynarodowy Zjazd Psychiatryczny

W dniach od 12 do 21 sierpnia 1948 odbędzie się w Londynie, w Central Hall Westminster Międzynarodowy Zjazd Psychiatryczny (In-

ternational Congress on Mental Health). Zjazd będzie obradować nad trzema tematami, a mianowicie:

1. Psychiatria w odniesieniu do dzieci
 2. Psychoterapia lekarska
 3. Higiena psychiczna
- Zjazd organizuje „National Association for

Mental Health“. Informacji udziela się pod adresem:

„The Organizer,
International Congress on Mental Health,
39, Queen Anne Street,
London, W. 1,
England.

NOTATKI TERAPEUTYCZNE

Chemoterapia w przebiegu płonicy

Podał

Dr med. W. Kurlus, Zbąszyń

Jak wiadomo, nie istnieje streptococcus scarlatinae epidemicus. Różne typy paciorkowców hemolitycznych z grupy A, różniących się od innych paciorkowców hemolit, właściwością wydzielania specjalnych toksyn, mogą wywołać chorobę zakaźną, którą nazywamy płonicą. Dlatego też płonica nie jest chorobą sui generis, jak np. błonica, tylko wyrazem reakcji toksyno-antytoksynowej. I tak stwierdzono różne typy paciorkowców podczas rozmaitych epidemii, np. w Niemczech podczas epidemii z zanieczyszczonego mleka rynkowego, w mieście Pinneberg pod Hamburgiem stwierdzono typ 5, gdy w innych epidemiach typy 2 i 3. W ogólności w Europie zachodziły przeważnie typy 1, 4, 11, 17. Typ 10, pochodzący z pewnego szpitala w Wiedniu, który został izolowany przez **Dochleza**, a następnie nazwany typem N. Y. 5, okazał się najodpowiedniejszym do masowej produkcji antytoksyny, ponieważ posiada szczególnie szerokie pole oddziaływania i może zatem zneutralizować toksyny kilku typów. Dlatego też bywał używany w masowej produkcji antytoksyny w różnych częściach świata, a również w Zakł. Behringa w Marburgu. Poszczególne typy wydzielają jakościowo toksynę niejednorodną. Dlatego też w zależności od powinowactwa rozmaitych typów rezultat odczynu Dicka wypadła niejednolicie, w pewnych przypadkach silniej, w pewnych słabiej, może się zdarzyć, że mimo usposobienia do płonicy odczyn Dicka może wypaść ujemnie. Pomimo to antytoksyna sporządzona z typu 10 może zneutralizować toksyny kilku typów sumarycznie, jednak zawsze pozostanie około 25% przypadków, w których zawodzi. Prócz czynnika toksycznego odróżniamy jeszcze w płonicy drugi czynnik—czysto infekcyjny, który powoduje wystąpienie rozmaitych infekcji, szczególnie w późniejszym czasie choroby, jak lymphadenitis, myocarditis, otitis media, nephritis etc. Analogicznie znajdujemy więc w surowicy przeciwpłoniczej obok czynnika antitoksycznego drugi czynnik antiinfekcyjny, który jest z natury znacznie słabszy. Pochodzi to stąd, że typ 10, który służy przeważnie za podstawę do fabrykacji surowic i oddziałuje sumarycznie na rozmaite typy, występuje stosunkowo rzadziej w krajach

europyjskich, wobec czego też stosunkowo rzadziej możemy liczyć na dobre działanie antiinfekcyjne surowic opartych na tym typie. Jedynie w tych wypadkach, w których typ 10 był równocześnie typem chorobotwórczym danej epidemii, możemy oczekiwać świetnych rezultatów leczniczych także pod względem działania antiinfekcyjnego, np. w epidemiach na Bałkanach w r. 1924—1926 i co właśnie stało się główną przyczyną do górowania typu 10 w fabrykacji surowic antytoksycznych. Wartość surowicy przeciwpłoniczej polega więc przede wszystkim na sile antytoksycznej odtruwającej silny stan zatrucia w pierwszych dniach choroby, siła antiinfekcyjna wywierająca wpływ na późniejsze komplikacje infekcyjne, schodzi na dalszy plan i winna być uzupełniona np. przez sulfamidy, taurolinę itd. Na początku r. 1943 otrzymałem 100 amp. ti-batiny, środka intensywnie działającego przeciwko infekcjom paciorkowcowym, wypróbowałem go w cięższych przypadkach płonicy, domięśniowo lub ewentualnie o ile była możliwość, dożylnie (tym lepiej, ze względu na bolesność) w dawkach do 2 lat 1/4 amp., 2—6 1/2 amp., od 7 lat całą amp. 5 ccm, powtarzając takie dawki w razie konieczności codziennie przez kilka dni. Jako antitoksynę stosowałem przeważnie surowicę rodzimą z powodu braku w warunkach wojennych surowicy skoncentrowanej. Ze względów oszczędnościowych musiałem w przypadkach, w których mogłem wykluczyć podejrzenie na uczulenie, stosować surowicę dożylnie, bardzo ostrożnie i bardzo powoli z zachowaniem wszelkich możliwości odczulających w razie wystąpienia wstrząsu anafilaktycznego. Dawki dożylnie surowicy wynosiły 1/10 dawek domięśniowych. W przypadkach tych zawsze stosowałem jako antiallergika pyramidon, ephetoninę per os i calc. gluconat. domięśn. lub natr. salicyl. c. ephetonina. Dawki dożylnie wynosiły 3—5 ccm, przekonałem się, że te niskie dawki odnosiły skutek daleko intensywniejszy od 10 krotnie wyższych dawek zastosowanych domięśniowo. Jeden jedyny wypadek wstrząsu anafilaktycznego zanotowałem i to właśnie w przypadku, w którym stosowałem antytoksynę domięśniowo, zachowując przy tym z góry wszelkie ostrożności ze względu na podłoże

wybitnie uczuleniowe. Podkreślam jednak, że brak większej ilości wstrząsów anafilaktycznych, szczególnie w przypadkach dożylnego stosowania antytoksyny, należy uważać za korzystny przebieg — ale jest wskazana w razie dożylnego stosowania surowicy wielka ostrożność. Podczas stosowania surowicy przeciwbłoniczej dożylnie nawet w niskich dawkach, mogą nas często zaskoczyć w przypadkach zupełnie nie przewidzianych, ciężkie szoki anafilaksji, szczególnie u dzieci starszych i w wieku młodzieńczym, około 20 lat. Pomimo wszystko i dzisiaj w wyjątkowych wypadkach bardzo ciężkiego stanu zatrucia musimy zastosować surowicę dożylnie, szczególnie antytoksynę płoniczą. Wynik leczenia tibatiną i równocześnie antytoksyną był następujący: na 21 przypadków ciężkich płonicy zmarło 2, śmiertelność wynosiła zatem około 10%. Jeżeli jednak uwzględnimy, że leczeniu takiemu podlegało jedynie około 25% ciężkich przypadków, a 75% lżejszych było leczonych objawowo, to wyniki stosowania równocześnie titatiny i antytoksyny okazały się w zupełności innym światłem, ponieważ wtedy śmiertelność spadła znacznie niżej. W porównaniu do innych środków sulfamidowych wyniki leczenia wypadają znacznie korzystniej. W poprze-

dnich latach przedwojennych stosowałem najpierw dodatkowo Prontosil rubr. w inj. domięśn. Na 18 przypadków płonicy było wtenczas 5 przypadków śmiertelnych. Później stosowałem cibazol. Na 14 przypadków z cibazolem były 2 przypadki śmiertelne. Zaznaczyć muszę tutaj jeszcze, że wypadki śmiertelne zaszły podczas stosowania prontosilu i cibazolu przeważnie w drugim okresie płonicy, a wypadki śmiertelne podczas stosowania tibatiny zaszły w pierwszym okresie szczególnie ciężkiego zatrucia. Prontosil i cibazol stosowałem tylko domięśniowo, a tibatinę stosowałem także dożylnie. Uwzględniając nader złe warunki życia, mieszkaniowe i inne podczas okupacji, brak możliwości translokacji do szpitala etc., trzeba jednak przyznać, że siła antyinfekcyjna tibatiny góruje wysoko ponad prontosilem i cibazolem.

Streszczając stwierdzam, że stosowanie antytoksyny płoniczej polega głównie na sile odtruwającej, antytoksycznej, a czynnik antyinfekcyjny schodzi na dalszy plan. Należy go zatem uzupełnić środkami chemicznymi, wśród których dotychczas, według własnych doświadczeń, tibatina wykazała najwyższą siłę antyinfekcyjną.

Leczenie rzeżączki penicyliną.

Katowice, dnia 2 maja 1947 r.
Ubezpieczalnia Społeczna
w Katowicach

Okólnik Nr 11.

Niniejszym podajemy in extenso wskazówki dotyczące leczenia kiły i rzeżączki penicyliną, nadesłane Ubezpieczalni przez prof. dra Grzybowskiego, Prezesa Polskiego Związku Przeciwwenerycznego.

Wskazówka dla lekarzy praktyków.

Nie ulega już obecnie żadnej wątpliwości, że leczenie rzeżączki penicyliną jest niezwykle wielkim osiągnięciem leczniczym.

Wartość tego leku ująć można w sposób następujący:

— leczenie penicyliną znoszone jest dobrze, nie towarzyszą mu powikłania poważniejsze;

— leczenie jest krótkie, w większości bowiem przypadków uleczenie zostaje osiągnięte **w przeciągu paru dni, lub nawet kilku nastu godzin:**

— leczenie rzeżączki penicyliną może być ujęte w schemat leczniczy:

— w większości przypadków indywidualizacja leczenia okazuje się zbyteczna, tych schematów leczniczych jest dużo, a większość z nich jest wartościowa; jednak postępowanie leczenia rzeżączki penicyliną jest tak znaczne, że obecnie już myśleć należy o schematach nie tylko skutecznych, ale możliwie praktycznych i dogodnych do zastosowania;

— mogę polecić, jako skuteczny i praktyczny wygodny schemat leczenia sposób następujący: na okres leczenia podaje się 200.000 jedn. oxfordskich, w ciągu 3 godzin w sposób następujący: o godz. 0 — 40.000 jedn., o 1-iej — 40.000 j., o 2-iej — 40.000 j., od godz. 3-iej — 80.000 j.

Metoda ta, wypróbowana w szeregu ośrodków dla szybkiego leczenia rzeżączki w St. Zi. A. P., dała 94% uleczeń. Uleczenie było udowodnione na podstawie badań klinicznych i bakteriologicznych (3 posiewy). Na podstawie doświadczenia własnego metodę tę mogę polecić do szerokiego stosowania.

(—) M. Grzybowski.

Wskazówki dla leczenia kiły.

Wprowadzenie do lecznictwa kiły nowych leków i metod, brak piśmiennictwa własnego i obcego, a wreszcie brak niektórych leków stwarzają tak duże trudności leczenia kiły, że lekarze mniej doświadczeni nie znajdują prawidłowego wyjścia. Trudności te odczuwają również i specjaliści tej dziedziny; znajdują one wyraz w zapytaniach i prośbach o wskazówki skierowanych do związku przeciw-

wenerycznego. Skłaniają one redakcję do umieszczenia tych wskazówek najprostszych.

1. Leczenie penicyliną jest w okresie badań; badania te powinni przeprowadzać specjaliści najbardziej doświadczeni, terenem dla nich są kliniki i większe szpitale. Lekarze praktycy nie powinni w obecnym stanie wiedzy leczyć kiły penicyliną; tym bardziej nie należy wpajać w chorych nadmiernego zaufania do tego nowego środka.

2. Jeśliby jednak zdecydowano się stosować penicylinę, podawać należy **2,400.000 jedn. w przeciągu 7 i ½ dni**, stosując **40.000 jedn. co 3 godz. domięśniowo**. Okres kontroli tych chorych nie powinien być krótszy od roku; kontrola powinna polegać na co miesięcznych badaniach klinicznych i serologicznych.

3. **Leczenie kiły opierać należy na stosowaniu związków arsenowych i bismutowych.** Leczenie kiły przetworami rtęci i jodu nie może być uważane za współczesne.

4. Leczenie kiły powinno być rozpoczęte niezwłocznie po rozpoznaniu choroby; chory powinien być pouczony o stanie swej zakaźności i konsekwencjach zaniedbania leczenia.

5. Leczenie minimalne, a jednocześnie wystarczające, polega na stosowaniu 5 okresów (kuracji) trwających 10 tygodni każda. Przerwy między kuracjami powinny być krótkie 2—3-tygodniowe, co najwyżej 4-tygodniowe.

6. Zasadniczy schemat leczenia może być w każdej kuracji taki sam. Można podać **20 wstrzyknieć bizmutu, stosując 2 razy w tygodniu po 1,2 ccm będzwinianu bismutowego domięśniowo**. W razie posiadania innego przetworu obliczać należy w taki sposób, by na dawkę podać 0,05—0,08 bizmutu metalicznego.

Jednocześnie podawać należy neoarsenobenzol w ilości 0,30—0,75 na dawkę u mężczyzn i 0,15—0,60 u kobiet. Neoarsenobenzol rozpuszczać należy w wodzie przekrojonej, rozpuszczając lek w 10-krotnej ilości wody. Można w następujący sposób rozłożyć dawki: 0,30—0,45 5 razy po 0,60, 3 razy po 0,75 czyli 6,0 gr u mężczyzn i 0,15—0,30

5 razy po 0,45, 3 razy po 0,60, czyli 4,50 g u kobiet.

7. Swędzenie skóry, wymioty, uderzenia krwi do głowy, wysoka ciepłota, bóle w łędźwiach są najczęstszymi objawami niezniesienia. Konieczne jest w tych razach obniżenie dawki do poziomu dawki dobrze znoszonej, lub nawet przerwanie leczenia.

8. W razie braku neoarsenobenzolu stosować można Mapharsen, podając co tydzień w sposób następujący: 0,02 — 3 razy po 0,04, 6 razy po 0,06. Mapharsen rozpuszczać należy w 10 ccm wody przekrojonej, wstrzyknąć lek należy dopiero po oddzieleniu się pęcherzyków gazu. Dla przyspieszenia można przepuścić przez rozczyn powietrze (przez igłę i strzykawkę). Mapharsen wstrzykiwać należy dożylnie, możliwie szybko.

9. Zwrócić należy uwagę na to, że Mapharsen znajduje się często w opakowaniach szpitalnych, w ampułkach zawierających **0,60** leku. Są to dawki na kilkunastu chorych, a nie dla jednego.

10. W razie braku związków arsenowych leczenie oprzeć należy na bizmutcie i dołączyć arsen przy pierwszej sposobności. **Leczenie samym bizmutem nie jest leczeniem bezwartościowym.**

11. W razie braku bizmutu kojarzyć należy leczenie neoarsenobenzolu z rtęcią.

12. W razie braku zarówno bizmutu, jak i neoarsenobenzolu leczenie przeprowadzić należy samą rtęcią. Leczenie takie ma jednak charakter objawowego i przy pierwszej sposobności zastosować należy właściwe środki przeciwiłowe, a zatem bizmut i arsen.
(—) M. Grzybowski.

Środki biologiczne w medycynie

Część VIII.

Podał

mgr farm. Ryszard Słupik, Cieszyn.

Antidiarrhoica

Antidiarrhoica — środki przeciwbiegunkowe mają uspokajać wzmożoną perystaltykę jelit. Cel ten osiągnąć można przez środki:

ściągające — adstringentia,
resorbujące — adsorbentia,
śluzowe — mucilaginosi,
przeciwskurczowe — antispastica.

Adstringentia.

Środki ściągające obfitują w związki garbnikowe, które:

a) garbują (ścinają) znajdującą się w stanie zapalnym błonę śluzową jelit, zmniejszając jej zdolność wysysania ciał trujących oraz drobno-ustrojów,

b) przez zdolność wiązania wody zagęszczają nadmiernie rozrzedzoną treść jelit.

Garbnikami nazywamy ogólnie skomplikowane związki chemiczne, których roztwory

wodne wykazują zdolność tworzenia z białkami, większą częścią alkaloidów i metalami ciężkimi trudno rozpuszczalne osady. Garbniki dzielimy na trzy grupy:

1. Garbniki pyrokatechinowe. Z solami żelaza dają zabarwienie ciemnozielone przechodzące pod wpływem węglanu sodu, lub amonu w czerwone (Accacia, Mimosa, Rumex Ratanhia).

2. Garbniki pyrogalolowe. Z solami żelaza dają zabarwienie brudno-niebieskie (Quercus).

3. Garbniki floroglucynowe. Z solami żelaza dają zabarwienie niebieskie (Quebracho, tannin, garbniki owoców). Garbniki uważać można za estry aromatycznych kwasów z cukrami, wielowartościowymi alkoholami i glikozydami. Garbniki występują w roślinach w dużych ilościach i to szczególnie w wielu rodzinach rzędów: Salicales, Fagales, Polygonales, Rosales, Geraniales, Ericales i Ebenales. Prawie wszystkie gatunki rodziny różowatych

(Rosaceae) obfitują w duże ilości garbników. Brak związków garbnikowych wykazują rodziny Cruciferae i Papaveraceae.

Związki garbnikowe podane doustnie mogą w górnym odcinku przewodu pokarmowego działać drażniaco, dlatego stosowane dawniej *Acidum tannicum* istnieje obecnie jako połączenie z białkiem (*Tannalbumin*, *Albutan* = *Tanninum albuminatum*). *Tanninum albuminatum* rozpada się dopiero pod wpływem soku trzustkowego i alkalicznego odczynu treści jelit i tu wywiera swoje lecznicze, niedrażniące działanie.

Gallae s. *Gallae asiaticae*, s. *Gallae turcicae*, s. *Gallae Alepo nigrae*, s. *Gallae quercinae*, s. *Nuces* (Poma) *Gallarum* — galasówki. Nazwy obce: Gall Nuts (ang.), Noix de galle d'Alep (franc.), Gallnuesse, Eichapfel (niem.).

Galasówki są to kuliste narośla, powstające na liściach i młodych gałązkach dębu (*Quercus infectoria*) pod wpływem drażniącej substancji wydzielanej przez larwę owadu *Cynips tinctoria*. Larwa ta pozostaje wewnątrz kulistej galasówki aż do rozwoju (5—6 miesięcy) później draży sobie kanalik na zewnątrz, częściej jednak obumiera wewnątrz galasówki.

Galasówki stanowią najbogatszy w garbnik surowiec farmaceutyczny. Zawierają 55—62% garbnika. Z galasówek otrzymuje się powszechnie używaną w lecznictwie taninę — *Acidum tannicum*. Oprócz taniny zawierają galasówki kwas galusowy, barwiki flawonowe, cukry i żywice.

Z galasówek przyrządza się nalewkę, *Tinctura Gallarum*, mającą zastosowanie jako silny środek ściągający. Stosuje się ją przeważnie zewnętrznie w ropnych zapaleniach błon śluzowych jamy ustnej (*Stomatitis aphtosa*, *Gingivitis*, *Pharyngitis*), oraz jako dodatek do wód do płukania ust.

Rp. *Tinct. Gallarum*
Tinct. Myrrhae aa 5.0
Mentholi 1.0
 M. D. S. Do pędzlowania dziaśel.

Rp. *Tinct. Gallarum*
Tinct. Salviae aa 15.0
Aquae Mentae ad 200.0
 M. D. S. Do płukania gardła.

Rp. *Tinct. Gallarum* 5.0
Camphorae 1.0
Bals. peruviani 2.0
Lanolini ad 50.0
 M. D. S. Maść przeciw odmrożeniom.

Cortex Quercus — Kora dębowa. Nazwy obce: Oak Bark (ang.), Ecore de Chêne blanc (franc.), Eichenrinde, Eichenlohe (niem.).

Kora młodych do 10 cm grubych gałązek pospolitego w całej Europie dębu *Quercus pedunculata* i *Quercus sessiliflora*.

Kora dębu zawiera około 15% garbnika, kwas galusowy, barwniki, żywice, związki pektynowe, kwas jabłkowy oraz cukry.

Korę dębową stosuje się jako odwar 10—20 g na 200 g wody przeważnie do użytku zewnętrznego, jako okłady w sączących schorzeniach skóry. Do kąpieli (500 g na 3—4 litry

wody) w przypadkach guzków krwawniczych, poceniu się nóg, oraz do przepłukiwań pochwy. Odwar stosować można również jako bardzo skuteczny lek przeciwbiegunkowy w braku innych preparatów.

Diarrhoe. Haemorrhagia.

Rp. *Cortex Quercus*
Radix Tormentillae aa 25.0
 M. D. S. Jako odwar, 1½ łyżeczki na szklankę wody.

W upławach i guzkach krwawniczych do przepłukiwań.

Rp. *Cortex Quercus* conc. 40.0
Folia Salviae
Flores Chamomillae aa 20.0
 M. D. S. Wygotować całość w 1 litrze wody. Odwar zużyć do przepłukiwań.

Semen Quercus — s. *Glandes Quercus excorticate* — żołędzie. Nazwy obce: Oak Seed (ang.), Glandes de chene (franc.), Eicheln (niem.).

Preparat farmaceutyczny stanowią żołędzie zebrane jesienią, wysuszone i pozbawione twardej łupiny. Smak mają słodkavo-gorzki, ściągający. Zawierają 6—9% garbnika, skrobię, tłuszcz, oraz kwercit. Zastosowanie posiadają żołędzie w formie palonej, sproszkowane.

Semen Quercus tostum — s. *Glandes Quercus tosae* — Kawa żołędziowa (sproszkowane żołędzie palone). Nazwy obce: Roasted Oak Seed (ang.), Café de gland (franc.), Geröstete Eicheln, Eichelkaffe (niem.).

Kawa żołędziowa posiada zastosowanie, jako antidiarrhoicum dla małych dzieci, przyrządzona jako odwar podobnie, jak zwykła kawa zbożowa. MADAUS podaje również jej zastosowanie jako środka wzmacniającego dla dzieci krzewicznych i skroficznych.

Pulvis antiscrophulosus.

Rp. *Gland. Quercus pulvis* 20.0
Cortex Cinnamomi pulv. 5.0
Cortex Nucis Juglandis 5.0
Radix Liquiritiae pulv. 30.0
 M. D. S. 2 razy dziennie ½ łyżeczki.

Z kory dębu rosnącego na balkanach — *Quercus suber* — wytwarza się korki (*Cortex Quercus suber*, *Subera*). Nazwy obce: Cork Tree Bark (ang.), Liège (franc.).

Trzecim garbnikowym surowcem jest:

Rhizoma Tormentillae — s. *Radix Tormentillae*, s. *Radix Heptaphylli* — kłącze pieciornika, kurzego ziela — pochodzi z rośliny *Potentilla silvestris*, s. *Potentilla Tormentillae* (rodzina Rosaceae) pospolitej u nas w lasach i zagajnikach. Nazwy obce: Racine de Tormentille (franc.), Ruhrwurz, Blutwurz, Rotwurz (niem.).

Kłącze pieciornika jest bogatym w garbniki surowcem krajowym i może w zupełności zastąpić zagraniczny *Radix Ratanhiae*. *Rhizoma Tormentillae* zawiera 20% garbnika, barwiki (flobafen), krystaliczny związek Tormental, żywice i skrobię.

Zastosowanie posiada, jako doskonały antidiarrhoicum, oraz do pędzlowania błon

śluzowych jamy ustnej i dziąseł w stomatitis, gingivitis i pharyngitis, jako nalewka, Tinctura Tormentillae.

Rp. Decoctum Rad. Tormentillae 5.0—20.0: 200.0

D. S. 4 razy dziennie 1 łyżkę stołową (w biegunkach).

Rp. Mentholi 0.1

Tct. Tormentillae 10.0

M. D. S. Do pędzlowania dziąseł.

Radix Ratanhiae — s. Radix Krameriae s. Radix Ratanhae — korzeń ratanii z krzewu Ratanhia triandra (Cesalpiniaceae), rosnącego w peruwiańskich Andach. Nazwy obce: Rhatany Root (ang.), Racine de Ratanhia (franc.), Ratanhiawurzel (niem.).

Kora korzeni ratanii jest ciemno czerwona, smak ma silnie ściągający.

Kora korzeni ratanii zawiera do 42% garbnika. Garbniki ratanii dają z chlorkiem żelaza zabarwienie ciemno-zielone.

Ratania posiada zastosowanie jako lek silnie ściągający w przypadkach diarrhoe, enteritis, gastritis 0.5—1.5 Pulvis Rad. Ratanhiae, częściej jako odwar 10.0:100.0—200.0, lub Tinctura Ratanhiae, 20—30 kropli kilkakrotnie dziennie. Zewnętrznie stosuje się Tinctura Ratanhiae do leczenia stanów zapalnych i ropno-zapalnych błon śluzowych jamy ustnej (gingivitis, paradentosa, stomatitis simplex et ulcerosa, pharyngitis).

Z przetworów korzenia ratanii znajdują się w aptekach:

Extractum Ratanhiae fluidum,

Extractum Ratanhiae siccum,

Tinctura Ratanhiae.

Rp. Saloli 5.0

Spiritus 120.0

Tct. Ratanhiae 15.0

Ol. Menthae pip. gtts V.

M. D. S. Łyżeczkę na szklankę wody do płukania jamy ustnej i gardła.

Fluor albus.

Rp. Rad. Ratanhiae

Cort. Chinae

Cort. Quercus

Hba Equiseti

Hba Violae

Fol. Juglandis

Flor. Lavandulae

M. F. Species. 2 łyżeczki na 2 szklanki wody, jako odwar. Zażywać 2 szklanki

dziennie.

Fructus Myrtilla — s. Fruct. Myrtillorum, s. Baccae Myrtilli — owoce borówek, czarnych jagód z rośliny Vaccinium myrtillus (Ericaceae), pospolitej w lasach całej Europy.

Nazwy obce: Common Blue Berries, Bilberries (ang.), Baies de myrtille (franc.), Blaubeeren, Schwardbeeren (niem.).

Suszone owoce borówek stanowią pospolity w medycynie ludowej lek przeciwbiegunkowy. Zawierają w stanie świeżym 78% wody, 1.8% wolnego kwasu cytrynowego i winowego, 5% cukru, 12,3% ziarn, 1% popiołu, barwik —

dający z alkaliarni zabarwienie zielone, a z kwasami zabarwienie czerwone, garbnik, oraz glikozyd walcyninę (zblizony do arbutyny). Suszone borówki stanowią niezawodny, nieszkodliwy i wygodny w stosowaniu lek przeciwbiegunkowy, szczególnie dla dzieci. Podaje się je jako suszone w dawkach 5—20 g kilkakrotnie dziennie, lub jako odwar wodny 30.0:200.0, 4 razy dziennie po 2 łyżki stołowe.

Adsorbentia

Carbo — węgiel adsorbcyjny. Węgiel adsorbcyjny produkuje się dla celów technicznych i leczniczych z różnego rodzaju drewna, organów zwierzęcych, krwi, pozostałości po melasie podczas produkcji cukru, z parafiny itp.

Carbo medicinalis. Dla celów leczniczych stosuje się preparat uzyskany ze zwęglania organów zwierzęcych, odpadków mięsnych, krwi, kości, (Carbo animalis, Carbo Sanguinis, Carbo Ossium) lub ze zwęglania drewna (Carbo Ligni s. Carbo vegetabilis). Pod nazwą węgiel aktywny rozumiemy preparat posiadając przez traktowanie parą wodną w temp. 800° wzgl. dwutlenkiem węgla w temp. 850° wzmoczoną siłę adsorbcyjną. Węgiel aktywowany przyspiesza znacznie procesy hydrolytyczne w organizmie.

Działanie lecznicze węgla polega na własności wiązania toksyn bakteryjnych, gazów powstałych podczas niewłaściwej fermentacji, oraz samych drobnoustrojów. Węgiel wpływa również zwalniająco na wzmoczoną perystaltykę jelit.

Dla określenia siły działania preparatów węglowych wymaga się, aby 0.1 g węgla wysuszonego w temp. 120° adsorbował co najmniej 35 cm 0.15%-wego roztworu błękitu metylenowego, lub 0.08 g sublimatu z roztworu błękitu metylenowego, lub 0.08 g sublimatu z roztworu wodnego.

Carbo medicinalis stosuje się doustnie w biegunkach, atonii jelit, zaburzeniach w trawieniu, w zatruciach alkoholami i fosforem. Zewnętrznie jako zasypka w przypadkach cuchnących, ropiejących ran,

Podobne działanie adsorbcyjne, oraz zastosowanie jak Carbo medicinalis posiada Bolus alba s. Argilla s. Koalin — glina biała (Glinokrzemiany).

Rp. Bolus alba 200.0

Tct. Opil 1.0

D. S. Rozmieszać z wodą i podać w ciągu dnia w dwu dawkach.

Mucilaginoso

W stosowaniu leków śluzowych w leczeniu zaburzeń przewodu pokarmowego korzystamy z surowców zawierających śluz, stosowane zwykle jako środki wykrztuśne (Radix Altheae, Semen Lini, Carragen, Gummi arabicum, Acaciae).

Działanie leków śluzowych w zaburzeniach przewodu pokarmowego polega na działaniu osłaniającym a częściowo również na działa-

niu adsorbcyjnym. Mucilaginoso jako antidiarrhoica stosuje się przeważnie u dzieci.

Tubera Salep s. Radix Salep s. Salep — sproszkowane, wysuszone bulwy Salepu, bulwy różnego gatunku storczyków (Orchis, rodz. Orchidaceae).

Bulwy salepu zawierają 48% śluzu, 27% skrobi, 1% cukru, 5% związków białkowych i 2% popiołu.

W celu odpowiedniego sporządzenia Mucilago Salep (1.0 : 100.0) należy przepisaną dawkę wysypać do dobrze wysuszonej butelki i dodać na 1 część Tubera Salep 9 części zimnej wody, dobrze wyklócić i szybko dodać resztę tj. 90 części wrzącej wody i dobrze skłócić.

Mixtura obstruens pro infantibus

Rp. Mucilago Salep 30.0
Tct. Ratanhiae 5.0
Tct. Opii crocatae 3.0
Aquae destillatae 100.0
M. D. S. 3 razy dziennie łyżeczkę lub łyżkę.

SPROSTOWANIA:

1. w pracy lek. Włodzimierza Brühla „Spostrzeżenia nad obrzękiem głodowym“
- str. 247 w tablicy Nr I winno być:

Nr 2 lój	(z 17 II)	62,5	zamiast 625,
Nr 3 kartofle	(z 16 II)	1000	„ 100,
	(z 21 II)	1050	„ 100,
Nr 5 marmelada	(27 II)	50	„ 100,
Nr 7 cukier	(3 II)	20	„ 30,
	(10 II)	10	„ 100,
	(27 II)	90	„ 50,
Nr 18 proszek do zup	(22 II)	5	zamiast 50,
Nr 19 makaron	(15 II)		o wiersz niżej pod Nr 20 buraki 500,
- str. 251 w tablicy Nr IV winno być:

Nr 57 granica widzenia	po 5' 4/4	zamiast 4/5
------------------------	-----------	-------------
- str. 253 w tablicy Nr V winno być:

Nr 50 opadanie	2 godz. 48 min.	zamiast 2 g. 26 m.
----------------	-----------------	--------------------
- str. 254:

Nr 89 opadanie	5 godz. 14 min.	zamiast 5 g. 24 m.
----------------	-----------------	--------------------

W streszczeniach:

- | | | | | |
|-----------------------|-----------|---------|------------|---|
| str. 347, szpalta II, | wiersz 22 | od dołu | winno być: | krwotoku, zamiast ataku |
| „ 349 „ I „ | 3 | od góry | „ „ | przypadkach migreny jest |
| „ 349 „ I „ | 3 | od dołu | „ „ | wieńcowym, zamiast wieńce |
| „ 349 „ II „ | 8 | od góry | „ „ | się przez igłę punkcyjną plyn |
| „ 349 „ II „ | 10 | od góry | „ „ | przenieść, zamiast przenieść |
| „ 349 „ II „ | 19 | od góry | „ „ | w czasie zabiegu jest |
| „ 350 „ II „ | 20 | od dołu | „ „ | koniec, zamiast końce, |
| „ 350 „ II „ | 23 | od dołu | „ „ | jego, zamiast jednego, |
| „ 350 „ II „ | 17 | od dołu | „ „ | po słowie „kiszki“ kikut moczowodu zaopatrzony jest |
| „ 351 „ I „ | 13 | od góry | „ „ | stosownego, zamiast stosowanego |
| „ 351 „ I „ | 19 | od dołu | „ „ | kastracji, zamiast kuracji |
| „ 351 „ II „ | 12 | od dołu | „ „ | wrastającego |
| „ 351 „ II „ | 5 | od dołu | „ „ | zakaźny, zamiast zakaźnych, |
| „ 352 „ I „ | 30 | od góry | „ „ | po słowie „wyżarła“ część ściany jamy ustnej |
| „ 352 „ II „ | 12 | od góry | „ „ | penicylinowej (zamiast przedpen.) |
| „ 353 „ II „ | 29 | od góry | „ „ | gonadotropowego |

Antispastica

Poza opium i przetworami wilczej jagody (Atropa Belladonna) specyficznie spazmolityczne działanie w zaburzeniach przewodu pokarmowego posiadają Uzara, Radix Colombo i Cortex Coto.

Uzara (Liquor Uzara, Tabl. Uzara) — preparaty przyrządzane z korzeni różnego gatunku afrykańskiego Gomphocarpus (rodz. Asclepiadaceae).

Ciało czynne tego surowca stanowi krystaliczny glikozyd uzaryna w ilości 5%. Liquor Uzara stanowi wyciąg z korzeni. Uzara stosuje się również z dobrymi wynikami w przypadkach Dysmenorrhoea.

Radix Colombo z Jatropha palmata zawiera 2—3% alkaloidów: palmatynę, jatrorhizynę, kolumbaninę. Radix Colombo używany jest w Afryce jako specyfik przeciw dysenterii.

Cortex Coto z Nectandra Coto (Boliwia) Cortex Coto zawiera około 1,5% kotoiny (związek kamforowy). Poza działaniem przeciwbiegunkowym posiada również działanie w dysfunkcjach miesięczkowych.

ERRATA:

Str. 417,	szpalta I,	wiersz 24	od góry (pierwszy poniżej ryc. 4)	winno być „uksztaltowaną“
„ 419,	„ I,	„ 2	od dołu	winno być: „z dwunastu przypadków wrzodu“
„ 445,	„ I,	„ 5	od góry	winno być: „przypadkach przed operacją“
„ 446,	„ II,	„ 8	od góry „ „	„Dotyczy to“
„ 454,	„ I,	„ 1	od góry „ „	„pstręgo szeregu, złożonego“
„ 455,	„ I,	„ 25	od góry „ „	„żelatyny fuchsynowej“
„ 455,	„ I,	„ 31	od góry „ „	„szczególnie z szeregu“
„ 455,	„ I,	w tablicy, w rubryce II	winno być: „W cieplocie °C“	
„ 455,	„ II,	wiersz 11	od dołu	winno być: „1) użyciu“
„ 455,	„ II,	„ 9	od dołu „ „	„2) zastosowaniu“
„ 456,	„ I,	„ 25	od góry „ „	„spółówki oka. Spowodowana“
„ 456,	„ I,	„ 20	od dołu „ „	„powiek odwracadłem“
„ 456,	„ II,	„ 30	od dołu „ „	„stępują“
„ 458,	„ I,	„ 30	od góry „ „	„a wtedy zastanawiamy“
„ 461,	„ I,	„ 16	od góry „ „	„ptomatyczny w kile“
„ 461,	„ I,	„ 4	od dołu „ „	„klimatycznym“
„ 462,	„ I,	„ 8	od dołu „ „	„Instytutu Społecznego“
„ 464,	„ I,	„ 19	od góry „ „	„wysocy trujący“
„ 464,	„ I,	„ 7	od dołu „ „	„fellachów“
„ 464,	„ II,	„ 26	od dołu „ „	„Fellachowie“
„ 466,	„ I,	„ 3	od góry „ „	„lecniczych w zastosowaniu“
„ 467,	„ I,	„ 9	od dołu skreślić na końcu wiersza „za“	
„ 468,	„ II,	„ 14	od dołu	winno być: „zynu zapalnego“
„ 468,	mylnie	oznaczono	stronę (568)	
„ 470,	szpalta II,	wiersz 6	od góry	winno być: „czarnego rysunku“
„ 490,	„ II,	„ 3	od góry „ „	„wykwalifikowana“
„ 492,	„ I,	„ 9	od dołu „ „	„and Hyg.“
„ 498,	„ II,	„ 22	od dołu „ „	„Lekarze prywatnie“
„ 498,	„ II,	„ 29	od dołu „ „	„szpital nałożony“
„ 499,	„ I,	„ 14	od dołu „ „	„na świecie“
„ 499,	„ I,	„ 21	od dołu „ „	„200 lat!“
„ 500,	„ I,	„ 4	od dołu „ „	„Welander, syfilidolog“



Śląska Gazeta Lekarska

Miesięcznik

Organ Izby Lekarskiej Śląsko-Dąbrowskiej, Wojewódzkiego Wydziału Zdrowia, Związku Lekarzy Wojew. Śląsko-Dąbrowskiego, Polskiego Czerwonego Krzyża Okr. Śląsko-Dąbrowskiego i Rady Lekarskiej Centralnego Zarządu Przemysłu Hutniczego

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

Dział urzędowy:

Biuletyny informacyjne Ministerstwa Zdrowia

Zostaną zamieszczone w następnym numerze.

Z Wojewódzkiego Wydziału Zdrowia

Nadesłany materiał zostanie podany w nast. numerze.

Z Izby Lekarskiej Woj. Śl. Dąbr.

Zmiana składek na cele Pomocy Zimowej

Wojewódzki Komitet Pomocy Społecznej Katowice

Do

Zarządu Izby Lekarskiej

Województwa Śląsko-Dąbrowskiego

Wydział Wykonawczy Komitetu na posiedzeniu w dniu dzisiejszym zgodził się na zmianę składek na cele Po-

mocy Społecznej z 3% na 1% stawki od dochodu członków.

O decyzji tej powiadamy jednocześnie Izbę Skarbową dla podania nowych stawek Urzędowi Skarbowym.

6. VI. 1947.

Przewodniczący
Wydziału Wykonawczego

(-) Płk. J. Zientek
Wicewojewoda

Ze Związku Lekarzy Woj. Śl. Dąbr.

Sprawozdanie z Walnego Zebrania Związku Lekarzy

Województwa Śląsko-Dąbrowskiego w dniu 18 5 1947 r.

Zebranie odbyło się w Katowicach na sali Związku Lekarzy i rozpoczęło się o godzinie 14.30 przy udziale 112 delegatów i gości. Zagaił je przewodniczący Związku *Dr Hanke*.

Zagajenie:

Szanowni Zebrani! Zanim przystąpimy do obrad, muszę wyjaśnić *charakter dzisiejszego Walnego Zebrania*. Czy jest ono zebraniem Związku Lekarzy Województwa Śląsko-Dąbrowskiego, czy też Sekcji Lekarskiej Związku Zawodowego Pracowników Służby Zdrowia?

Jak Wam Szanowni Zebrani wiadomo, istnieje *Związek Zawodowy Pracowników Służby Zdrowia* na naszym terenie dopiero od listopada 1946 r., a zatem od 5 miesięcy, gdy *Związek Lekarzy Wojew. Śląsko-Dąbrowskiego* datuje się już od marca 1945 r. Jest on więc znacznie starszy, ma swój statut, zatwierdzony przez władze swój pokaźny majątek, ale także swe finansowe zobowiązania. Podlega ustawie o zjednoczeniach i jest pod odpowiedzialnością sądową Zarządu obowiązany do zwoływania Walnych Zebrań. Tej formalności czynimy za-
dość.

Pełni jednak Związek Lekarzy Woj. Śląsko-Dąbrowskiego równocześnie *funkcję* Sekcji Lekarskiej Związku Zawodowego Pracowników Służby Zdrowia.

Jak się to stało?

Związek Zawodowy Pracowników Służby Zdrowia jest zrzeszeniem nadzwyczaj skomplikowanym, bo obejmującym przedstawicieli różnych zawodów, rozrzuconych kół, które łączą się w okręgi, a te w organa centralne. Twórcy tej zawilej maszyny, chcąc przyspieszyć jej powstanie, zdecydowali się w fazie organizacyjnej obrócić proces powstawania i rozpocząć budowę nie od dołu, a od góry. Z natury rzeczy musiała to być budowa prowizoryczna, przeznaczona do chwili uruchomienia kół i zwołania Walnego Zebrania.

Aby przy odwróconym na opak procesie organizacyjnym od razu znaleźć potrzebne fundusze i gotowy skład osobowy Z. Z. P. S. Z., postanowiono utworzyć jego komórkę „Okręgu Śląskiego” z trzech już gotowych związków starej daty, a mianowicie ze Związku Lekarzy Wojew. Śląsko-Dąbrowskiego, Związku Dentystów i Związku Położnych, powierzając im czasowo funkcję Sekcji Lekarskiej, Dentystycznej wzgl. Położnych.

Walne Zebranie Okr. Śląskiego Związku Zawodowego Pracowników Służby Zdrowia odbyło się dziś przed południem. Jedną z trudności powstałych do utworzenia drogą statutową „Sekcji Lekarskiej” została usunięta. Ale tylko jedna, bo jeszcze brak Regulaminu Sekcji zapowiedzianego przez Zarząd Centralny w Warszawie Z. Z. P. S. Z. Dopóki on nie nadejdzie, prowizorium trwać musi nadal. Nadto Sekcje Związku Zawodowego Pracowników Sł. Zdr. walczą z trudnością trzecią. Nie przyznano im osobowości prawnej, a tylko możliwość zawiadywania „własnym” majątkiem w ramach ogólnozwiązkowych, co nastęrcza wątpliwości prawne, zwłaszcza w chwilach nieporozumień wewnątrz organizacji.

Niejednemu z was nasunie się w tej chwili pytanie: POCO ta dwutorowość? Czy nie zwiększa ona tylko jeszcze bardziej panującego w świecie lekarskim chaosu? Spójrzmy rzeczywistości w oblicze:

Po myśli par. 2 punkt. 1a statutu, celem Związku Z. P. S. Z. jest: „zorganizowanie wszystkich pracowników fizycznych i umysłowych zatrudnionych w służbie zdrowia w jednolitym Związku Zawodowym”. Ten wymarzony cel nie zostanie jednak niestety szybko urzeczywistniony, bo nie wolno nam zawierać oczu na to, że lekarzy ubezpieczalnianych grupuje w przeważającej ilości Zw. Pr. Ub. Społ., (u nas: lekarze U. S. Śląska Cieszyńskiego i Zagł. Dąbr.); nie wolno ignorować, że lekarze hutniczy należą do Zw. Zaw. Metalowców a lekarze kopalniani do Zw. Zaw. Górników, lekarze kolejowi zaś do Zw. Zaw. Kolejarzy.

W różnych dzielnicach mamy już Sekcje Lekarzy Z. Z. P. S. Z., a poza nią w pewnym antagonizmie do niej Sekcję Lekarzy Z. Z. P. I. U. S. Wyłania się konieczność skoordynowania tych rozbitych odłamków lekarskich i stworzenie platformy dla współpracy. Platformą tą jest dotąd Związek Lekarzy Wojew. Śląsko-Dąbrowskiego. Spełnia on zatem — do chwili scalenia wszystkich lekarzy w Z. Z. P. S. Z. nader ważną rolę. Być może, że w obliczu ogólnopolskowej polityki Związek Lekarzy Wojew. Śląsko-Dąbrowskiego przekształcić będzie musiał swe oblicze. Do spraw tych powrócimy w innym punkcie, a Koledzy zapoznają się wówczas z odnośnymi wnioskami Zarządu.

Po rozważeniu wszystkich wysuniętych tu argumentów, Zarząd Związku na posiedzeniu w dniu 26 4 uchwalił na wniosek Dr Golonki, by w dniu dzisiejszym odbyły się kolejno dwa zebrania: Najpierw Walne Zebranie Zw. Lekarzy Wojew. Śląsko-Dąbrowskiego a potem

Sekcji Lekarzy Z. Z. P. S. Z. i by wybrano dwukrotnie zarządy, z tym, że (o ile Koledzy tak zadecydują) — skład personalny mógł by być identyczny.

Komunikuję to Szanownym Kolegom, aby wywołać dyskusję. Porządek obrad przewiduje bowiem na to punkt oddzielny. Zamiarem moim było tylko wyświetlić charakter dzisiejszego Walnego Zebrania.

Otwieram zatem nasamprzód Walne Zebranie Związku Lekarzy Województwa Śląsko-Dąbrowskiego i witam naszych gości: Naczelnika Wojew. Wydziału Zdrowia Dra Pressera, Prezesa Izby Lekarskiej Dra Golonkę, Lekarza Posła do Sejmu Dra Jurka, Lekarzy Naczelnych Ubezpieczalni Społecznych, Lekarzy Naczelnych Przemysłu Węglowego, Hutniczego, Cynkowego, Przewodniczącego i Sekretarza Związku Zaw. P. S. Z., oraz wszystkich innych, którzy zainteresować się raczyli naszymi obradami. Witam delegatów Obwodów, członków Zarządów Sekcji oraz Komisji Rewizyjnych.

Na przewodniczącego proponuję Kol. Szumskiego.

Dr Szumski obejmuje przewodnictwo, oświadczając: „Dziękuję za wybór na przewodniczącego zebrania i otwieram niniejszym Walne Zebranie Związku Lekarzy Województwa Śląsko-Dąbrowskiego. Na wstępie proszę o uczczenie przez powstanie pamięci tych lekarzy śląskich, którzy zmarli w ciągu roku sprawozdawczego, byli to:

- 1) Dr Fallński Karol, Sławków
- 2) Dr Frommer, Benedykt, Bytom (22 2 47)
- 3) Dr Głajcar Jan, Kończyce Wielkie (28 4 46)
- 4) Dr Hałacz Józef, Katowice (27 4 1947)
- 5) Dr Marx Arnold, Gliwice (3 8 1946)
- 6) Dr Piekarczyk Marian, Katowice (8 8 46)
- 7) Dr Poraniewski Wincenty, Bielsko (21 11 46)
- 8) Dr Szczygłowski Mehrer Katowice
- 9) Dr Szaniawski Stanisław, Dąbrowa Górnicza (23 4 47)
- 10) Dr Uhl Adolf, Katowice

Cześć ich pamięci!

Do Prezydium Walnego Zebrania powołuję Dr. Wacha, dr Fritzta, dr Tabeńskiego, dr Wierzbę i dr Smoleńskiego.

Z kolei przechodzimy do przyjęcia porządku obrad, który jest następujący:

I.

1. Zagajenie przez przewodniczącego Związku.
2. Wybór przewodniczącego Walnego Zebrania.
3. Przyjęcie porządku obrad.
4. Sprawozdanie za rok ubiegły władz związkowych:
 - a) przewodniczącego
 - b) skarbnika
 - c) kierownika Biura Rozliczeń
 - d) Komisji Rewizyjnej Związku
 - e) przewodn. Komisji Rewizyjnej Biura Rozliczeń.
5. Dyskusja nad sprawozdaniami.
6. Wnioski Komisji Rewizyjnych.
7. Krótka przerwa.
8. Wylosowanie ustępujących członków Zarządu.
9. Wybory nowych członków Zarządu.
10. Rezolucje
11. Wolne wnioski.

II.

Walne Zebranie Sekcji Lekarzy Związku Zawodowego Pracowników Służby Zdrowia.

Dr Golonka postawił do porządku obrad następujące wnioski:

- 1) Zebranie Walne wybiera komisję mandatową dla sprawdzenia uprawnień głosów delegatów
- 2) Po punkcie 7. Porządek Obrad: „Sprawa reorganizacji Związku”

Ad. 1) Została wybrana Komisja w składzie: Dr Smoleński, Dr Błęszyński, Dr Polski, Dr Wilimowski.

Ad. 2) Po ożywionej dyskusji głosowało za wnioskiem 7 przeciw wnioskowi 45. Wniosek upadł.

Przystąpiono teraz do sprawozdania władz związkowych za rok ubiegły:

Sprawozdanie Przewodniczącego Dr. med. Edwarda Hankego:

„Nie jest zadaniem zbyt łatwym dać w ramach krótkiego sprawozdania, Walnemu Zebraniu pogląd na całokształt wydarzeń, jakie zaszły w zorganizowanym świecie lekarskim, w okresie, który w nie tak obfitywał, jak rok sprawodawczy. Konferencje, pertraktacje, interwencje, zjazdy, powodzenia i niepowodzenia, krzyżujące się zmagania różnych odłamów, — oto wirujące i pulsujące życie, oraz zmaganie się około 1000 lekarzy-członków, stanowiących 1/6 część stanu lekarskiego Rzeczypospolitej. — Powiedziałem: „Zmaganie się z życiem”, — bo dominującą cechą przebytych czasów była i jest niestety wciąż jeszcze ich płynność, wywołana chroniczną wyższą cen, a zatem ustawiczną niwelacją wszelkich, żmudnych wysiłkiem osiągniętych rezultatów, rokowań.

Kto staje w miejscu, cofa się i ginie. Wytwarza się w ten sposób powszechny wyścig zmagani i sztuczna, niebezpieczna intensyfikacja życia, — tak szkodliwa dla zawodu lekarskiego, bo odciągająca go od jego właściwych zajęć, wymagających całej koncentracji w kierunku człowieka chorego. Jak sztuka, — tak i medycyna kwitnąć mogą bowiem tylko w czasach ustabilizowanych, a walka o byt pochłania ich siły i podkopuje twórcze zdolności. Tesknimy więc, jak wszyscy, którzy czują w sobie prawdziwą wartość, za normalizacją życia, ufając, że wtedy zdystansujemy znów koniunkturalne elementy, które obecnie wypychają się niezasluszenie na plan pierwszy.

Drugą cechą przykrą, lecz niestety charakterystyczną przeżytego okresu, była pewna *niechęć* w *ustosunkowaniu się do lekarzy* spotykana zarówno u części społeczeństwa, jak i niektórych czynników administracyjnych. Skąd się ona bierze? Czy lekarze zasłużyli sobie na to niespołeczny zachowaniem? — Chyba nie, bo cała ich praca, zwłaszcza tu na Śląsku, gdzie od rana do nocy przyjmują ubezpieczonych i prawie wyłącznie ubezpieczonych, ma charakter wybitnie społeczny. W przeciwstawieniu do innych zawodów, cennik lekarski różniczkuje honorarium, dostosowując je do możliwości klienta. Na wniosek lekarzy-społeczników wprowadził ustawodawca w roku 1922 obowiązek udzielania pomocy ciężko choremu, niezależnie od tego, czy ma on pieniądze, czy nie. Żaden inny zawód nie może się tu poszczycić analogią. Ginią lekarze, jak muchy, w epidemiach! Narażaniem własnego życia odkrywają bakterie zdradzieckich chorób!

A może okazali się elementem niepatriotycznym? — Oświęcim, Dachau, Mauthausen i tuzin innych obozów koncentracyjnych zaprzecza temu twierdzeniu. Wykazali lekarze postawę heroiczną zarówno na wojnie jak i w bombardowanej Warszawie. Połowa wszystkich lekarzy zginęła śmiercią męczeńską. — Czy jest drugi zawód, który ma choćby w przybliżeniu podobne wysokie straty?

A może powodzi się im finansowo lepiej, niż innym zawodom, a zatem wspomniana niechęć dyktowana jest zazdrością? — Przyznaję, że lekarze nie stoczyli się na same dno nędzy, jak rentobiorcy i urzędnicy, lecz w stosunku do czasów powojennych zdewaluowali swe dochody na ogół o 80—90%. Prześcignęli ich w dochodach w sposób zawrotny kupcy i rzemieślnicy — nie mówiąc już wcale o spekulantach. Mnożnik cennika praktyki prywatnej wynosi bowiem u nas zaledwie 30—40, a w cenniku urzędowym tylko 30, gdy ceny towarów poszły 150-krotnie wwyż. Ilość pacjentów prywatnych stopniała równocześnie niebywale, zarówno z powodu rozszerzenia ubezpieczeń, jak i ogólnego zubożenia. — A może w grę wchodzi nobudki polityczne? — Może ścigają lekarze na siebie niechęć, jako reakcyoniści? — Cóż za tragiczne nieporozumienie! Od dawna wypisywali oni na swym sztandarze hasło postępu. Wspomnijmy tylko ich rewolucyjne wynalazki ostatniej generacji — salvarsan, odma, insulina, zastrzyki wątrobowe, preparaty sulfamidowe i witaminowe, penicylina! Zaiste — kroczą naprzód milowymi krokami! Są, jak Dr Jordan, propagatorami wychowania fizycznego i zwolennikami powszechnej służby zdrowia. Niosą do chat robotnika i chłopka kaganiec zasad higieny!

Lecz stronią od partii politycznych!

Nie wszyscy! Marat był duszą francuskiej rewolucji, Clemenceau praktykował jako neurolog. Curie Skłodowska wyznawała zasady komunistyczne, tak jak Dr Boy-Zeleński, Wide-Wirski był ministrem propagandy i posłem Partii Pracy. — Lecz lekarze politycy zarzucali zawsze praktykę lekarską, bo nie da się ona pogodzić z karierą polityka. Lekarz stać musi bowiem niepodzielnie do dyspozycji chorego dniem i nocą. Jego wyczerpujące zajęcia jest zatem poważną przeszkodą w czynnym dziele politycznym. Lekarz służyć musi choremu każdego światopoglądu i ze względów psychologicznych cieszyć się uznaniem i zaufaniem całej klienteli. Żyjemy na przełomie dwóch epok, a zatem wśród ludzi starego i nowego świata. Lekarz jednak winien służyć obydwom kategoriom i właśnie na tym polega jego demokracja. Szczególną trudnością dla lekarza w pomieszczeniu się w ciasnych ramach tak religijnych jak i partyjnych jest wreszcie jego wybujała indywidualność, która wynika z istoty zawodu. Jest bowiem medycyna na wskroś indywidualistyczna. Inaczej rozmawia lekarz z robotnikiem, inaczej z inteligentem; dostosowuje się do kobiety, mężczyzny i dziecka. Dawkuje leki zależnie od wieku, sił i intensywności choroby. Stosuje swe własne metody zgodnie z nabytym doświadczeniem i upodobaniem.

Są zatem do cna niesłuszne wszelkie pretensje i żale społeczeństwa wobec lekarzy!

Niestety nie! — Bo lekarze —wprzegają się do rydwanu leczenia społecznego i przechodząc w ten sposób na pracę masową, odważają z konieczności w rekordowym tempie całe tłumy ludzi chorych, a przez to tracą kontakt z jednostką, manierują się, popełniają błędy diagnostyczne, rozważniają wartościową treść sztuki lekarskiej, dewaluują ją i rozczarowują wszystkich. — Nie trudno wprawdzie wziąć ich w obronę, bo czy ponosić mogą winę za to, że wojna zredukowała ich własną liczbę o 6.000, a koniunktura powojenna zwiększyła równocześnie liczbę ubezpieczonych o 20%? Czy mogą odpowiadać za nieszczęśliwe pociągnięcie ZUS-u, który przez nieopatrzne rozszerzenie świadczeń zasiłkowych zdwoił liczbę symulan-

tów, a z tym i pracy lekarskiej, pracy całkiem bezowocnej, a nawet szkodliwej? Czy myśmy stworzyli posady lekarzy przemysłowych, wchłaniające wiele cennych sił? Czy możemy coś za to, że zachorowalność powojenna się zwiększyła, że ludność zubożała, źle się odżywia i łatwo ulega podnieceniu, co zwiększa ilość starć z lekarzem, że istnieje brak leków, a warunki szpitalne są wadliwe? — A jednak odpowiada w mniemaniu ogółu za wszystko lekarz. Choć upada ze zmęczenia, ma mieć stale uśmiech na ustach i równowagę umysłu. Choć trzyma się ledwo na nogach, winien w lot przeniknąć istotę choroby! Staje się ofiarą błędów systemu, któremu oddał swój zapał i swe siły. Czy znajdzie się droga wyjścia z tego inferno? — Na razie nie widać jej jeszcze; lecz uświadomienie sobie zła jest pierwszym krokiem do poprawy. Nie traćmy zatem nadziei! —

Że twierdzenie moje o przepracowaniu lekarzy nie jest gołosłowne, wynika z tego, że mamy obecnie w Polsce na 23 milj. ludności tylko 6.220 lekarzy, czyli na 10.000 mieszk. 2,7 lekarzy, gdy przed wojną stosunek ten wynosił:

w Polsce	3,7
w Szwecji	4,2
w Z. S. R. R.	5,0
we Francji	6,1
w Niemczech	7,3
w Szwajcarii	8,2
we Włoszech	8,5
na Węgrzech	10,5

Na barkach lekarza polskiego ciąży co najmniej dwa razy większy ciężar niż w reszcie świata kulturalnego.

Na Śląsku przypada obecnie ogółem 3 lekarzy na 10.000 ludności; w szeregu powiatów jednak *tylko 1 lekarz! Są to Głubczyce, Grotków, Niemodlin, Olesno, Prudnik, Pszczyna, Strzelce i Tarnowskie Góry.* W przeciwstawieniu do tego mamy największe zgęszczenie w Bielsku (16 lekarzy na 10.000 ludności); potem idą Katowice (11 lekarzy na 10.000 ludności), Bytom 8, Gliwice 7, Chorzów 6 i Zabrze 5.

Ogółem miała Śl. Izba Lekarska w dn. 25 IV 1947 — 927 lekarzy. Rozdzielali się oni na poszczególne powiaty jak następuje:

Województwo Śląsko-Dąbrowskie:

L. b.	Powiaty i okręgi	Ilość mieszk.	Ilość lekarzy na d. 25. 4. 47	Na 10.000 l. przyp. lek.
1.	Będzin	176.303	48	3
2.	Bielsko p.	59.526	11	2
3.	Bielsko m.	25.725	40	16
4.	Bytom p.	77.508	20	3
5.	Bytom m.	93.277	75	8
6.	Chorzów	103.417	61	6
7.	Cieszyn	83.006	32	4
8.	Gliwice p.	80.535	5	1
9.	Gliwice m.	95.835	68	7
10.	Głubczyce	66.262	10	1
11.	Grotków	36.568	4	1
12.	Katowice p.	327.598	69	2
13.	Katowice m.	128.278	148	11
14.	Kluczborek	43.036	7	2
15.	Koźle	66.249	14	2
16.	Lubliniec	65.698	17	2
17.	Niemodlin	33.325	3	1
18.	Nysa	71.969	20	3
19.	Olesno	46.123	4	1

20.	Opole	136.753	34	2
21.	Prudnik	90.704	17	1
22.	Pszczyna	154.699	22	1
23.	Racibórz	63.947	12	2
24.	Rybnik	215.858	41	2
25.	Strzelce	74.492	9	1
26.	Sosnowiec	77.834	51	6
27.	Tarnowskie Góry	103.886	16	1
28.	Zawiercie	111.133	18	2
29.	Zabrze	104.206	51	5
		2,813.748	927	3

przeciętnie

Jak ułożą się te sprawy w przyszłości? Jest to zagadnienie bardzo trudne, bo dla postawienia prognozy trzeba pracować z wieloma niewiadomymi czynnikami.

W roku 1938 przypadało w Polsce na 35 milj. mieszkańców 12,4 tysiąca lekarzy; dziś posiadamy, jak już mówiłem, na 24 miliony tylko 6 tysięcy lekarzy.

Wzrosła jednak w stosunku do czasów przedwojennych liczba studentów medycyny z 4.000 w roku 1938 na 8.193 w roku 1947 (o 100%).

Uniwersytet	Ogólna liczba medyków	Studenci	Studentki	Absol.
Kraków	1.645	1.219	426	147
Poznań	1.611	874	737	92
Wrocław	1.080	548	532	5
Warszawa	1.678	761	917	78
Łódź	831	462	469	7
Gdańsk	555	309	246	0
Lublin	793	493	300	76
Razem	8.193	4.666	3.627	405

Dla dalszych rozważań przyjmuję następujące przesłanki, uświadamiając sobie dobrze, że mogą być one źródłem pewnych błędów:

- śmiertelność roczna u lekarzy — 5%;
- przyrost ludności w latach najbliższych 6 : 1000 (przed wojną 12 : 1000);
- wzrost liczby studentów medycyny do maksymalnej liczby 10.000;
- liczba studentów odpadających, lub nie wykonujących zawodu (np. kobiety) — 30%;
- termin wejścia w praktykę od rozpoczęcia studiów — przeciętnie 8 lat;

W podobnych warunkach pogarszać się będzie brak lekarzy, dzięki przyrostowi ludności, a niedostatecznej ilości medyków wchodzących do praktyki, jeszcze do r. 1952, a indeks 2,7 lekarza na 10.000 ludności spadnie do 2,2. W roku 1954 osiągniemy jednakże już z powrotem stan przedwojenny, czyli indeks 3,7. Dalsze lata przyniosą szybką poprawę.

Narzucają się same przez się wnioski: Należy racjonalnie i ogólnie gospodarzyć kapitałem, jaki dla państwa przedstawiają lekarze, bo obecny rabunkowy system musi się pomścić. Ponieważ liczba lekarzy pozostaje na razie niezmienną, a wszyscy są przepracowani do krańca wytrzymałości, rozszerzanie zakresu lecznictwa, którego jesteśmy zasadniczo zwolennikami, odbywa się niestety przez obniżanie jego poziomu. Ilość zupy dostarczonej głodującym — mówiąc „obrazowo“ — ulega zwiększeniu nie przez wzmocnienie środków odżywczych, — a przez dolewanie wody. O szczegółach pomówimy przy rezolucjach, z których jedna zajmuje się obszerniej tym ważnym problemem.

Trzecią z rzędu komplikacją doby obecnej jest rozbić organizacyjne naszego zawodu. Nie istnieje bowiem dotąd ogólnopolski związek lekarski, który mógł by stworzyć godną i skutecznie działającą reprezentację. Jesteśmy rozbici na piony według pracodawców, a nadto szufionowani, nolens-volens, z odrębnymi zawodami stojącymi na różnych szczeblach umysłowości, czy to z pielęgniarkami i położnymi, czy z urzędnikami Ubezpieczalni i ZUS'u, czy z pracownikami ciężkiego przemysłu lub kolei. Nie przeczę, że taka infiltracja może mieć swe strony dobre, — ma jednak i poważne niedogodności, które przewyższają dobre strony. Nie dziw więc, że prawie wszyscy lekarze, niezależnie od swych przekonań politycznych, tęsknią do zmiany tej struktury organizacyjnej, a możliwość jej nie może być utopijna, gdy zważymy, że innym grupom udało się przełamać podział pionowy i uzyskać zgodę władz na utrzymanie zasady wyłączości zawodowej. Mam na myśli Związek Zawodowy Artystów i Plastyków, Z. Z. Chemików, Z. Z. Dozorców Domowych, Z. Z. Dziennikarzy, Z. Z. Literatów Polskich, Z. Z. Muzyków, Z. Z. Transportowców i Automobilistów. Szczególnie trudne były przeprawy ostatnio cytowanej organizacji dopóki zgodzono się na to, że szoferzy hut i kopalń otrzymali możliwość przeniesienia się z pionu do ogólnopolskiego Związku Zawodowego Automobilistów. Podobny rozwój, — to znaczy powolne zwyciężanie zasady fachowych ugrupowań, obserwujemy w Z. Z. Pracowników Bankowych, w Z. Z. Gastronomicznym i w Z. Z. Nauczycielstwa Polskiego. Życie ma swe prawa i zmusza teoretyków do koncesji. Mam nadzieję, że te adaptacje pójda po myśli naszej, zwłaszcza gdy Izby Lekarskie wysuną ten dezyderat umiejętnie i uparcie.

Naszkicowałem tło, na którym rozgrywały się zeszłoroczne wydarzenia naszego życia zawodowego, — toczyły się i toczą do dziś dnia. Przechodzę teraz z kolei do szczegółów.

W związku z uchwałami Walnego Zebrania z dnia 28 IV 1946 r., ukonstytuował się zarząd na nowo. Skład jego, ulegający w ciągu roku pewnym zmianom, miał ostatnio oblicze następujące:

Dr Hanke Edward, przewodniczący,
Dr Urbanowicz Feliks, I. wiceprzewodniczący,
Dr Cieñciała Edward, II. wiceprzewodniczący,
Dr Zawadzki Witold, I. sekretarz,
Dr Polski Aleksander, II. sekretarz,
Dr Pojda Konrad, I. skarbnik,
Dr Smoleński Kazimierz, II. skarbnik,
Dr Galocz Aur., członek zarządu,
Dr Golonka Kaz., członek zarządu,
Dr Stawiński, członek zarządu,
Dr Wojcieszyn A., członek zarządu,
Dr Orlewski Wł., członek zarządu,
Dr Żelawski St., przewodn. Obw. Katowickiego,
Dr Graczykowski, przewodn. Obw. Chorzowskiego,
Dr Gregorczyk, przewodn. II. Obw. Chorzowskiego,
Dr Lisiecki L., przewodn. Obw. Rybnicko-Pszczynsk.,
Dr Stefański, delegat Obw. Rybnicko-Pszczynsk.,
Dr Jarzyński A., przewodn. Obw. Tarnogórskiego,
Dr Stawiński T., przewodn. Obw. Cieszyńskiego,
Dr Starzyński Sl., przewodn. Obw. Zagł.-Dąbrowsk.,
Dr Broen Artur, delegat Zagł. Dąbrowsk.,
Dr Zamieński Michał, delegat Zagł. Dąbrowsk.,
Dr Presser Feliks, przewodn. Obw. Bytomskiego,
Dr Zahorski Witold, przewodn. Obw. Zabrzeckiego,

Dr Tabeński Zbign., przewodn. Obw. Gliwickiego,
Dr Zamłyński E., przewodn. Obw. Opolskiego,
Dr Wilimowski M., przewodn. Sekcji Lek. Szpit.,
Dr Wierzba Sob., przewodn. Sekcji Lek. Asyst.,
Dr Drozd Marian, przewodn. Sekcji Lek. Kolej.,
Dr Naramowski, przewodn. Sekcji Lek. Hutn.,
Dr Pawłowski, kierownik Biura Rozliczeń,
Dr Bilewiczowa, przewodn. Sekcji Lek. Dent.

Skład Zarządów Obwodów i Sekcji:

Obwód Katowice:

Dr Żelawski Stefan, przewodniczący,
Dr Mazurek Stanisław, zastępca przewodn.,
Dr Tumidański Marian, członek zarządu,
Dr Janiak Sylwester, członek zarządu.

Obwód Chorzów:

Dr Graczykowski Tomasz, I. prezes,
Dr Gregorczyk Karol, II. prezes,
Dr Urbanowicz Feliks, zast. przewodn.,
Dr Wierzba Sobiesław, sekretarz,
Dr Łapa Jan, członek zarządu.

Obwód Rybnicko-Pszczynski:

Dr Lisiecki Leonard, przewodniczący,
Dr Kubacki Franciszek, zastępca przew.,
Dr Krotoski Józef, sekretarz,
Dr Szymański Antoni, zastępca sekr.,
Dr Kubeczka Adolf, skarbnik,
Dr Stefański Wacław, zast. skarbn.

Obwód Tarnogórski:

Dr Jarzyński Alojzy, przewodniczący,
Dr Ratayska Julia, zastępca przewodn.,
Dr Rusinek Stefan, sekretarz,
Dr Konachiewicz Longin, skarbnik.

Obwód Bytomski:

Dr Baborski Ottomar, przewodniczący,
Dr Ćwikliński Adam,
Dr Karlińska Anna,
Dr Geissler Łucjan,
Dr Zieliński Jerzy,
Dr Głębocki Wacław,
Dr Zawadzki Wincenty.

Obwód Zabrze:

Dr Zahorski Witold, przewodniczący,
Dr Żelawski Marian, zast. przewodn.,
Dr Szulc Jerzy, skarbnik,
Dr Wróblewski Karol, sekretarz,
Dr Krupiński Henryk, członek zarządu.

Obwód Gliwice:

Dr Tabeński Zbigniew, przewodniczący,
Dr Orlewski Władysław, zast. przewodn.,
Dr Czarnota-Bojarska Marta, sekretarz,
Dr Marschall Brunon, skarbnik,
Dr Sikora Paweł, członek zarządu.

Obwód Opole:

Dr Zamłyński Edward, przewodniczący,
Dr Skrowaczewski Paweł, zastępca przewodn.,
Dr Bobiński Józef, skarbnik,
Dr Keck Tadeusz, sekretarz.

Sekcja Naukowa:

Dr Mossor Sergiusz, przewodniczący,
Dr Naróg Franciszek, członek zarządu,
Dr Czechowska Ludmiła, członek zarządu.

Obwód Zagłębia Dąbrowskiego:

Dr Starzyński Sławomir, przewodniczący,
Dr Zamieński Michał, wice-przewodn.,
Dr Bentkowski Włodzimierz, sekretarz,
Dr Bieńkowski Mieczysław, skarbnik,
Dr Stoch Stanisław, członek zarządu,
Dr Trawiński Marian, członek zarządu,
Dr Nykliński Mieczysław, członek zarządu,
Dr Sokołowski Tadeusz, członek zarządu,
Dr Trznadel Stanisław, członek zarządu,
Dr Machoń Tytus, członek zarządu,
Dr Kotarski Zygmunt, członek zarządu,
Dr Broen Artur, członek zarządu,
Dr Skibiński Zygmunt, członek zarządu.

Obwód Bielsko-Cieszyński:

Dr Halama Franciszek, przewodniczący,
Dr Stawiński Tadeusz, zast. przewodn.,
Dr Boczoń Stanisław, sekretarz,
Dr Gołąb Feliks, skarbnik.

Sekcja Lekarzy Szpitalnych:

Dr Wilimowski Maksymilian, przewodniczący,
Dr Urbanowicz Feliks, I. wiceprezes,
Dr Garbień Józef, II. wiceprezes,
Dr Wierzba Sobiesław, sekretarz,
Dr Galocz Aurelian, członek zarządu,
Dr Mikiewicz Damazy, członek zarządu,
Dr Wojcieszyn Antoni, członek zarządu,
Dr Zahorski Witold,
Dr Głowiński Mieczysław,
Dr Bincer Wiktor,
Dr Cieśla Władysław,
Dr Kowalski Władysław,
Dr Trawiński Marian,
Dr Stoch Stanisław.

Sekcja Lekarzy Asystentów:

Dr Wierzba Sobiesław, prezes,
Dr Uhl Adolf, wiceprezes,
Dr Scibich Joanna, I. sekretarz,
Dr Broy Adolf, II. sekretarz.

Sekcja Lekarzy Kolejowych:

Dr Drozd Marian, Katowice, przewodniczący,
Dr Kordaszewski Stanisław, zastępca przewodn.,
Dr Piasecki Mieczysław, referent naukowy.

Sekcja Lekarzy Hutniczych:

Dr Naramowski Mieczysław, przewodniczący,
Dr Gryglewicz Edmund, zastępca przewodn.,
Dr Czakański Antoni, sekretarz.

Sekcja Lekarzy Dentystów:

Lek. Dent. Bilewiczowa Emilia, przewodniczący,
Lek. Dent. Ciechowski, zast. przewodn.,
Lek. Dent. Klatt Henryk, sekretarz.

Sekcja Lekarzy Ubezp. Społecznych:

Dr Gregorczyk Karol, przewodniczący,
Dr Urbanowicz Feliks,
Dr Żelawski Stefan.

Komisja Rewizyjna Związku:

Dr Knosala Jan,
Dr Obremba Teodor,
Dr Roszak Stanisław.

Zarząd Biura Rozliczeń:

Dr Hanke Edward, przewodniczący,
Dr Pawłowski Henryk, kierownik Biura Rozliczeń,
Dr Gregorczyk Karol, członek zarządu,

Dr Nowara Konrad, członek zarządu,
Dr Polski Aleksander, członek zarządu.

Komisja Rewizyjna Biura Rozliczeń:

Dr Czechanowski Zdzisław,
Dr Stawiński Mieczysław,
Dr Olchawa Stanisław,
Dr Bukowy Antoni,
Dr Bekier Antoni.

W dalszym ciągu zarejestrował Zarząd uchwalone przez Walne Zebranie zmiany statutowe. Uchwalił nadto dnia 22 III Regulamin Zarządu, regulujący odpowiedzialność prawną za powzięte uchwały.

Ubezpieczalnie:

Ponieważ żyjemy na terenie, na którym jest 98% ludności ubezpieczonej, a zatem Ubezp. Społeczne stanowią główne źródło naszej egzystencji, z natury rzeczy sprawy związane z Umową Ramową, zawartą z nimi dnia 10 sierpnia 1946 r., wybijały się na plan pierwszy w naszych poczynaniach. Tak, jak to oczekiwaliśmy i zapowiadaliśmy na zeszłorocznym walnym zebraniu, została ona dnia 19 września roku ub. wypowiedziana na dzień 31 grudnia. W tej sytuacji zajęliśmy od razu stanowisko obronne. Znajac tendencyjny i wyolbrzymiający sposób przedstawiania poborów lekarzy ubezpieczalnych, wykazaliśmy pismem z dnia 12 IX błędy takiego obliczania. Dalszym memoriałem, skierowanym do dyrektorów Ubezpieczalni Społecznych podkreśliliśmy zalety naszego systemu śląskiego. Zebranie delegatów lekarzy ubezpieczalnych, zwołane w dniu 6 X, zobowiązało wszystkich lekarzy do solidarności i podpisania deklaracji, grożącej bojkotem towarzyskim dla wyłamujących się z niej. Dnia 23 XI poinformował nas dyrektor Dr Zająć, że dwukrotnie prosił Warszawę o instrukcję co do dalszych losów umowy, lecz niestety nie otrzymał odpowiedzi. Dopiero 5 grudnia nadeszły wskazówki. Czas był jednak już zbyt krótki, a piętrzące się trudności, wyłamujące się z zapowiedzianego nowego systemu, okazały się nie do pokonania. W memoriale z dnia 12 XII 1946 wykazaliśmy, że 7 śląskich U. S. ma na 511.000 członków tylko 183 lekarzy ogólnopracujących, czyli że na 1 lekarza przypada przeciętnie 2.794 członków. Zapowiedzieliśmy, że w razie zniesienia systemu akordowego, lekarze śląscy mają zamiar przyjąć, tak jak w reszcie Polski, pod swą opiekę lekarską najwyższą po 1.500 członków, co oznaczało by, że 236.000 ubezpieczonych pozostało by bez lekarzy. Po wymianie telegramów z Warszawą uzgodniono wobec tego dnia 27 XII przedłużenie Umowy Ramowej o kwartał, czyli do dnia 31 marca. W styczniu roku 1947 prosił ZUS. Warszawski dyr. Dra Zająć, Dra Smoleńskiego i Dra Niedzielskiego jako rzeczoznawców do siebie, dla omówienia planowanej unifikacji. Wspomniani bronili jednomyślnie systemu śląskiego i uzależniali jego zmianę od uprzedniego wprowadzenia na Śląsk znacznej ilości nowych lekarzy. Mimo to zapadła pod naciskiem CUP'u ostateczna decyzja: Wprowadzić na Śląsku wprzód lekarzy domowych, wzgl. ambulatoria, a później przejść na system lekarza zespołowego! Dla zbadania sytuacji zjechała na Śląsk od 6 I komisja pod kierownictwem zastępcy Kierownika Działu Naczelnej Kontroli ZUS'u Dra Garbana. Potwierdziła ona wspomniany werdykt. Po jej odejściu wręczyliśmy dnia 12 II Komisarzowi Dr. Zająćowi memoriał, wykazujący, że żądane przez CUP. wprowadzenie systemu ogólnopolskiego nie spowoduje zgola pomniejszenia wydatków Ubezpieczalni

na lekarzy, a wręcz przeciwnie, — ich zwiększenie. bo z uwagi na olbrzymią ilość ubezpieczonych obstawać musimy wówczas przy zapłacie nie tylko 5 godzin pracy dziennie, jak w innych dzielnicach, lecz za tyle godzin, ile wyniknie z ilości przydzielonych danemu lekarzowi ubezpieczonych, licząc z uwzględnieniem specyficznych, trudnych warunków śląskich, po 5 godzin na każdy 1000 ubezpieczonych; za nadgodziny domagamy się ustawowej zwyżki. Ubezpieczalniac płacić będą musiały w nowym systemie dodatkowo urlopy wypoczynkowe, chorobowe składki ubezpieczeniowe, odprawy pośmiertne itd.

Nowy system nie opłaci się zatem Ubezpieczalniom. Niezależnie od tego, aby zabezpieczyć się przed jednostronnym narzuceniem zmiany, przygotowaliśmy po 1500 numerowanych legitymacji członkowskich dla każdego lekarza domowego. Dnia 12 marca zawezwano nas na ostateczne pertraktacje. Wówczas wysunęliśmy zastrzeżenia prawne wobec nowego systemu, wykazując, że podpisanie umowy o pracę na więcej, niż 8 godzin było by czynem karygodnym, stwarzającym konflikt z prawem. Wywody nasze poparliśmy opiniami prawnymi dwóch prawników. Odwołaliśmy się w tej sprawie do Min. Pracy i Opieki Społecznej.

Warszawa przysłała na to dictum na Śląsk Lekarza Naczelnego ZUS'u Dra Rudzińskiego. Odbił on z nami konferencję w dniach 26 i 27 marca. Przedstawiliśmy mu jeszcze raz trudności, które istnieją w lecznictwie Ubezpieczalni Społecznych na Śląsku, oraz argumenty, przemawiające za wyższością naszego systemu. Przestrzegaliśmy przed zbyt pochopną zmianą. Uwypukliliśmy wreszcie nasz punkt widzenia na te przepisy ogólnopolskiej umowy, które zdaniem naszym musiały by na naszym terenie ulec adaptacji (płacenie wszystkich godzin pracy, zaliczanie 5 godz. pracy na każdy 1000 przydzielonych ubezpieczonych, nadgodziny, zwiększone opłaty za używanie gabinetu, nadgodziny dla personelu, dodatek śląski etc.).

Na konferencji, którą odbył Dr Rudziński z dyrektorami Śl. Ubezpieczalni, oświadczyli oni, że nie są jeszcze przygotowani do zmiany systemu. Nazajutrz otrzymał Dyr. Dr Zając pismo z Warszawy, które skłoniło go do wyjazdu do stolicy. Tymczasem zarządził Naczelny Dyrektor ZUS'u Dr Pasternak telegraficzne przedłużenie Umowy Ramowej o jeden miesiąc. Z naszej strony domagaliśmy się telegraficznie terminu kwartalnego.

Dnia 29 III odbyła się w Min. Pracy i Opieki Społecznej konferencja, na której wyrażono zgodę na przedłużenie Umowy Ramowej o kwartał i omówiono szczegółowo plan wprowadzenia systemu ogólnopolskiego na Śląsku od 1 lipca. Tegoż dnia zebrali się w Katowicach delegaci lekarzy wszystkich Śląskich Ubezpieczalni i powzięli szereg uchwał na wypadek zaistnienia stanu bezumownego. Nazajutrz wydaliśmy szczegółową instrukcję, rozesłaną wszystkim lekarzom. Dnia 31 III podpisał Związek protokół *przedłużający Umowę Ramową do dnia 30 VI*, i zobowiązał się do opłacania przez Biuro Rozliczeń lekarzy w ambulatoriach specjalistycznych według zasad ogólnopolskich.

Dnia 2 V rozpoczęły się nowe rozmowy Związku między Lekarzem Naczelnym ZUS'u Dr. Rudzińskim i Dr. Mazurkiem, które miały początkowo charakter prywatny. Dnia 6 V wręczono nam 22-str. „Projekt Układu Zbiorowego Pracy” oraz zaproszenie Naczelnego Dyr. ZUS'u Dra Pasternaka na pertraktacje.

Opracowaliśmy pośpiesznie poprawki. Najważniejsze z nich były następujące:

1. Domagaliśmy się wprowadzenia dodatku śląskiego w kwocie zł 2.400,—, odpowiadającej 5 godzinom pracy dziennie dla lekarzy, którzy obejmują więcej, niż jeden normalny rejon, jako ekwiwalent za utratę praktyki prywatnej (do art. 11, § 2, 1).

2. Uprawnienia lekarza, gdy uzna to za stosowne, do odnależenia Ubezpieczalni w zamian za rezygnację z ryczałtowego wynagrodzenia, wyznaczonego za gabinet, — pokoi lekarskich, które w tym wypadku ona była by zobowiązana utrzymywać.

3. Uprawnienia lekarza, gdy uzna to za stosowne, do otrzymania z Ubezpieczalni w zamian za rezygnację z ryczałtu za siłę pomocniczą, personelu stojącego na etacie tej instytucji i to w ilości odpowiadającej ilości przyjętych normalnych rejonów (do art 11, § 2, a).

4. Domagaliśmy się przeliczenia nie 1250 ubezpieczonych na 5 godz. pracy, a 1000 ubezpieczonych i to jako granicę górną, a nie średnią, jak to proponuje ZUS (do art. 11, § 4).

5. Uważaliśmy, że propozycja ZUS'u ustalająca, że lekarzom-specjalistom zaliczy Ubezpieczalnia taką ilość godzin pracy, jaka odpowiada nabytemu przez nią doświadczeniu, jest w tej formie nie do przyjęcia, bo skazywała by specjalistów na łaskę i niełaskę pracodawcy (do art. 2, § 4).

6. Dla lekarzy szpitalnych, pracujących w przychodniach szpitalnych, laboratoriach i zakładach dentystrycznych domagaliśmy się za czynności wykonywane dla chorych dochodzących osobnego wynagrodzenia według norm godzinowych lekarzy Ubezpieczalni.

7. Proponowaliśmy, by Ubezpieczalnie zakontraktowały dla swych członków mieszkających poza obrębem swego terytorium, w tych miejscowościach, w których liczba tych członków przekracza 200, własnych lekarzy rejonowych i specjalistów (art. 11, § 4, b).

8. Domagaliśmy się, by Ubezpieczalnie dostarczyły swym lekarzom spisu ubezpieczonych, zamieszkujących w danym rejonie, i by suma godzin obliczeniowych zaliczana wszystkim lekarzom danej Ubezpieczalni, odpowiadała sumie członków i rentobiorców, prowadzonej przez daną Ubezpieczalnię w jej wykazach statystycznych.

9. Domagaliśmy się nadgodzin od godz. 6-tej, a nie od ósmej, jak brzmiała propozycja.

10. Domagaliśmy się, by ryczałt za gabinet nie zmniejszał się od szóstej godziny z 800 zł na 300, jak to chce propozycja, lecz by stale wynosił 800 zł.

11. Żądaliśmy, by część cennikowa umowy mogła ulec co kwartał wypowiedzeniu i by parytetyczna komisja ustalała koszty gabinetowe.

Na konferencji w dniu 8 V 1947 złożyła delegacja Związku nasamprzód dwie deklaracje, w których wypowiedziała się zasadniczo za utrzymaniem obecnego systemu i stwierdziła, że otrzymane w dniu 23 III przyrzeczenia, że przed wprowadzeniem zmian liczba lekarzy zostanie zwiększona, a ustawa o przenoszeniu lekarzy zapewni normalizację pracy, nie zostały dotrzymane, że zatem zmiana systemu jest przedwczesna; niemniej przeto przyrzekła lojalne ustosunkowanie się do projektu ZUS'u. Wręczyła opracowane przez Związek poprawki do „Projektu Układu Zbiorowego Pracy”.

Delegacja Związkowa odmówiła jednak czasowo dalszej dyskusji z uwagi na otrzymane w ostatniej chwili pismo Wojewódzkiego Wydziału Zdrowia w którym Wydział oświadczył: „Że do czasu zajęcia ostatecznego stanowiska w powyższych sprawach przez Wojewódzką Komisję Koordynacji Lecznictwa, winien Związek Zawodowy Pracowników Służby Zdrowia wstrzymać się z ostateczną decyzją i opinią w sprawie reorganizacji lecnictwa Ubezpieczalni Społecznych na terenie Województwa Śląsko-Dąbrowskiego”.

Rozmowy przerwano w tej sytuacji, a dnia 10 V odbyło się posiedzenie Wojewódzkiej Komisji Koordynacji Lecznictwa, która omawiała konieczność uzgodnienia różnych systemów lecnictwa społecznego rywalizujących w tej chwili ze sobą. Są to: obecny system wolnego wyboru lekarza, system lekarza domowego, system zespołowo-ambulatoryjny i system ambulatoriów przemysłowych. Wybrano dla opracowania tego zagadnienia Komisję Specjalną, do której weszli: dr Chrzanowski, dr Golonka, dr Hanke, dr Hozer, dr Raszpichler, dyr. Moskwa, dr Niedzielski.

Dnia 10 V Wojew. Wydział Zdrowia zakomunikował nam, że przerywając pertraktacje, skomentowano jego pismo w sposób, nie odpowiadający intencjom Urzędu i że nie widzi przeszkód w kontynuowaniu rozmów dotyczących umów z lekarzami.

Biuro Rozliczeń wydało za zezwoleniem władz drukiem broszurę: „Streszczamy przed zmianą”, w której naświetlamy wszechstronnie system śląski i jego zalety.

Dnia 17 V 1947 (wczoraj) odbyła się między przedstawicielami ZUS'u Lekarzem Naczelnym dr Rudzińskim, Dyrekt. Nadzoru i Lecznictwa dr Rohloffem i zast. Lek. Naczelnego dr Filipowiczem, oraz Dyr. dr Zajacem i delegacją Związku, konferencja dalsza na temat umowy. W ciągu kilkunastogodzinnej, ożywionej dyskusji zrezygnowaliśmy z art. 11 § 4b:

„Aby zabezpieczyć opiekę lekarską swym członkom i rodzinom poza obrębem danej Ubezpieczalni, zawierają Ubezpieczalnię w miejscowościach śląskich w których liczba tych członków przekroczy 200, własnych lekarzy rejonowych i lekarzy specjalistów”. Zgodziliśmy się na to, że przepis o dostarczeniu spisu ubezpieczonych lekarzowi obowiązujący będzie tylko przy utworzeniu danego rejonu i że zostanie umieszczony nie w umowie, a w protokole.

ZUS zrobił następujące ustępstwa, które przyjęliśmy:

1. Zgodził się na skreślenie art. 9, § 2: „Przy przyjmowaniu chorych, lekarz nie może czynić żadnej różnicy między pacjentem ubezpieczonym, a prywatnym”.

2. ZUS zgodził się na zastosowanie przy obliczaniu godzin specjalistycznych na wytyczne warszawskie równające 5 godzin pracy przydziałowi.

u pediatrów — 4.800 członków,
u neurologów — 3.900 członków,
u chirurgów — 16.000 członków,
u ginekologów — 20.000 członków,
u wenerologów — 13.000 członków,
u okulistów — 30.000 członków,
u laryngologów — 30.000 członków,
u urologów — 100.000 członków,
u internistów i konsultantów — 70.000 członków.

3. ZUS zgodził się na proponowany przez nas art. 11, § 4a, aczkolwiek w odmiennej modyfikacji: „O ile

przy szpitalach istnieją dla chorych nie przebywających w szpitalnym leczeniu, przychodnie, wzgl. zakłady specjalne, mogą w nich być również zatrudnieni lekarze szpitalni, którzy za swe czynności otrzymają specjalne wynagrodzenie na warunkach obowiązujących lekarzy leczących”.

4. ZUS zgodził się na nadgodziny dla personelu lekarskiego zgodnie z ustawą, poczynając od 11 godziny.

5. ZUS zgodził się na to, że cennikowa część umowy może być wypowiedziana na 3 miesiące naprzód.

Sporne pozostały natomiast nasze najważniejsze desideraty:

1. Dodatek śląski w kwocie 2.400.— zł za każde 5 godz. pracy

2. Proponowany przez nas art. 11, § 2, 2) a: Lekarz ma prawo, na okres umowny w zamian za ryczałtowe wynagrodzenie, wyznaczone mu za gabinet, oddać Ubezpieczalni poczekalnię i gabinet, która wówczas przejmie na siebie rzeczywiste koszty utrzymania za te pokoje, remont, reparacje narzędzi lekarskich, pranie bielizny lekarskiej itp.“

3. Odrzuciliśmy propozycję ZUS'u, by u specjalistów liczba wszystkich godzin specjalistycznych nie mogła przekraczać 30% liczby wszystkich godzin lekarzy domowych.

4. Obstawiamy przy liczbie 1.250 ubezpieczonych jako górnej granicy przeliczeniowej, równającej się 5 godzinom pracy, gdy ZUS wysuwa 1.250 członków jako „średnią” z możliwością odchylenia w ramach od 1.000 — 1.500 członków według uznania Ubezpieczalni.

5. Obstawiamy przy tym, by „Suma godzin obliczeniowych, zaliczona wszystkim lekarzom danej Ubezpieczalni, odpowiadała sumie członków i rentobiorców prowadzonej przez daną Ubezpieczalnię w jej wykazach statystycznych.”

6. Obstawiamy przy nadgodzinach od 6-tej godziny, gdy ZUS uznaje nadgodziny od 8-mej godziny pracy.

7. Obstawiamy przy tym, by Ubezpieczalnia płaciła, jako ekwiwalent za gabinet, po 800 zł nie tylko za pierwsze pięć godzin, lecz i za dalsze godziny. ZUS natomiast chce zredukować tą stawkę od 6-tej godziny na 300 zł.

8. Nie godzimy się na to, by lekarz został zobowiązany w czasie 7-dniowego urlopu okolicznościowego, który mu przysługuje, do stawienia zastępcy na własny koszt.

9. Obstawiamy przy tym, by utworzono Komisję Parytetyczną dla ustalania kosztów gabinetowych.

W dziewięciu ważnych punktach nie doszło do porozumienia między delegatami ZUS'u a delegatami Związku. — ZUS proponuje, byśmy ustąpili, lub poszli na arbitraż z art. 129 Ustawy Ubezpieczeniowej. Zastrzegliśmy sobie odwołanie do dzisiejszego Walnego Zebrania. Rostrzygajcie sami! Czy zrezygnować z naszych postulatów (delegaci ZUS'u twierdzą, że wyczerpali możliwość ustępstw), — czy iść do sądu? — Zrobimy, jak rozkażecie!

W związku z poruszoną sprawą wyjaśnić muszę po krótku zawiłe przepisy prawne art. 129, mówiącego o załatwianiu sporów między lekarzami, a ubezpieczalnią:

Ustawa przewiduje tu w Rozp. Min. Op. Społ. z dnia 17 IV 1934.

1. Komisję Rozjemczą. 2. Główną Komisję Rozjemczą.

3. Nadzwyczajną Komisję Rozjemczą. Ponieważ spór

obejmuje w danym wypadku lekarzy kilku Ubezpieczalni kompetentne są tylko dwie ostatnie.

Główna Komisja Rozjemcza powołuje Min. Op. Społ. Składa się ona z 2 delegatów lekarzy U. S., oraz przewodniczącego, mianowanego przez Min. Opieki Społ.

Nadzwyczajna Komisja Rozjemcza, której Min. Op. Społ. może oddać spór według swego uznania, ma skład odmienny: 2 delegatów Minister. Opieki Społ., z których jeden obejmuje przewodnictwo, jednego delegata Min. Sprawiedl., 2 delegatów ZUS'u i 2 delegatów lekarzy U. S.

Wybór delegatów lekarzy jest bardzo skomplikowany.

Państw. Urząd Ub. powołuje po porozumieniu się z Izłą Lekarską spośród lekarzy zatrudnionych w poszczególnych Ub. Sp. lekarzy komisarzy wyborczych. Komisarze wyborczy rozpisują wybór delegatów do Komisji Rozjemczych, przy czym wybory te odbywają się piśmiennie w dwóch kopertach (jak do Rady Izby Lekarskiej).

Zebranie delegatów lekarzy ze wszystkich Ubezpieczalni dokonuje dalszego wyboru dwóch członków lekarzy dla Głównej Komisji Rozjemczej wzgl. Nadzwyczajnej Komisji Rozjemczej. Procedura rozjemcza wymaga — nawet w terminie przyspieszonym, — zdaniem moim co najmniej 2 miesiące czasu. Nie ma więc według mego zdania widoków na to, by spór oddany Sądowi Rozjemczemu mógł być załatwiony przed końcem bieżącego kwartału.

Pertraktacje są w toku, a każdy dzień zmienia sytuację.

Ciężkim uderzeniem w finanse Ubezpieczalni był Okólnik ZUS'u nr 172 z dnia 30 września 1946 r., który poleca wypłacanie zasiłków chorobowych już od pierwszego dnia choroby, o ile niezdolność do pracy, trwa ponad 2 dni. Przewidując katastrofalne następstwa tego pociągnięcia, wystosowaliśmy dnia 25 listopada 1946 r., zanim Ubezpieczalnie zdołały się jeszcze zorientować w groźnym położeniu, memoriały do ZUS'u oraz Min. Pracy i Opieki Społecznej. Wykazaliśmy, że okólnik nie liczący się z psychologią mas, obarcza niecelowo Ubezpieczalnie olbrzymimi wydatkami na zasiłek, pobierany przeważnie przez ludzi zdrowych, a przez to uszczupla fundusze na leczenie chorych; — że wzmacnia koszty receptury i roztrwania leki, ze szkodą dla chorych, — że zapycha poczekalnie osobami nie potrzebującymi opieki lekarskiej i utrudnia przez to dostęp do lekarza prawdziwie chorym, a przez to w stopniu wybitnym lecznictwo. Przewidywane przez nas fatalne następstwo, uważane początkowo za wyolbrzymione, spełniły się niestety co do joty i zasiłki chorobowe podskoczyły do 80% ogólnych wydatków. Przerażone Ubezpieczalnie zaczęły winić lekarzy za to, że nie chcą, lub nie umieją przepędzić symulantów, i zwołały w dniu 9 stycznia ogólne zebranie dyrektorów. Wręczyliśmy im wówczas nowy memoriał, wykazujący niesłuszność oskarżeń i zaproponowaliśmy szereg konkretnych zarządzeń obronnych, jak: reorganizację badań kontrolnych, wprowadzenie kontrolerów chorych, przekazywanie wypadków niejasnych do obserwacji szpitalnej itd. Wskazywaliśmy w końcu na ważny szczegół, który do pewnego stopnia jest kluczem zagadnienia. Skuteczniejszej obrony interesów społecznych przed narastającymi w sposób zastraszający nadużyciami, — obrony ściągającej na broniącego instytucję nienawiść i zemstę malkontentów, zagrażającą jego egzystencji,

oczekiwać można od lekarza dopiero wówczas, gdy niektóre czynniki zrewidują dotychczasowe do nich nastawienie. Lekarz pozbawiony należytego poparcia i autorytetu wobec pacjentów, występujących wobec niego niekiedy z wielkim tupetem i powołujących się — słusznie, czy niesłusznie, na przemożne zakulisowe wpływy, nie chce i nie może pogarszać swego podważonego położenia socjalnego ryzykowną walką nawet o najślusniejszą sprawę, zwłaszcza, jeśli wie, że spór taki ostatecznie przegra.

Alarm ubezpieczalni ściągnął dnia 6 lutego na Śląsk delegację ZUS'u która po zbadaniu sprawy początkowo starała się dowieść winy administracji miejscowej, ostatecznie jednak przyznała się do błędu popełnionego w centrali. Przyrzekała rychłą zmianę nieszczęsnego rozporządzenia. Niestety dotąd nic się nie zmieniło, na lepsze, a przeciwnie, zadłużenie Ubezpieczalni rośnie z dnia na dzień. Tymczasem zainteresował się sprawą również ciężki przemysł, którego wydajność cierpi nieznacznie przez protekcję zasiłkową masowej symulacji. Opracował projekt ambulatoriów zakładowych, mających wziąć w ryzyko uchylających się od pracy. Może akcja ta da lepsze wyniki od bezowocnych wysiłków obronnych ubezpieczalni i lekarzy?

Sprawozdanie z odcinka ubezpieczalnianego pozwolił sobie zakończyć wzmianką o licznych zmianach personalnych dokonanych w roku ubiegłym zarówno na stanowiskach dyrektorów, jak i lekarzy naczelnich, oraz o przedyskutowaniu i przyjęciu przez ubezpieczalnie projektu Regulaminu Lekarzy Ubezpieczalni, zaproponowanego im przez Związek.

Lekarze szpitalni:

Pokrzywdzenie lekarzy szpitalnych nieproporcjonalnie niskim ustaleniem ich poborów, datuje się od zarania powojennej Polski, a nie zmieniło się zasadniczo w roku sprawozdawczym, aczkolwiek osiągnięto pewne poprawy.

Już krótko po naszym walnym zebraniu, bo w czerwcu r. ub., nastąpiło zaostrzenie się sytuacji, gdy ubezpieczalnie nie zastosowały do swych lekarzy szpitalnych 60% podwyżki przyznanej swym funkcjonariuszom. Solidarne nieprzyjęcie przez lekarzy szpitalnych poborów, spowodowało w międzyczasie rozciągnięcie wspomnianej podwyżki także na pokrzywdzonych. W lipcu opracowała sekcja szpitalna projekt umowy zbiorowej i przedstawiła go w Łodzi w dniu 26 czerwca 1946 r. ZUS. uchylił się jednak od pertraktacji, oświadczając, że nie jest do nich przygotowany, i że z uwagi na autonomiczny charakter ubezpieczalni, należy je przeprowadzić terenowo. Przystąpiono 7 września do tych zaradzanych rozmów lokalnych, lecz znów bezowocnie, bo czynniki miejscowe wykazały swą niekompetencję i radziły centralne załatwienie. Zawiodła również droga pośrednia przez Inspektora Lecznictwa Śląskich Ubezp. przy Zakładzie Ubezp. Społ. w Chorzowie. Wszędzie napotymano na parawan niekompetencji; nawet wyjazd delegacji lekarzy szpitalnych do Warszawy w dniu 30 września i rozmowy przeprowadzone z Lek. Nacz. dr Stawińskim, jego zastępcą dr Filipowiczem i dyr. Roloffem nie zdołały ruszyć sprawy z miejsca. „Nic bez zgody Ministerstwa Zdrowia, oraz Ministerstwa Skarbu“, była odpowiedź, a w Ministerstwie Zdrowia nie było z kim rozmawiać. Uzyskano jednak rozciągnięcie okólnika 134 ZUS'u na lekarzy szpitalnych, oraz nadpłatę od listopada 1945 r. Interwencja Sekcji Szpitalnej w Krakowskim Związku

Lekarzy Ubezp. Społ. wyjednała przyrzeczenie, że organizacja ta pilnować będzie sprawy. 6 X przybył zastępca Lek. Nacz. ZUS'u dr Filipowicz do Chorzowa i zalecił Ubezpieczalniom elastyczną interpretację przyszłych podwyżek udzielanych funkcjonariuszom ZUS'u, również do lekarzy szpitalnych. Tak podniosły się pobyty lekarzy ordynatorów do 18.000.— zł, a asystentów do 8.000.— zł.

Kraków dotrzymał swego przyrzeczenia i domagał się od ZUS'u energicznie wznowienia pertraktacji zarobkowych. Po przewyciężeniu uchylania się od rozmów pod pretekstem nieuznania legalności organizacji krakowskiej, co doprowadziło znów dnia 1 III do ponownej odmowy przyjęcia poborów, rozpoczęły się wreszcie dnia 1 III rokowania warszawskie dające w ostateczności następujący efekt:

Dyrektor szpitala i sanatorium, poza ew. poborami ordynatora; w szpitalach mających powyżej:

500	łózek	zł 8.000.—
do 200—500	łózek	zł 6.000.—
poniżej 200	łózek	zł 4.000.—

Ordynator szpitala otrzymuje za każde 12 łózek miesięcznie 2.400 zł, oraz dodatek za wysługę lat. Granicę górną stanowi 60 łózek. Starszy asystent otrzymuje 12.000 zł. miesięcznie, młodszy 9.000 zł.

Rezultat nie jest zadowalający. Przewidując go, zwołała sekcja lekarzy szpitalnych na 13 lutego ogólne zebranie lekarzy szpitalnych do Katowic, na którym zapadły doniosłe uchwały, zmierzające do przygotowania nowej akcji, poprzez zbiorowe wypowiedzenie umów. Przyszłość wykaże, co z nich wyniknie.

Lekarze zakładowi

Ścisła i koleżeńska współpraca Związku z lekarzami naczelnymi ciężkiego przemysłu, dr Hozerem z C. Z. P. W., następcą dr Sęczyka, oraz dr Raszpichlerem z C. Z. P. H. i innymi wybitnymi osobistościami wspomnianych zrzeszeń, doprowadziła do zawarcia szeregu umów zbiorowych, jak paraflowania w dniu 3 IX umowy z C. Z. P. W. dotyczącej pracy i płacy lekarzy kopalnianych i podpisania jej w dniu 29 IX, a dalej dodatkowej umowy o lekarzach poradni i przedszkole w dniu 7 I.

Umowa z C. Z. P. H. wypowiedziana przez Związek w dniu 17 IX została w dniu 15 XII preretargowana, a podpisana w dniu 20 II. Niestety wstrzymało Ministerstwo Handlu i Przemysłu na razie jej zatwierdzenie z uwagi na toczące się w Warszawie prace komisji dla ujednolicenia płac lekarskich, wyłonionej dnia 1 XII na zebraniu Naczelnej Izby Lekarskiej pod przewodnictwem Wiceministra Kożusznika.

Spółka Bracka

Dwa problemy tej starej, z tradycjami śląskimi związanej instytucji, zainteresowały nas w roku sprawozdawczym bezpośrednio. Jeden, to sprawa stosunkowo błaha, mam na myśli stawki za brakie orzeczenie inwalidzkie, ustalone 8 stycznia 1946 r. na 150 zł. Na skutek interwencji Związku poprawiono je od 1 I 1947 na 220 zł.

Wielkie wrażenie zrobił natomiast na Śląsku czerwcowy memoriał Spółki Brackiej, wykazujący konieczność reaktywizacji tej instytucji, czynnej tylko na odcinku emerytalnym, również w dziedzinie leczenia ubezpieczeniowego. Akcja wywołała w prasie serię polemicznych artykułów, a na konferencji wszystkich zainteresowanych czynników, na której byli również

i delegaci Związku, w dniu 17 września, ścierały się sprzeczne poglądy. Zwyciężyła na razie teza utrzymania obecnego systemu scalania całego lecznictwa w Ubezpieczalniach. Mam jednak wrażenie, że duch Spółki pokutować będzie jeszcze długo.

Stosunek do organizacji pokrewnych

Związek nasz, scalający wszystkie odcinki śląskiego życia lekarskiego utrzymywał bliski kontakt z innymi organizacjami o celach pokrewnych, udzielał im swego lokalu, pomocy sekretariatu, a nawet wchodził do pewnego stopnia całkowicie lub częściowo w ich skład. Mam tu na myśli: Okręg Śląski Związku Zawodowego Pracowników Służby Zdrowia, Związek Zawodowy Instytucji Ubezpieczeń Społecznych, Związek Lekarzy Ubezpieczeń Społecznych w Krakowie, Podsekcja Lekarska Związku Zawodowego Lekarzy Kolejowych, Związek Lekarzy Demokratycznych i Związek Lekarzy PPS, liczący 35 członk., Związek Lekarzy Słowiańskich, Związek Lekarzy Dentystów, Śląskie Naukowe Tow. Lekarskie w Katowicach (Tow. Lek. Polaków na Śl.), które w roku następnym obchodzić będzie 30-lecie swego istnienia.

Aby przyspieszyć okres organizacyjny, wspomnianego związku, przeprowadziliśmy uchwałę, że Związek Zaw. Lekarzy Województwa Śląsko-Dąbrowskiego obejmie funkcję sekcji lekarskiej Związku Zawodowego Pr. Śl. Zdr. i od chwili zorganizowania obwodów, płacić będzie globalną składkę. W dniu 1 i 2 grudnia odbyło się w Warszawie zebranie kanstyucyjne Z. Z. P. S. Z., na które śląski świat lekarski wysłał swych delegatów. Do Zarządu Głównego w Warszawie wszedł Dr Golonka. W styczniu ukończono tam redakcję statutu, a dla sekcji zapowiedziano oddzielny regulamin. Stan ten wytworzył na naszym terenie sytuację specjalną, która wymagała adaptacji. Wiadomo, że charakter „zawodowy” zarezerwowany został dla pewnej grupy organizacji, wchodzący w skład C. K. Z. Z. Aby nie wywoływać niepotrzebnych nieporozumień, Zarząd Związku Zawodowego Lekarzy Woj. Śląsko-Dąbrowskiego, postanowił na posiedzeniu w dn. 22 marca, ubiegając domniemane zatwierdzenie dzisiejszego Walnego Zebrania, skreślić ze swej firmy słowo „zawodowy”.

Uważa jednak dalszą egzystencję organizacji w tej lub innej formie za celową i konieczną, bo stanowi ona platformę porozumiewawczą dla rozbitego w tej chwili świata lekarskiego, należącego czy to do Zw. Zaw. Pr. Śl. Zdr., czy do Związku Zawodowego Prac. Instyt. Ubezp. Społ. (Lekarze Ubezpieczalni), czy do Związku Kolejarzy (lekarze rejonowi P. K. P.), czy do Związku Metalowców i Górników (lekarze przemysłowi) itp., dopóki Z. Z. P. S. Z. nie scali w swych ramach całego świata lekarskiego.

Związek Lekarzy Ubezpieczeń Społecznych w Krakowie.

Śląscy Lekarze Ubezpieczeń Społecznych, aczkolwiek pracują na odmiennych umowach, niż ich koledzy w reszcie Polski, nie chcieli utracić ze zrozumiałych powodów kontaktu z organizacją zrzeszającą ten ważny odłam świata lekarskiego. Toteż wstąpiliśmy już w roku 1945 jako całość do Związku Lekarzy Ubezp. Społ. w Krakowie, opłacając przez Biuro Rozliczeń ryczałtową składkę. W ten sposób braliśmy udział w Zjeździe krakowskim Lekarzy Ubezp. Społ. w dniu 28 i 29 września 1946 r. Przeprowadziliśmy tam uchwałę, że świat lekarski uważa za swój ideał, zachowanie różnych ty-

pów organizacyjnych lecznictwa, dostosowanych do danych warunków lokalnych; dalej że na Śląsku winien być zachowany wolny wybór lekarza, a wreszcie, że cały polski świat lekarski ma domagać się procentowej opłaty z dochodów ubezpieczalnianych.

W toku późniejszych pertraktacji wspomnianego krakowskiego Związku z ZUS'em, instytucja ta nie uznała legalności tej organizacji lekarskiej, na co koledzy krakowscy zdecydowali się wstąpić do Z. Z. I. U. S. (PIUS). Postąpili podobnie do nas, — i akces swój zgłosili przy równoczesnym zachowaniu starej formy organizacyjnej. PIUS zgodził się nie tylko na to, że dawna nazwa organizacyjna będzie prowadzona nawiasowo, lecz również, by mianowany przez niego zarząd „Wydziału Lekarzy” był identyczny z zarządem Związku Lekarzy Ubezp. Społ. w Krakowie. Gdy wówczas uchylał się ZUS nadal od pertraktacji zarobkowych, dnia 4 I 47 Walne Zebranie Krakowskich Lekarzy Ubezp. Społ. uchwaliło odmówić przyjęcia poborów, a korzystając z naszego zaproszenia, zwołać na 2 lutego 47 ogólny zjazd Delegatów Lek. Ubezp. Społ. do Katowic. Zjazd ten odbył się w sali naszych dziesięcioletnich narad i zgromadził 80 delegatów, reprezentujących lekarzy U. S. z całej Polski. Emocjonującym problemem narad był okólnik 55 PIUS'a, opierający się na dawniejszym rozporządzeniu C. K. Z. Z., a domagający się, by wszyscy lekarze ubezpieczalniani wystąpili z Z. Z. P. S. Z. a wstąpili do P. I. U. S.'a. Zjazd powziął identyczną uchwałę, lecz Okręg Śląski zgłosił tu swe votum separatum. Dalszą uchwałą Zjazdu była groźba odmowy poborów w dn. 1 marca, o ile ZUS nie nawiąże nareszcie pertraktacji zarobkowych. Zdaje się, że to poskutkowało, bo rozpoczęły się one w dn. 1 marca trwały do 12 marca. Rezultatem ich były nowe stawki, a mianowicie: Lekarze domowi i specjaliści: za godzinę pracy miesięcznie zł 2400 plus dodatek za usługę lat, ekwiwalent za gabinet, za godzinę pracy 800 zł, ekwiwalent za siłę pomocniczą — za godzinę pracy 650 zł.

Fakt, że PIUS a nie Z. Z. P. S. Z. zawarł umowę zbiorową z ZUS'em musiał pociągnąć pewne następstwa. Lekarze Ubezpieczalni Sosnowieckiej wstąpili do tej organizacji, a i liczni koledzy w szpitalach ubezpieczalnianych reszty Śląska zdecydowali się na ten krok, zwłaszcza, że potraça się im i tak z poborów składki do PIUS'a. Stoimy w przededniu utworzenia się Sekcji Lekarskiej przy Okręgu Śląskim PIUS'a. — To są fakty z którymi trzeba się liczyć. W tej sytuacji przestoczyli lekarze Zagł. Dąbr. — pragnąc załatwić na jednej platformie całokształt swych interesów — ich stary Związek Lekarzy Zagłębia Dąbrowskiego na Komitet Porozumiewawczy między PIUS'em a Z. Z. P. S. Z., prowadząc starą nazwę organizacyjną nadal w nawiasach. Równocześnie należą oni poprzez naszą organizację nadal do Z. Z. P. S. Z.

Podsekcja Lekarska przy Z. Z. Lekarzy Kolejowych.

Dnia 24 listopada 1946 odbył się w Warszawie Zjazd Delegatów Lek. Kolejowych, na który wydelegowano Dr Drozda i Dr Kordaszewskiego. Powstała Podsekcja Lekarzy w Warszawie, a przy poszczególnych Dyrekcjach Kolei Sekcje Sanitarne. Katowicki Zarząd Sekcji Sanitarnej ukonstytuował się 16 grudnia. Ze strony lekarzy kolejowych weszli do niego Dr Drozd jako prezes, a Dr Kordaszewski jako referent naukowy.

Związek Lekarzy Słowiańskich.

W obliczu sojuszu polsko-czeskiego i zbliżenia się narodów słowiańskich, postanowił Zarząd Związku w dn.

22 marca wystosować poprzez konsulaty Czechosłowacji, Bułgarii, Jugosławii i Z. S. S. R. apel do lekarzy słowiańskich. Do apelu dołączył odezwę utrzymaną w tonie serdecznym.

Izby Lekarskie.

Uzupełnić należy w końcu obraz współpracy naszej organizacji z analogicznymi placówkami w reszcie kraju, wspominając o Izbach Lekarskich. Nie mam tu na myśli jedynie szczęśliwej symbiozy ze Zarządem Śląskiej Izby Lekarskiej, z którą łączy nas wspólny lokal, wspólny częściowo personel, a nawet skład Zarządu; — myślę również o zebraniu delegatów Izb Lekarskich Polski Zachodniej, który odbywał się po raz pierwszy 13 października w Katowicach w naszym lokalu i omawiał nie tylko sprawy izbowe, lecz i związkowe.

Związek Lekarzy Dentystów.

Stanowił sekcję naszej organizacji. Zawarła ona z Ubezpieczalniami Śląskimi w lutym umowę zbiorową, opartą na opłacie za godziny, przy czym ilość godzin oblicza się z frekwencji pacjentów.

Różne:

Obraz pracy naszej organizacji uzupełniają poczynania na różnych mniej ważnych odcinkach:

Milicja Obywatelska, zalegająca w uprzednim roku sprawozdawczym całymi miesiącami z wyrównaniem rachunków lekarskich, uporządkowała nareszcie na nasze naleganie dział sanitarny. Uznała w maju opłatę jednostkową, obliczoną według cennika ubezpieczalnianego, lecz zamieniła wolny wybór lekarza na system lekarzy umownych. Po pewnym czasie wypowiedziała i tę umowę i zredukowała jeszcze dalej liczbę lekarzy przeszła na stawki cennika wojewódzkiego.

Podyktowana nam z góry umowa z *Samopomocą Chlopską*, nie wytrzymała, jak to było do przewidzenia, próby życia i została w maju na naszym terenie rozwiązana.

Umowa Związku z *Opieką Społeczną m. Chorzowa* wy magała z powodu zwyżki cen dwukrotnej poprawy. Ostatnie wyrównanie nastąpiło 10 marca i ustaliło opłatę za miesięczną kartę porady na 60 zł a wreszcie zabiegów specjalnych na 120,— zł; lekarzy specjaliści są płatni według cennika wojewódzkiego.

Stawki wojewódzkiego urzędowego cennika obowiązujące dla urzędów i Opieki Społecznej, zostały na naszą interwencję przez Wojew. Wydział Zdrowia od 1 stycznia rb. podniesione o 100%, tak że obowiązuje dla nich mnożnik 30. Jest to bez wątpienia podwyżka nie wystarczająca, bo ceny wzrosły co najmniej 150-krotnie, a nadto odbiega wspomniany cennik rażąco od analogicznych cenników w innych dzielnicach. To też domagamy się dalszej rewizji. — Przy tej okazji wspomnę, że doszedłszy do przekonania, że w całej Polsce powinien obowiązywać jednolity cennik lekarski, a dalej, że dotychczasowe cenniki dzielnicowe, wzorowane prze ważnie na taksach niemieckich (Preussische Gebührenordnung i Deutsche Gebührenordnung), muszą być zastąpione rdzennie polskim przepisem — opracował Związek wzór takiego wzorowego cennika ustalając stawki w formie punktów i rozesłał go Naczelnej Izbie Lekarskiej, oraz Izdom terytorialnym.

Cennik dla praktyki prywatnej, ustalony przez nas we wrześniu na 200,— zł za poradę, a 400,— zł za odwiedzinę chorego (dla specjalistów stawki podwójne) obowiązuje do dziś dnia bez zmian.

Praca społeczna. Zarząd Związku brał żywy udział w omawianiu wszystkich projektów dotyczących ustaw z zakresu życia lekarskiego, w konferencjach poświęconych propagandzie Pożyczki Narodowej, Daniny, w składkowaniu na rzecz odbudowy szkolnictwa itp. Interweniował w Urzędach Skarbowych przy wymiarach podatkowych, a w Urz. Apropowizacji z powodu kart żywnościowych, które w lipcu lekarzom odebrano. Bronił jednym słowem członków do upadłego, często nawet *contra spem*.

Wzornicząc się na innych organizacjach zawodowych, które dbają o dobro swych członków i korzystając z okresu dewaluacji, lokują fundusze w realnościach, a nadto starają się stworzyć na przyszłość źródła stałych dochodów na cele socjalne, — zakupił Związek dn. 29 w Katowicach wielki dom przy ul. Moniuszki 6/8 i utworzył Spółdzielnię Farmaceutyczną „Sanę” 12 10, która rozpoczęła z nowym rokiem swą działalność. Wytworzone leki pojawiły się już w aptekach. Mamy przekonanie, że spółdzielnia rozwinie się korzystnie.

W tym miejscu wspomnieć należy o organie związkowym, *Śląskiej Gazecie Lekarskiej*, która pod niestrudzoną redakcją Dr. Albina Garbienia z Cieszyna wydała szereg pięknych numerów, wzbogacających dorobek myślowy polskiego stanu lekarskiego.

Nie popadając zgoła w jakąkolwiek megalomanię, stwierdzamy obiektywnie, że żadna inna polska organizacja lekarska nie mogła na odcinku inwestycji poszczycić się takimi rezultatami jak nasza: z innych ważnych wydarzeń należy zanotować: Nominację Ślązaka, Dr. Michejdy na Ministra Zdrowia. — Utworzenie w Gliwicach Instytutu Przeciwrakowego pod kierownictwem Dr. Byliny, — Utworzenie pierwszego w Polsce szpitala chirurgiczno-urazowego w Szarleju przy pomocy Unitarian Service Committee.

Z przykrością należy natomiast stwierdzić, że przyjazd na stałe na Śląsk z Anglii prof. Dr. Jurasza dla utworzenia w Rokitnicy pod Bytomiem Instytutu Doksztalcania i Specjalizowania lekarzy, napotkał na wielkie trudności i że cała sprawa stała pod znakiem zapytania, bo jako konkurentka występuje stolica.

Niezmierna szkoda! — Tym bardziej należy wyteżyć wszelkie siły, aby placówkę uratować dla nas, bo rokowała by ona wybitnie podniesienie poziomu medycyny śląskiej i ogólnopolskiej.

Czego oczekiwaliśmy i oczekujemy od Instytutu Doksztalcania i Specjalizowania Lekarzy?

Problem doksztalcania lekarzy nie jest nowy. Wiadomo, że lekarz zapracowany dniem i nocą, zwłaszcza gdy swą ciężką pracę wykonywać musi na wsi, zdala od kontaktu z szpitalem i innymi kolegami, zatracza nie tylko związek z nauką i jej ustawicznym postępem, bo nie ma czasu na studiowanie czasopism medycznych, a zgoła książek fachowych — lecz, że nadto zapomina z czasem część wiedzy nabytej na uniwersytecie. Robi ustawicznie te same błędy, których nawet nie zauważa, bo nikt nie zwraca mu na nie uwagi. Szkody stąd powstałe ponosi społeczeństwo.

Do walki ze wspomnianymi brakami zorganizował stan lekarski od dawna samorządnie przeróżne pomoce naukowe, jak naukowe towarzystwa, omawiające i dyskutujące ciekawe wypadki chorobowe, zjazdy naukowe poświęcane specjalnie aktualnym zagadnieniom medycznym, czasopisma i wydawnictwa lekarskie, skrzynki pytań i odpowiedzi, dorywcze kursa doksztalcające, uruchamiane w okresie świątecznym itd. Czy szlachetna

ta inicjatywa dała wyniki zadowalające? Bynajmniej! A powody, dla których zawodzi w znacznej mierze, są następujące: Wygłaszane i drukowane referaty mają wprawdzie często pewną wartość naukową, lecz dla lekarzy, zakopanych po uszy w szarej pracy ubezpieczalni, dają bardzo mało. Lekarze ci przeglądają nagłówki — i ze smętnym uśmiechem odkładają zeszyt, „to nie dla nas” stwierdzają; „Szkoda naszego cennego czasu”.

Jak uczy doświadczenie, uczęszcza na zebrania naukowe i zjazdy zawsze ta sama garstka lekarzy mieszkających w stolicy wojewódzkiej, lub jej pobliżu, — lekarzy wymownych, chętnie dyskutujących i popisujących się swą erudycją, a jeszcze chętniej wsłuchujących się we własne błyskotliwe wywody.

Ogół lekarzy z prowincji stroni od tych przejawów życia naukowego lub pseudonaukowego, bo uświadamia sobie, że tam nie znajdzie tego, czego potrzebuje, a wartość okrucich wiedzy użytecznej nie równoważy im trudów dojazdu.

Jak wyglądają potrzeby tych lekarzy, na których barkach spoczywa ilościowo (nie jakościowo) co najmniej 80% ciężaru lecznictwa narodu? Pragną oni w terminie kilkunastu dni:

a) zapoznać się z najważniejszymi postępami medycyny, lecz tylko o ile mają one dla nich praktyczne zastosowanie,

b) zorientować się w popełnianych przez siebie błędach i nauczyć się unikania ich,

c) nauczyć się, według własnych indywidualnych życzeń, niektórych zabiegów (np. wżernikowania ucha u dzieci), względnie rozpoznawania pewnych, ściśle oznaczonych chorób (np. zawału serca, pityriasis rosea).

Jest oczywiście, że takiemu zadaniu nie może sprostać samorządna i dorywcza akcja grona lekarzy, nawet owianych najlepszymi chęciami, bo przygotowanie tak poważnej akcji wymaga sił o wybitnych zdolnościach pedagogicznych i organizacyjnych, a przede wszystkim poświęcających się mu zawodowo i systematycznie. I tu wchodzi już w program szczegółowy przyszłych Kursów Doksztalcających, tak jak zarysowuje się on w głowach szerokich rzesz zainteresowanych lekarzy, a jaki mógł by zrealizować Instytut.

Postawą jego trwałej egzystencji winno być rozporządzenie o przymusowym doksztalcaniu lekarzy w okresach pięcioletnich. Ponieważ wypowiedzenia prezesa Naczelnej Izby Lekarskiej profesora Dr. Michałowicza, że „przed wojną należeli lekarze polscy już do proletariatu, a dziś stoczyli się do lumpen-proletariatu”, nie straciło na swej aktualności, wspomniane rozporządzenie powinno zapewnić kursistom wypłacanie im w ciągu kursu przez zatrudniające danego lekarza instytucje państwowe, samorządowe i ubezpieczalniane, pełnych poborów. Kursy musiały by być bezpłatne i zapewniać wolne mieszkanie i utrzymanie w bursie.

Najłatwiejszym bodaj zadaniem będzie wykładanie ostatnich postępów medycyny. Należy tu jednak unikać dwóch niebezpieczeństw, ważnych, gdy przedmiot streszczać wypadnie do kilku godzin: zbytniego, a nużącego obarczania słuchaczy teorią, oraz poruszania modnych, niewypróbowanych dostatecznie i prawdopodobnie efemerydalnych nowinek.

Niepomiernie trudniejszym i ważniejszym przedmiotem wykładów musi być walka z błędami lekarskimi. Głos tu muszą mieć ich znawcy, a zatem długoletni kierownicy szpitali, przez których ręce przechodziły

tysiące mylnie rozpoznanych i leczonych wypadków, a nadto kursисти sami. Było by pożądane, aby każdy z nich zdawał anonimowo pisemne sprawozdanie z własnych, tragicznych omyłek, a nagromadzony materiał stanął się z czasem drogocennym skarbem dla wykładowców, a opracowany systematycznie i opublikowany może być ważnym przyczynkiem do podniesienia poziomu lecznictwa i reformy studiów.

Nauczenie kursistów pewnych zabiegów i rozpoznania, o co proszą kilka tygodni przed kursem, wymagać będzie wielkiego daru organizacyjnego i nakładu pieniężnego, stanowić będzie jednak do pewnego stopnia probierz wartości nowej placówki.

Jest oczywiście, że dokształcanie lekarzy specjalistów, aczkolwiek podobne w swym założeniu, wymagać będzie uprzedniego uruchomienia nowoczesnie wyposażonych klinik z danych działów.

Poczynania organizatorów Instytutu Dokształcania były by szczątkowe, gdyby zapomnieli o konieczności moralnego szkolenia lekarzy. Kursy, mogły by stać się do pewnego stopnia rekolekcjami zawodowymi z etyki lekarskiej. Odnosnie obowiązkowe wykłady muszą poruszać stosunek lekarza do chorego, lekarza do lekarza i lekarza do instytucji społecznych. Unikając taniego, moralizatorskiego tonu, a przemawiając z życia i jego wymogów, należało by omówić zagadnienia, jak uzależnienie udzielania pomocy lekarskiej od uiszczenia honorarium, lekceważące traktowanie ubezpieczonych, odmowa pomocy w nocy, przerywanie ciąży, niezgodne z prawdą świadectwa lekarskie, niekoleżeńskie zachowywanie się, nieobywatelskie wystąpienia i wiele innych grzechów codziennych. Dyskusje winny uzupełnić wykłady i utrwalić ich wrażenie.

Jest nieodzowne, by dokształcanie miało charakter kursów zamkniętych, w których dokładnie przemyślany i stale ulepszany program, urozmaicony dyskusjami i zebraniemi towarzyskimi, pozwolił na optymalne wykorzystanie czasu i na maksymalne zdobycze duchowe.

Dla utrwalenia dalszego kontaktu kursistów z Instytutem można by stworzyć stałą Poradnię Lekarską, czyli komórkę korespondencyjną, pomocną lekarzom w rozwikłaniu trudnych wypadków diagnostycznych i podających na ich zapytania propozycje leczenia, na wzór zagraniczny. Dział ten warto z czasem rozwinąć w specjalne czasopismo, bo dyskutowane wypadki i wywołujące się w związku z nimi dyskusje, zaciekawiały bez wątpienia ogół, co przyczyni się do podniesienia poziomu lecznictwa w kraju.

Tak wyglądają nasze prośby i życzenia! Nadzieje nasze idą jednak znacznie dalej. Wierzymy, że Instytut stanie się podwaliną przyszłej Śląskiej Akademii Lekarskiej. Rozwój taki był by ze wszech miar pożądany, przede wszystkim ze względów narodowych.

Wadą strukturalną ludności śląskiej jest brak większej ilości rodzimej inteligencji. Padła ona ofiarą sprytniej polityki germanizacyjnej, która systematycznie przenosiła wybitniejsze jednostki śląskiej młodzieży w głąb Niemiec, gdzie żeniły się z Niemkami i pozostawały na stałe. Braki inteligencji zostawały zapełniane elementem pozamiejscowym, — inteligencją pochodzącą z Rzeszy, lub napływową polską. W ten sposób wytworzył się u autochtonów śląskich, stwierdzających, że wszelkie lepsze posady są obsadzone przez „przybyszów“, poczucie rozgoryczenia, przeszkadzające repolonizacji. Tylko wychowanie wielkiej rdzennie śląskiej inteligencji i oddanie w ich ręce czołowych stanowisk, usunie na zawsze

wspomnianą przeszkodę. Utworzenie Politechniki w Gliwicach było pierwszym krokiem, jaki zrobiła odrodzona Polska w tym kierunku. Drugim będzie Akademia Lekarska w Rokitnicy.

Nastąpiło: *Sprawozdanie skarbnika Dra Pojdy*: Z działalności kasy za czas od 1 stycznia do 31 grudnia 1946 r. (skrótowo):

Przychody:

Fozostałość z roku 1945	zł 108.950,53
Składki członkowskie za rok 1946	zł 336.390,—
Składki członkowskie Sekcji Dentystycznej	zł 25.550,—
Za legitymacje, cenniki, wpłata zaliczek i podatku przez personel itp.	zł 38.356,40
Czynsz z domu Moniuszki 6/8	zł 75.198,—
Razem	zł 584.444,93

Rozchody:

Pobory pracowników, materiał biurowy, koszty podróży i diety. Portoria.	
Czynsz, opał, przeprowadzka, malowanie, telefon itp.	zł 377.418,15
Administracja nieruchomości	zł 66.951,50
Gabinet męski	zł 27.000,—
Epidiaskop	zł 8.000,—
Razem	zł 479.369,65

Nabyty dom przy ul. Moniuszki 6/8 zł 6.371.126,—
Nadwyżka majątkowa za rok 1946 wynosi zł 155.305,75
Równocześnie znajduje się książeczka oszczędnościowa Komunalnej Kasy

Oszczędności w Chorzowie z 1936 r. na zł 5.597,92
Zaległe składki za rok 1946 wynoszą zł 124.185,—
Zwolnienie z opłat składek członkowskich za 1946 r.
Całkowite zwolnienia lek. 41 na łączną sumę zł 28.700,—

50%	„	21	„	zł 7.350,—
30%	„	1	„	zł 490,—
Za I półrocze	„	3	„	zł 1.050,—
Za III kwartały	„	1	„	zł 525,—
Do zł 300,—	„	1	„	zł 450,—
razem:		68		zł 38.565,—

Z kolei wygłosił *Dr Pawłowski: Sprawozdanie Kierownika Biura rozliczeń z działalności Biura Rozliczeń za czas od 1 IV 1946 r. do 31 III 1947 r.*

„W zasadniczej strukturze i organizacji pracy Biura Rozliczeń nie zaszły w okresie sprawozdawczym w porównaniu z okresem poprzednim żadne istotne zmiany. Należy podkreślić, że prawną podstawą działalności Biura Rozliczeń była nadal zawarta w sierpniu 1945 r. Umowa Ramowa i prawomocne uchwały Zarządu Związku i Biura Rozliczeń. Organami kontrolnymi były, jak dotąd, miesięczne ujęte protokółarnie posiedzenia Komisji Rewizyjnej Biura Rozliczeń i jednorazowo przeprowadzona kontrola księgowości przez zaprzysiężonego księgowego, którego protokół stanowi uzupełnienie niniejszego sprawozdania. Natomiast w przeciwstawieniu do powyższego należy stwierdzić, że ilość dokonanych prac, jako też poszerzenie zasięgu ich uległy znacznym zmianom w sensie wielokrotnienia ich. Wypuklenie tego będzie głównym zadaniem niniejszego sprawozdania.

Strukturalnie nowością w Biurze Rozliczeń jest utworzenie kolegium czterech lekarzy z Chorzowa, które,

jako tzw. Komisja Lekarska, przeprowadzało systematyczną kontrolę przedstawionych do rozliczeń zabiegów specjalnych, badając je z punktu widzenia fachowo-lekarskiego.

Koszty utrzymania Biura Rozliczeń przedstawiają się następująco:

Uposażenia pracowników	zł 919.344,—
Zapomogi w formie pożyczek długoterminowych	zł 57.920,— 977.264,—
Koszty podróży personelu	36.819,—
Materiały biurowe	89.377,—
Czynsz, opał, woda i światło	42.463,—
Remont i utrzymanie Biura Rozliczeń	53.979,—
Abonament telefonu	36.631,—
Składki ubezpieczeniowe	111.779,—
Inwestycje meblowe i przedmioty użytkowe	51.046,—
	<u>zł 1,399.368,—</u>

Procentowy udział tych kosztów w ogólnej kwocie zł 115,364.917,— wynosi 1,21%
W poprzednim okresie sprawozdawczym 3,40%

Ilość opracowanej korespondencji wynosi:

wysłanej	1983
otrzymanej	2226

Ogólna ilość ubezpieczonych wszystkich Ubezpieczalni Społecznych Śląskich wynosiła:

w kwartale II/46	543.067
„ III/46	576.114
„ IV/46	613.442
„ I/47	632.509

Procentowy wzrost stanu z I/47 w stosunku do I/46 wynosi 28,74%. Tę ilość obsługiwała nast. ilość lekarzy:

w kwartale II/46	346
„ III/46	385
„ IV/46	409
„ I/47	418

Procentowy wzrost stanu z I/47 do I/46 wynosi 24,03%.

Ilość opracowanych i uznanych zleceń do lekarza wynosiła:

w kwartale II/46	290.233
„ III/46	373.435
„ IV/46	395.306
„ I/47	475.070

Wzrost procentowy stanu z I/47 do I/46 wynosi 72,40%.

Uznana i honorowana ilość punktów kartkowych i wszystkich innych z wyjątkiem punktów zabiegowych wynosiła:

w kwartale II/46	3.092.975
„ III/46	3.767.032
„ IV/46	3.961.631
„ I/47	4.527.879

Ilość punktów zabiegowych uznana i honorowana wynosiła:

w kwartale II/46	506.753
„ III/46	677.257
„ IV/46	731.070
„ I/47	807.401

Wzrost procentowy z I/47 w stosunku do I/46 punktów kartkowych i innych wynosi 56,62%, punktów zabiegowych zaś 94,58%.

Wzrost procentowy z I/47 do I/46 wartości punktu kartkowego wynosi 220%; punktu zabiegowego 166,66%.

Wpływy z ubezpieczenia chorobowego do Ubezpieczalni Społecznych wynosiły:

za kwartał II/46	zł 138.367.403,—
„ III/46	zł 235.872.984,—
„ IV/46	zł 325.544.225,—
„ I/47	zł 339.663.476,—

Razem za cały okr. sprawozd. zł 1.039.448.088,—

Dokonane wpłaty Ubezpieczalni Społecznych do Biura

Rozliczeń wynosiły:

za kwartał II/46	zł 16.543.189,—
„ III/46	zł 30.265.629,—
„ IV/46	zł 47.870.074,—
„ I/47	zł 40.602.675,—

Razem: zł 135.281.567,—

Wzrost procentowy tych wpłat z I/47 do I/46 wynosi 291,59%.

Zadłużenie Ubezpieczalni na rzecz Biura Rozliczeń wynosi na dzień 31 III 1947 r. — zł 592.983,— (obliczono według stopy procentowej 16%).

Statystyka wypłaconego przez Biuro Rozliczeń lekarzom honorarium przedstawia się sumarycznie jak następuje:

Wypłacono:

w kwartale II/46	zł 12.858.081,—
„ III/46	zł 19.387.531,—
„ IV/46	zł 30.792.572,—
„ I/47	zł 39.452.636,—

Razem: zł 102.490.820,—

Przeciętna wysokość wypłaconego kwartalnie honorarium wynosiła:

w kwartale II/46	zł 37.195,—
„ III/46	zł 50.013,—
„ IV/46	zł 75.287,—

Ostateczne opracowanie statystyczne kwartału I/47 nastąpi w czerwcu 1947 r.

Wzrost procentowy wypłaconego kwartalnie honorarium z I/47 do I/46 wynosi 398,12%.

Wzrost procentowy przeciętnej kwartalnej z IV/46 na I/46 wynosi 220,34%.

Tabela świadczeń socjalnych statutowo-obowiązkowych i dobrowolnych przedstawia się sumarycznie następująco:

Na rzecz pierwszych świadczeń statutowych (Związek Zawodowy Lekarzy Katowice, Związek Lekarzy U. S. Kraków, Izba Lekarska Katowice, Fundusz Społeczny Izby Lekarskiej) wyasygnowano: zł 2.260.257,—.

Na rzecz drugich, tzn. dobrowolnych (odszkodowanie urlopowe, subwencja na bibliotekę Państw. Szkoły Położnych, dobrowolna subwencja na rzecz P. P. O. K., subwencja dla Biblioteki Publicznej Lekarzy, datki dla Ligi Morskiej, P. C. K., na sztandar pułkowy, Towarzystwo Burs i Stypendiów, różne druki, ryczałty osiedleńcze dla lekarzy U. S. Opole, dodatki wiejski dla lekarzy U. S. Opole, zasiłki chorobowe, zasiłki pośmiertne, koszty szpitalne chorujących lekarzy, gazety i czasopisma, umorzone zadłużenia 11 lekarzy) wyasygnowano: zł 7.559.916,—.

Charakter socjalny w pewnym sensie noszą także kwoty wydatkowane na zakup domu Związku Lekarzy w Katowicach w wysokości zł 6.371.826,— oraz na udział we firmie farmaceutycznej „Sana“ w Katowicach w wysokości zł 4.000.000,—.

Odprowadzenie obu tych ostatnich kwot nastąpiło z inicjatywy i na podstawie odpowiednich uchwał Zarządu Związku i na Zebraniu Delegatów Lek. Ubezpieczalni Społecznych. W obu wypadkach właścicielami wkładów są lekarze pracujący na rzecz Ubezpieczalni Społecznych, zgodnie z tekstem odpowiednich klauzul, umieszczonych w odnośnych protokołach posiedzeń Zarządu Biura Rozliczeń i w korespondencji Zarządu Związku z Biurem Rozliczeń.

Obciążenie kont lekarzy na dzień 31 III 1947 wynosiło zł 7.588.124,—. Składają się na to tzw. pożyczki długoterminowe w wysokości zł 7.562.433,— i zadłużenie lekarzy powstałe z wyasygnowanych, a nie pokrytych dostarczonymi zleceniami zaliczek, w wysokości zł 25.691,—.

Ze względu na niemożność odnalezienia miejsca zamieszkania szeregu lekarzy, którzy jako dłużnicy opuścili nasz teren, Zarząd Biura Rozliczeń był zmuszony umorzyć niektóre pozycje tych zadłużeń, spowodowanych wyasygnowaniem niepokrytych dostarczonymi zleceniami zaliczek w łącznej sumie zł 68.915,— u 11 lekarzy.

Saldo gotówkowe Biura Rozliczeń na dzień 31 marca 1947 r. wynosiło:

P. K. O. Katowice	zł 7.188.872,97
Bank Związku Spółek Zarobkowych	
Chorzów	zł 20.116.220,—
Kasa Biura Rozliczeń	zł 99.461,57
Razem:	zł 27.404.554,54

Konieczność utrzymania działalności tak bądź co bądź skomplikowanego aparatu administracyjno-finansowego, jakim jest Biuro Rozliczeń, na odpowiednim poziomie tak pod względem sprawności, jak i uczciwości, czyni jako nieodzowne, wprowadzenie w niektórych wypadkach pewnych pociągnięć dyscyplinarnych w stosunku do jednostek o mniejszym poczuciu obowiązku i etyki. Domaga się również tego sprawiedliwość w stosunku do tych kolegów, którzy lojalnie, a nawet gorliwie zadość czynią obowiązkowi regulaminowym Biura Rozliczeń. Stosowanie zresztą pewnych posunięć karnych w wypadkach koniecznych przewiduje i Umowa Ramowa i prawomocne uchwały Zarządu Biura Rozliczeń. Niestety wobec zaszłych kilku wypadków, po partych protokołarnie ujętymi dochodzeniami, było Biuro Rozliczeń zmuszone do zastosowania sankcji karnych. Dzieliły się one na następujące trzy różne rodzaje:

1. Na dokonywaniu przez Komisję Lekarską poprawek w rachunkowym zestawieniu punktów zabiegowych, wzgl. wyjazdowych, zgodnie z obowiązującym cennikiem Biura Rozliczeń, ze skreśleniem nieuzasadnionych punktów.

2. Na stosowaniu punktów karnych u tych kolegów, którzy w zbyt rażący sposób przekraczali obowiązujący wszystkich w równym stopniu regulamin, dotyczący sposobu oddawania zleceń do lekarza.

3. Na nakładaniu wysokich kar pieniężnych i wszczęciu kroków, zmierzających do zerwania umowy przez Ubezpieczalnię Społeczną z danym kolegą.

Dzięki Bogu, w nielicznych stosunkowo tylko wypadkach było Biuro Rozliczeń zmuszone do stosowania wyżej wspomnianych sankcji karnych, czyniło to zawsze bardzo niechętnie i oględnie, po wszechstronnym zbadaniu wszelkich ubocznych okoliczności, mogących wpłynąć na złagodzenie wielkości winy danego Kolegi. Nad drobnymi niedociągnięciami przeszło Biuro

Rozliczeń do porządku dziennego, natomiast nieublagane być musiało w wypadkach czasem złośliwie i demonstracyjnie stale powtarzających się, oraz wobec objawów braku poczucia dyscypliny społecznej.

Liczbowo przedstawia się to zagadnienie w sposób następujący:

Ilość zakwestionowanych punktów zabiegowych sumarycznie wynosiła	14.485
Ilość zastosowanych punktów karnych za cały rok 1946 wynosiła (u 35 lekarzy)	10.500

Najcięższe zaś kary zastosowano na podstawie uchwał Zarządu Biura Rozliczeń, dotąd od początku istnienia Biura Rozliczeń u trzech kolegów, a to za wystawienie rachunków najczęściej za wizyty nocne, wzgl. niedzielne, których w ogóle nie wykonano.

W stałym dążeniu do poprawy honorarium lekarskiego Biuro Rozliczeń, zdając sobie doskonale sprawę z niedostateczności poziomu dochodowości lekarzy, przeprowadziło szereg poprawek na korzyść lekarzy, oczywiście, o ile zezwalały na to wpływy z Ubezpieczalni Społecznych, przy równoczesnym stałym rezerwowaniu pewnego minimum funduszu dla wypłat w wypadku ewent. braku wpływów z Ubezpieczalni Społecznych. A więc obok przyczyniania się do regularnego wzrostu miesięcznych dochodów poszczególnych lekarzy, możliwego i wynikającego ze zwiększenia się wpływów z Ubezpieczalni Społecznych, jak to widzieliśmy w wyżej przytoczonej statystyce porównawczej, przeprowadzono kilka ulepszeń odnośnie wartościowania czy to zleceń do lekarza, czy też zabiegów specjalnych. A mianowicie:

1. W kwietniu 1946 podwyższono skalę pełnowartościowości zleceń z 800 na 1200.

2. Od 1 I 1946 zlikwidowano wysoce krzywdzący sposób honorowania punktów zabiegowych do maksymalnej ilości 3000, wprowadzając w zamian za to możliwość honorowania ich w znacznie większej ilości z tym, że od 2000 punktów wzwyż, stosowano redukcję punktów w każdym następnym tysiącu o 10% przy odmienniej mniejszej wartości tego punktu w porównaniu z punktem kartkowym. Na uzyskane ulepszenie wskazuje wyraźnie korzystniejsze oblicze wzrostu procentowego wyasygnowanego honorarium na rzecz zabiegów specjalnych w porównaniu ze wzrostem procentowym honorarium wypłaconego na rzecz wszystkich innych punktów (patrz statystyka).

3. Podwyższono honorarium za dopełnienie odma z 20 na 40 punktów.

4. W punktacji wyjazdowej podwyższono ilość punktów kilometrażowych w zależności od rodzaju pojazdu.

5. Stawkę zasiłku pośmiertnego podwyższono z 20.000,— na 40.000,— zł.

6. Z uwagi na znaczenie społeczne walki z gruźlicą podniesiono skalę pełnowartościowości punktów zabiegowych u ftizjologów za leczenie uciskowe z 2.000 na 3.000 punktów.

7. Ostatnią poprawkę wprowadzono w honorowaniu elektrokardiogramu, przyznając z dniem 1 I 1947 za 1 EKG 100 punktów (dotąd 70) i zł 100,— dodatku do każdego wykonanego EKG tyt. zwrotu wydatków rzeczowych za film i druki formularzowe.

8. Dla lekarzy osiedlających się wzgl. już osiedlonych na Opolskim, na wsi wzgl. w miastach do 5.000 mieszkańców, przyznano tzw. dodatek osiedleńczy w wys.

zł 10.000,— wzgl. dodatek wiejski w wys. zł 5.000,— miesięcznie.

Na zakończenie pozwolimy sobie wysunąć kilka uwag o Biurze Rozliczeń i jego działalności. Biuro Rozliczeń jako łącznik w sprawach finansowych między Ubezpieczalnią, a lekarzami, jako instytucja kierowana przez lekarzy samych, pomyślane było w zaraniu swego istnienia jako instrument, stojący na straży przede wszystkim interesów materialnych lekarzy i ich rodzin, we wąskim i szerokim tego słowa znaczeniu w zamian za trud i ofiarną pracę złożoną przez lekarzy na drodze obowiązku względem chorych tak gęsto usianej ból zadającymi kołcami. Toteż zapowiedź zawarta w ostatnim zdaniu zeszłorocznego sprawozdania z działalności Biura Rozliczeń: „Główny cel, jaki Biuru Rozliczeń przyswieca, to stałe dążenie mimo licznych trudności, do przyczynienia się do poprawy bytu materialnego lekarzy naszego terenu”, została w niemałej mierze spełniona w harmonii z głosem spokojnego sumienia kolegów kierujących Biurem Rozliczeń, ich doradców i współpracującego z nimi personelu Biura Rozliczeń.

Wierzimy głęboko, że o ile los łaskawy zezwoli na dalsze istnienie Biura Rozliczeń, z uwagi na mające nastąpić zmiany naszej umowy z Ubezpieczalnią, instytucja ta, przy ciągłym dalszym pomyślnym rozwoju nadal przyczyniać się będzie do stwarzania nam lekarzom zadowalających warunków bytu, na jakie przecież chyba w całej pełni zasługujemy. Wobec zaś naszej potomości lekarskiej staniemy się może pionierami lepszego jutra... Exegi monumentum aere perennius...

Dr Obremba odczytał protokół Komisji Rewizyjnej Związku:

Komisja Rewizyjna w składzie: Dr. med. Roszaka Stanisława, Dr. med. Knosaty Jana i Dr. med. Obremby Teodora, przeprowadziła kontrolę księgowości Związku Zawodowego Lekarzy Województwa Śląsko-Dąbrowskiego w Katowicach za czas od 1 stycznia do 31 grudnia 1946 r., przy czym stwierdza, że wykazane zapisy w księgach były zgodne z dowodami księgowych.

Stan kasy na dzień 31 grudnia 1946 r. składa się z obrotów jak następuje:

I. Przychód:

Pozostałość z roku 1945	zł 108.950,53
Składki członkowskie za 1946 r.	zł 336.390,—
Składki członkowskie Sekcji Dentystycznej	zł 25.550,—
Za legitymacje członkowskie	zł 21.133,—
Za cenniki	zł 878,—
Wpłata zaliczek i podatku przez personel	zł 12.304,80
Mylny przekaz	zł 3.000,—
Różne	zł 712,60
Czynsz z domu Moniuszki 6/8	zł 75.198,—
Odsetki bankowe	zł 328,—

Sumy przechodnie:

Wyrównane	zł 55.809,—	
Nabyty dom	zł 6.371.126,—	
Gabinet męski	zł 27.000,—	
Epidiaskop	zł 8.000,—	
Nieściągn. składki	zł 124.185,—	zł 6.586.120,—
Pożyczka pracowników		zł 25.350,—
Razem:		zł 7.195.914,93

II Rozchód:

Pobory pracowników	zł 192.334,87
Materiał biurowy	zł 15.953,—
Koszty podróży i diety	zł 6.113,—
Związek Prac. Służby Zdrowia	zł 8.410,—
Portoria	zł 7.787,—
Subwencje	zł 37.965,—
Biuro Rozliczeń (Bony żywnościowe)	zł 700,—
Sumy przechodnie wyrównane	zł 55.813,—
Gabinet męski	zł 27.000,—
Epidiaskop	zł 8.000,—
Nieruchom. (dom przy ul. Moniuszki 6/8)	zł 6.671.126,—

Koszty ogólne:

Czynsz	zł 3.274,—	
Światło, woda	zł 1.989,37	
Opał	zł 21.430,50	
Podatek od lokalu	zł 420,—	
Przeprowadzka, malowanie	zł 25.011,81	
Telefon	zł 23.212,50	
Legitymacje członkowskie	zł 1.850,—	
Wyd. łącz. z waln. zeb.	zł 4.015,—	
Na wyd. dla Koła Opole	zł 1.000,—	
Składka Z. Z. Prac. Sl. Zdr.	zł 7.500,—	
Retaksacja wzorów recept	zł 2.000,—	
Rez. na pokr. niezapl. w.	zł 2.639,50	
Za życiorysy	zł 2.400,—	
Przybory do sprzątania		
doręczenia pocztowe etc.	zł 5.054,—	
Mylny przekaz	zł 3.000,—	
Wyd. związane z „Saną“	zł 2.690,—	
Administracja nieruchom.	zł 66.951,50	
Koszty bankowe	zł 668,60	zł 175.106,78
Pożyczka dla pracowników		zł 25.350,—

Różnica majątkowa:

Nadwyżka z roku 1945	zł 108.950,53	
Nadwyżka z roku 1946	zł 155.305,75	zł 264.256,28
Razem:		zł 7.195.914,93

Zestawienie majątkowe na dzień 31 grudnia 1946 r.

Stan czynny:

Nieruchomości (dom)	zł 6.371.126,—
---------------------	----------------

Ruchomości:

Gabinet męski	zł 27.000,—	
Maszyna do pisania	zł 8.000,—	
Maszyna do liczenia	zł 9.000,—	
Epidiaskop	zł 8.000,—	zł 52.000,—
Gotówka w kasie		zł 20.405,28
Pocztowa Kasa Oszczędn.	zł 15.455,—	
Bank Zw. Spółek Zarobk.	zł 19.818,—	zł 35.273,—
Administrator nieruchomości	zł 10.382,50	
Dłużnicy za nieściągnięte składki	zł 124.185,—	
Pożyczka-zaliczka pracowników	zł 25.350,—	
Razem:		zł 6.638.721,78

Równocześnie znajduje się książeczka oszczędnościowa Komunalnej Kasy Oszczędności w Chorzowie Nr 24432 z 21 XII 1936 r. na sumę w wysokości zł 5.597,92

Stan bierny:

Pozostałość majątkowa z r. 1945:

Poczt. Kasa Oszczęd.	zł	1.802,—	
Śląski Zakład Kredytowy	zł	31.414,—	
Bank Zw. Spółek Zar.	zł	52.220,—	
Gotówka w kasie	zł	6.514,53	zł 108.950,53
Biuro Rozliczeń za dom, Moniuszki 6/8	zł	6.371.826,—	
Zaległe opłaty (telefon, światło)	zł	2.639,50	
Nadwyżka majątkowa za rok 1946	zł	155.305,75	
Razem:	zł	6.638.721,78	

Katowice, -dnia 13 maja 1947 r.

Komisja Rewizyjna Związku Zawodowego Lekarzy Województwa Śl.-Dąbrowskiego. Podpisy: Dr Roszak Stanisław, Dr Obremba Teodor, Dr Knosala Jan.

Sprawozdanie władz Związku zakończyła *relacja przewodniczącego Komisji Rewizyjnej Biura Rozliczeń Dra Czechanowskiego.*

Sprawozdanie z działalności Komisji Rewizyjnej Biura Rozliczeń za czas od 1 IV 1946 do 31 III 1947.

Komisja Rewizyjna Biura Rozliczeń, wybrana na dorocznym Walnym Zebraniu Związku Zawodowego Lekarzy Woj. Śląsko-Dąbrowskiego w dniu 28 IV 1946 w składzie Kol. Kol. Bekiera, Bukowego, Czechanowskiego, Olchawy i Stawińskiego, ukonstytuowała się na swoim pierwszym posiedzeniu w dniu 11 V 1946 r. następująco:

Przewodniczący: Kol. Czechanowski,
Sekretarz: Kol. Stawiński,
Członkowie: Kol. Bekier,
Kol. Bukowy,
Kol. Olchawa.

Komisja odbyła w okresie sprawozdawczym 10 posiedzeń zwyczajnych, oraz 3 posiedzenia nadzwyczajne, badając wszystkie pozycje w poszczególnych księgach, jakie Biuro Rozliczeń prowadzi, stwierdzała zawsze całkowitą zgodność przychodów i rozchodów za czas od 1 IV 1946 do 31 III 1947 r. Niezależnie od naszych czynności, z polecenia Zarządu Biura Rozliczeń przeprowadził w dniu 17, 19 IV i 6 V rewizję ksiąg Biura Rozliczeń zaprzysiężony rzeczoznawca Ob. Mgr Karbowiak z Chorzowa i stwierdził, że cyfry były wpisane do ksiąg poprawnie, jak również wszystkie pozycje były udokumentowane, a bilans na dzień 31 XII 1946 r. zgadza się z prowadzoną księgą główną i że saldo na kontach Banków zgodne jest z wyciągami kontowymi sporządzonymi na dzień 31 III 1947 r.

Stan finansowy Biura Rozliczeń przedstawia się na dzień 31 III 1947 następująco:

P. K. O. Katowice	zł	7.188.872,97
Bank Związku Spółek Zarobk.	zł	20.116.220,—
	zł	27.305.092,97
Kasa	zł	99.461,57
	zł	27.404.554,54

Komisja Rewizyjna stawia wobec tego wniosek o udzielenie *absolutorium Zarządowi Biura Rozliczeń.*

Komisja Rewizyjna doceniając ogrom pracy włożonej w okresie sprawozdawczym w sprężyste funkcjonowanie Biura Rozliczeń czuje się obowiązana wobec Walnego Zebrania *podziękować Zarządowi Biura Rozliczeń* w osobach Kol. prezesa Dra Hankego, Polskiego, Gregorczyka, Nowary i kierownika Biura Rozliczeń Dra Pawłowskiego za bezinteresowną pracę dla dobra ogółu Kolegów.

Przewodniczący Komisji Rewizyjnej Biura Rozliczeń, podpis Dr Czechanowski; Sekretarz: Dr Stawiński; Członkowie: Dr Olchawa, Dr Bekier, Dr Bukowy.

Na wniosek Komisji Rewizyjnej zebranie uchwaliło Zarządowi przez aklamację *absolutorium.*

Dr Mróz z Nysy wyraził Zarządowi w imieniu zebranych podziękowanie za jego trudy.

W międzyczasie ukończyła Komisja swe badania uprawnień delegatów i przyszła do przekonania, że dla braku odpowiedniego materiału uprawnień tych skontrolować nie może, wobec czego proponuje odroczenie Walnego Zebrania o kwartał i zatwierdzenie obecnego składu władz związkowych do tego czasu. Wniosek został przyjęty przez aklamację bez sprzeciwu.

W dalszym ciągu przyjęto zmianę nazwy organizacji, dokonanej przez Zarząd, a polegającą na *skreśleniu słowa „zawodowy”.*

Upoważniono nadto na wniosek Dra Hankego Zarząd Związku do wyboru *Komisji Reorganizacyjnej*, która była by władną do zaadaptowania formy Związku do wymogów chwili obecnej.

Zebranie wypowiedziało się za *oddaniem nieuzgodnionych z delegatami ZUS'u punktami projektów umowy zbiorowej z Ubezpieczalnią pod arbitraż* po myśli art. 129 Ustawy Ubezpieczeniowej.

Po poruszeniu licznych aktualnych zagadnień, a w szczególności spraw Śląska Cieszyńskiego (wnioski Dra Tadeusza Stawińskiego i Dra Halamy, by Związek objął swymi pertraktacjami z ZUS'em również Ubezpieczalnię Bielską).

Dr Hanke wyraził podziękowanie przewodniczącemu Dr. Szumskiemu za przeprowadzenie Walnego Zebrania w okolicznościach nader trudnych.

Zebranie Sekcji Lekarskiej Zw. Zaw. Prac. Śl. Zdr. odroczone.

Komunikat Biura Rozliczeń nr 15 z dnia 5 VI 1947 r.

Szanowny Kolego!

Poniżej podajemy dwa sprawozdania, z którego pierwsze zapozna Was z wprowadzeniem nowego systemu lecznictwa od 1 VII 1947 r., drugie zaś z nader ważnymi uchwałami wykonawczymi:

1. Sprawozdanie

z pertraktacji odbytych w dniu 3 VI 1947 r. w sprawie Układu Zbiorowego Pracy Ubezpieczalni Śląskich.

Dnia 3 VI przybyli do Katowic z Warszawy: Wice-minister Pracy i Opieki Społecznej Gebartowski, Szef Departamentu Modliński, Dyrektor Lecznictwa i Nad-

zoru ZUS'u Dr Rohloff, oraz inni urzędnicy Ministerstwa i ZUS'u, celem definitywnego wprowadzenia ogólnopolskiego ustroju lecznictwa w Województwie Śląskim. O godzinie 13-tej odbyła się konferencja wstępna u Wicewojewody Ziętka, na której Minister Gebartowski odczytał pismo Ministra Pracy i Opieki Społecznej Rusinka z dnia 31 V 1947 r. do Związków Zawodowych Pracowników Służby Zdrowia w Katowicach, komunikując, że dnia 1 VII zostanie na Śląsku zmieniony system lecznictwa i że punkty sporne Układu Pracy pójda pod arbitraż Komisji Rozjemczej, której wyrok obowiązywać będzie wstecz od 1 VII, a której przewodniczącym będzie sędzia zawodowy.

Imieniem delegacji lekarskiej (Dr Cienciala, Dr GOLONKA, Dr Gregorczyk, Dr Hanke, Dr Stawiński, Dr Zawadzki) oświadczył na to Dr Hanke, że decyzja Ministra stawia Ubezpieczalnię w trudne położenie prawne, bo nie mają one na razie jeszcze możliwości zawarcia umów ponad 8 godzin pracy, dopóki zgodnie z art. 8 lit. d Ustawy o Ochronie Pracy z dn. 18 XII 1919 r. (Dz. U. R. P. nr 1933, nr 94) Rada Ministrów nie wyda rozporządzenia zezwalającego na takie przedłużenie okresu pracy. Dał wyraz nadziei, że sprawa ta zostanie uprzednio załatwiona, aby kontrahentów nie narażać na sankcje karne. Wskazał nadto na konieczność uprzedniego uzgodnienia norm umownych, obowiązujących od 1 VII do czasu arbitrażu, który mógł by zapaść ewentualnie dopiero po kilku miesiącach.

Minister zapewnił na to autorytatywnie, że znajduje drogę do załatwienia zastrzeżeń prawnych w dziedzinie ochrony pracy, których jest ustawowym stróżem. Dalsza konferencja odbyła się bez udziału Ministra, a przy uczestnictwie delegatów świata pracy (O. K. Z. Z.) pod przewodnictwem Dyrektora Modlińskiego w Ubezpieczalni Katowickiej (godz. 15—18).

Dyrektor Rohloff przedstawił imieniem ZUS'u ponownie „*protokół porozumiewawczy*”, zaproponowany Związkowi już na konferencji z dnia 19 maja 1947 r., a zmierzający do tego, by lekarze wyrazili swoją zgodę na podjęcie pracy lekarzy domowych od 1 VII 1947 r. na warunkach, które *dodatkowo* ustali wyrok arbitrażowy.

Delegacja lekarska wyraziła na to po naradzie swoją zgodę pod następującymi warunkami:

1. Minister Pracy i Opieki Społecznej usunie trudności prawne istniejące dla wejścia w życie umowy zgodnie z art. 8d Ustawy o Ochronie Pracy.

2. Ubezpieczalnie Społeczne uregulują wprzód wszystkie zaległości finansowe wobec Biura Rozliczeń wynikające z Umowy Ramowej.

3. Przedstawiciel ZUS'u wyrazi już teraz z góry zgodę na to, że:

a) przy rozliczaniu ilości ubezpieczonych danego rejonu przydział *maksymalnie* 1350 ubezpieczonych zostanie uznany za 5 godzin pracy;

b) przy obliczaniu godzin specjalistycznych Ubezpieczalnie zastosują normy warszawskie bez ograniczenia sumy godzin specjalistycznych do 30% sumy godzin lekarzy domowych; (Uwaga: ZUS wycofał się z początkowo przyznanego klucza warszawskiego do pierwotnej całkiem ogólnikowej propozycji);

c) stawka za gabinet wynosić będzie 800.— zł za wszystkie godziny ordynacyjne;

d) liczba członków Ubezpieczalni, wykazana w statystyce równać się będzie liczbie ubezpieczonych zaliczonych wszystkim lekarzom rejonowym.

Po długiej dyskusji nadano punktowi pierwszemu formę następującą: „Przedstawiciel Zakładu Ubezpieczeń Społecznych zobowiązuje się wyjednać u Ministra Pracy i Opieki Społecznej zatwierdzenia Układu Pracy w przedmiocie czasu pracy zgodnie z obowiązującymi przepisami prawnymi.”

Do punktu drugiego, złożył Dyrektor Rohloff następujące zapewnienie: „Imieniem ZUS'u zapewniam, że wszystkie niesporne zobowiązania finansowe Ubezpieczalni względem Biura Rozliczeń załatwione zostaną do dnia 1 VIII br.”

Do punktu trzeciego litera a) oraz b) uzyskali przedstawiciele lekarzy po dwugodzinnej namiętej dyskusji

jedynie zapewnienie, że w okresie przedarbitrażowym tylko w wypadkach rzeczywiście uzasadnionych norma 1250 ubezpieczonych zostanie zwiększona i że klucz warszawski będzie w tym czasie podstawą obliczania godzin specjalistycznych (z 30% ograniczeniem).

Na punkt trzeci litera c) i d) zgodzili się przedstawiciele ZUS'u.

W tym stanie rzeczy zdecydowali się delegaci lekarzy, aby uniknąć ostrego konfliktu, do podpisania umowy tymczasowej we formie wspomnianego: „protokołu porozumiewawczego”, powierzając ostateczną jego redakcję Dyr. Rohloffowi i dr Hankemu.

Zmieniona sytuacja skłoniła dra Hankego do propozycji przedyskutowania ponownego i nieoficjalnego z Dyr. Rohloffem punktów spornych, które postanowiono oddać pod arbitraż i wspólnego zastanowienia się, czy wyroku arbitrażowego, ryzykownego dla obydwóch stron, nie dało by się uniknąć.

W rezultacie tych rozmów (godz. 18—20) zrezygnowaliśmy z tych pretensji, których możliwość wyprocowania wydała się z góry bardzo wątpliwą:

a) dodatek śląski: (Uwaga: Nie zatwierdził by go bowiem „CUP”, aby nie stwarzać precedensów dla innych kategorii pracowników);

b) prawo lekarza oddania swego gabinetu Ubezpieczalni. (Uwaga: Z prawa tego korzystała by i tak tylko minimalna ilość lekarzy, a i ci musieliby stale wojować z dyrekcją ubezpieczalni o uzasadnienie poszczególnych wydatków);

c) zrezygnowaliśmy (za uprzednią zgodą delegatów specjalistów) ze żądania skreślenia istniejącego w specjalistycznym kluczu warszawskim ograniczenia, że ogólna liczba godzin specjalistów nie może przekraczać 30% ogólnej liczby godzin lekarzy domowych. (Uwaga: Klucz warszawski jest najkorzystniejszy z licznych innych polskich kluczy lokalnych); trudno przyjąć, by arbitraż przyznał Śląskowi korzystniejszy klucz, niż warszawski);

d) zrezygnowaliśmy z nadgodzin od 6-tej godziny pracy. (Uwaga: Sprawę nie da się prawnie w sposób wystarczający uzasadnić).

Przedstawiciel ZUS'u ze swej strony zrobił następujące koncesje ujęte *protokolarnie*:

a) liczba 1.250 ubezpieczonych stanowić będzie przy przeliczaniu ilości członków danej ubezpieczalni na liczbę godzin pracy *średnią arytmetyczną*, a w razie przydzielenia lekarzowi więcej niż jednego rejonu, ilość przydzielonych rejonów (z ułamkami) wynikać będzie z podziału ogólnej liczby przydzielonych mu ubezpieczonych przez 1.250;

b) liczba ubezpieczonych zaliczana wszystkim lekarzom w ich rejonach, *zgodną będzie* z ogólną liczbą członków i rentobiorców, wykazanych statystycznie przez ubezpieczalnię społeczną;

c) ekwiwalent za gabinet wynosić będzie definitywnie 800.— zł za wszystkie godziny ordynacyjne;

d) utworzona zostanie przy Z. U. Sp. Komisja Paritetyczna dla kwartalnego obliczenia kosztów gabinetowych.

Ponieważ na tym wyczerpane zostały wszystkie punkty sporne, które miały być przekazane Sądowi Arbitrażowemu, strony uznały arbitraż za niepotrzebny, o ile Zarząd Związku zatwierdził ten punkt widzenia. Po uzgodnieniu sprawy z osiągalnymi członkami Zarządu oraz delegatami, *podpisali* wobec tego dr Hanke i dr Zawadzki z dnia 4 VI *protokół porozumiewawczy*,

eliminujący przewidziany początkowo arbitraż, a ustalający już definitywne wytyczne dla warunków pracy, ujętych w Układzie Zbiorowym Pracy.

Sprawa urlopów została w ten sposób uregulowana, że lekarzom U. S., którzy w pierwszym półroczu nie wykorzystali swego urlopu, przysługuje (o ile pracują od 1 stycznia dla U. S.) w drugim półroczu urlop 4 tygodniowy, aczkolwiek charakter umowy uległ zmianie. Połowę wynagrodzenia urlopowego w ciągu całego roku, zapłaci Biuro Rozliczeń według swych norm; drugą połowę Ubezpieczalnia według jej norm. Koła Lekarzy U. S. współpracować będą w regulowaniu zastępstw w miarach ich możliwości. Sześciotygodniowy urlop przysługuje się w pewnych warunkach „lekarzom stałym”. Stabilizacja nastąpi dopiero później.

Reasumując stwierdzamy:

Zważywszy, że pertraktacje delegacji lekarskiej używały poza naprowadzonymi w niniejszym sprawozdaniu koncesjami już przedtem uznanie przez ZUS zasady płacenia nie tylko 5 godzin pracy — jak to jeszcze dotąd praktykuje się prawie w całej Polsce a *wszystkich* godzin przeliczeniowych, a nadto godzin nadliczbowych z ustawowym dodatkiem, — dochodzimy do przekonania, że osiągnęliśmy maksimum tego, co w danych warunkach było możliwe.

Dalsze odwlekanie zmiany systemu, było ewentualnie możliwe, lecz stało się niepożądane ze względów ogólnopolitycznych, a w szczególności z uwagi na rosnący obecnie nacisk, wywierany na dochody prywatne, do którychaliczają się również honoraria wypłacane z tytułu umowy o dzieło.

II. SPRAWOZDANIE

Zebrania delegatów lekarzy U. S. z dnia 4 czerwca br.

W zebraniu brali udział: z U. S. Katowice: dr Janiak, dr Śmieja, z U. S. Chorzów: dr Hanke, St. Marszałek, z U. S. Rybnik: dr Ryżewski, dr Lisiecki, z U. S. Tarnowskie Góry: dr Jarzyński, dr Krocze, dr Piłarski, z U. S. Bytom: dr Baborski, dr Głębocki, dr Kurzrok, z U. S. Gliwice: dr Chętkowska, dr Marszał, z U. S. Zabrze: dr Wróblewski, dr Zalewski.

Zebranie wysłuchało sprawozdania dr Hankego z pertraktacji o umowę U. S. (patrz powyżej), zatwierdziło decyzje delegatów i wyraziło im swe uznanie i podziękowanie. Po dyskusji powzięło następujące uchwały:

Solidarność i sprężysta organizacja lokalna

1. Dla dobra sprawy nie wolno żadnemu Koledze wchodzić samowolnie z U. S. w pertraktacje o przydział rejonów i układać się o interpretację warunków umownych. O ile Ubezpieczalnia zwróci się do poszczególnego Kolegi, należy odesłać ją do pełnomocników Koła.

2. O ile Ubezpieczalnia zwoła zebranie ogólne lekarzy, zjawić się winni tylko pełnomocnicy Koła, ponieważ gremialne dyskutowanie uprzednio nieuzgodnionych spraw daje rezultaty niekorzystne. Pełnomocnicy wysłuchają żądania U. S., referują je na plenum i komunikują uchwały jego ubezpieczalni. Odstępstwo od tego trybu postępowania jest dopuszczalne tylko wyjątkowo za uprzednią uchwałą Koła, lub jego Zarządu.

3. Zarządy Kół należy w razie potrzeby niezwłocznie uzupełnić Kolegami energicznymi, którzy mają zapał

i doświadczenie, by sprostać trudnym zadaniom najbliższych tygodni. Zwołać natychmiast plenum i wybrać pełnomocników!

4. Biuro Rozliczeń wyasygnuje na żądanie fundusze na cele organizacyjne. Kół, (portoria, papier, siłę pomocniczą etc.).

5. Posiedzenie Zarządów Kół muszą odbywać się co najmniej 1—2 razy tygodniowo, a zebrania plenarne jak najczęściej.

6. Konieczny jest stały kontakt z Zarządem Związku (informacje, sugestie, zapytania).

7. Przyjęcie rejonów oraz podpisanie umowy indywidualnej odbyć się może tylko gremialnie po uchwale Koła, że *wszystkie zastrzeżenia zostały już usunięte*.

Rejony lekarskie

1. Ponieważ projektowane przez U. S. rejony w bardzo licznych wypadkach zostały wadliwie wykrojone, a nadto liczba ich członków ujęta zbyt nisko (brak niektórych domów, i nawet ulic), winni pełnomocnicy Kół przejąć tę sprawę w swe ręce, wykorzystując materiał statystyczny U. S. Dotyczy to również przydziału personalnego rejonu.

2. Należy sprawdzić ogólną liczbę członków i rentobiorców danej Ubezpieczalni (raporty do ZUS'u). Suma członków i rentobiorców wykazana we wszystkich rejonach, pokrywać się winna z tą liczbą statystyczną. Nie ma tu znaczenia argument, że część członków mieszka na terenie Ubezpieczalni bratniej, bo i tacy członkowie mają być dodatkowo przydzieleni do poszczególnych rejonów. O ile zaistnieje dyferencja między liczbą statystyczną a sumą członków wszystkich rejonów, np. o 20%, należy we wszystkich rejonach podnieść liczbę członków o te 20%.

3. Poszczególne rejon nie powinien zasadniczo obejmować ponad 1.250 członków, dlatego, by ułatwiać podział zastępstwa na kilku Kolegów.

O ile rejon *liczyć będzie* z technicznych powodów więcej członków, np. 1.600, należy uznać go za rejon sześciogodzinny. W rejonach rozrzuconych obowiązują normy korzystniejsze (np. 1.000 ubezpieczonych jako równoważnik 5 godzinnej pracy).

4. Solidarnie należy przeciwstawiać się próbom skrzywdzenia pojedynczych Kolegów przez niekorzystne a nieuzasadnione normy przeliczeniowe.

5. Lekarze specjaliści ustalić winni na *specjalnym zebraniu* ilość rejonów specjalistycznych i ich podział personalny.

6. Lekarze ambulatoryjni, po porozumieniu się między sobą, wysunąć winni zgodnie z uzyskaną poprawką w „Zbiorowym Układzie Pracy”, swe żądania wobec U. S.

7. Nie wolno nikogo zmuszać do przyjmowania większej ilości rejonów, niż na to zezwalają jego możliwości (wiek, zdrowie, inne zajęcia).

Ilość godzin przyjęć:

1. Ilość godzin przyjęć, wyszczególniona na tabliczce lekarza, nie jest identyczna z ilością godzin obliczeniowych.

2. Po myśli „Wytycznych do umów”, z 5 godzin pracy, przypadających na pełny rejon normalny, lekarz przyjmuje pacjentów w swym gabinecie tylko przez 3½ godzin, bo reszta czasu przypada na odwiedziny.

3. Lekarz może wliczyć okoliczności, że po zamknięciu poczekalni przyjmować musi jeszcze chorych przez

pół godziny, — a dalej, że cięższe wypadki załatwiać musi oddzielnie.

4. Zebranie stoi na stanowisku, że lekarz obsługujący jeden rejon, przyjmować może chorych ewentualnie „jednorazowo“ (przed lub po południu).

Różne

1. Wobec okazanych lokalnych a wadliwych prób interpretacyjnych należy upewnić się, że U. S. obliczać będą za dodatek wysługę lat nie tylko od 5 godzin pracy, a od wszystkich godzin.

2. O ile zastępstwo lekarza domowego przyjmie drugi lekarz domowy, zatrudniony już pracą w U. S. ponad 7 godzin, zastępstwo odbywać się będzie w *nadgodzinach*, co należy uwzględnić przy obliczaniu zapłaty (stawka podwójna).

3. Jako tymczasową stawkę za dyżury wysuwa Zebranie przy dyżurze półdniowym 1.000.— zł.

4. Zarząd Związku nawiąże kontakt z lekarzami innych terenów celem wypośredkowania obowiązujących tam norm (pogotowia, dyżury etc.).

5. Ze względów zasadniczych nie będą Koledzy odbierać poborów z Ubezpieczalni Społ. osobiście, a zalecą ich przekazywanie na konto P. K. O., lub do Banku.

Biuro Rozliczeń

1. Zebranie mianuje dotychczasowy Zarząd Biura Rozliczeń, jego likwidatorami, udzielając mu wszystkich

potrzebnych kompetencji. Likwidacja przeciągnie się jeszcze przez długi okres. Likwidatorowie zdadzą końcowe sprawozdanie zebraniu delegatów Kół Ubezpieczalni.

2. Uchwałę o zakupie Domu Wypoczynkowego utrzymuje się nadal. (Kupno upatrzonego pierwotnie obiektu nie doszło do skutku)

3. Z chwilą wypłacenia przez U. S. poborów (z góry), Zarząd Biura Rozliczeń zmniejszyć może ratę miesięcznie z kwoty pozostałej do likwidacji, w ten sposób przedłużyć okres wypłat dodatkowych.

4. Pierwsza z tych rat uważaną będzie za ryczałtowe „wynagrodzenie urlopowe“ z ramienia Związku za rok 1947.

Do niniejszego komunikatu załącza Zarząd Biura Rozliczeń broszurę wydaną przez siebie pod tytułem: „Streszczamy przed zmianą“, która jest apologetyką systemu śląskiego. Wierzmy głęboko, że system ten, zlikwidowany siłą wyższą, zmartwychwstanie kiedyś. Zamierzamy wszyscy do tego się przyczynić. Ponieważ zaliczamy również Kolegę do zwolenników Systemu Śląskiego, prosimy Go o przechowanie broszury w Szej bibliotece.

Z koleżeńskim pozdrowieniem:

(Dr Hanke Edward)

Pieczęć

Przewodniczący Sekcji Lekarskiej

Związek Zawodowy Pracowników Służby Zdrowia —
Okręg Śląski— Sekcja Lekarska

Sprawozdanie z zebrania Zarządu z dnia 21 VI 1947 r.

Obecni:

Dr Hanke, przewodniczący,
Dr Cieñciała, II wiceprzewodniczący,
Dr Pojda, I skarbnik,
Dr Galocz, członek Zarządu,
Dr Golonka, członek Zarządu,
Dr Zalewski, przew. obw. katowickiego,
Dr Starzyński, przew. Zagł.-Dąbr.,
Dr Broen, delegat Zagł.-Dąbr.,
Dr Zamieński, delegat Zagł.-Dąbr.,
Dr Zahorski, przew. obw. Zabrze,
Dr Halama, delegat obw. cieszyńsk.,
Dr Wilimowski, przew. Sekcji Lek. Szpit.,
Dr Drodz, przew. Sekcji Lek. Szpit.,
Dr Dymny, delegat Sekcji Lek. Dent.,
Dr Kubacki.

Uczczono pamięć śp. dr Kauczyńskiego Klemensa z Bytomia zmarłego dnia 16 VI 1947 r.

1. *Sprawozdanie z Walnego Zebrania Związku Lekarzy Wojew. Śląsko-Dąbrowskiego z dnia 18 V br.* Obecnych było 112 delegatów i gości. Zebraniu przewodniczył dr Szumski. Po ustaleniu porządku obrad wybrano na wniosek dr Golonki *komisję mandatową*. Po obszernym sprawozdaniu przewodniczącego Związku, obrazującego wydarzenia roku sprawozdawczego, nastąpiły sprawozdania skarbnika *dr Pojdy*, Kierownika Biura Rozliczeń *dr Pawłowskiego*, przewodniczącego Komisji Rewizyjnej Związku *dr Obremby*, oraz przewodniczącego Komisji Rewizyjnej Biura Rozliczeń *dr Czechanowskiego*. Ustupującemu Zarządowi uchwalono *absolutorium i podziękowanie*. Z firmy Związku postanowiono skreślić słowo „Zawodowy“. Ponieważ Komisja Mandatowa przyszła do przekonania, że dla braku materiału, uprawnień poszczególnych delegatów sprawdzić nie może, zaproponowała *odroczenie Wal-*

nego Zebrania o kwartał i zatwierdzenie starego składu władz związkowych do tego czasu. Wniosek został przyjęty przez aklamację. Na wniosek *dr Hankego* upoważniono Zarząd Związku do zaadaptowania form Związku do wymogów chwili obecnej.

2. Omówiono sprawę przekształcenia Związku na *Tow. Lekarzy Wojew. Śląsko-Dąbrowskiego* i przyjęto zaproponowany przez przewodniczącego statut takiej organizacji, z tym zastrzeżeniem, że zostanie on jeszcze uzgodniony z Towarzystwem Naukowym. Po zatwierdzeniu statutu przez władze, nastąpiła by przemiana tak, by majątek Związku przeszedł na własność Towarzystwa. Zebrani podpisali odnośny wniosek do władz o przyjęcie projektu statutu. W dyskusji zabierali głos dr Wilimowski, dr Golonka, dr Zamieński, dr Hanke.

3. Celem skoordynowania prac przedstawicieli zawodu lekarskiego, zgrupowanych w różnych pionach organizacyjnych, zaproponował Przewodniczący utworzenie przy Zarządzie Okręgowym Z. Z. P. S. P. w Katowicach *Rady Lekarskiej* składającej się ze wszystkich lekarzy wchodzących w skład Zarządu Okręgowego Z. Z. P. S. Z., z delegatów lekarzy Zarządów Oddziałów Wojewódzkich Z. Z. P. S. Z., — z delegatów Kół Lekarzy Ubezpieczalni Sp., z delegata Koła Lekarzy Kolejowych D. O. K. P., z delegatów Kół Lekarzy Przemysłowych, Szpitalnych, Asystentów i innych grup. O ile Zarząd Z. Z. P. S. Z. przyjmie zaproponowany przez zebranie regulamin takiej Rady, — Zarząd Związku Lekarzy Województwa Śląsko-Dąbrowskiego uzgodnił by skład personalny tego ciała, po czym powierzył by tej Radzie dalsze prowadzenie agend związkowych. Zarząd Główny Z. Z. P. S. Z. w Warszawie postanowił znieść sekcje zawodowe na poziomie wojewódzkim. (30 VI.) W dyskusji dawali wyjaśnienia dr Golonka i dr Cieñciała.

4. W odpowiedzi na zapytanie, wyjaśniła *Centralna Komisja Związków Zawodowych* (7 VI) co następuje:

„Lekarze zatrudnieni w Instytucjach Ubezpieczalni Społecznych zrzeszeni są w Związku Zawodowym Pracowników Instytucji Ubezpieczeń Społecznych. W wypadkach, gdy lekarz zatrudniony jest w Ubezpieczalni Społecznej i na placówce podległej Ministerktwu Zdrowia, winien sam określić, do którego Związku chce należeć, biorąc za podstawę pracę, która stanowi główne źródło utrzymania. *Wspólne zagadnienia jednakowo obchodzące wszystkich lekarzy winny być omawiane i uzgadniane między związkami.*”

W dyskusji zabierali głos dr Hanke i dr Golonka.

5. W miejsce śp. dr Gołąba objął stanowisko przewodniczący Centr. Wydziału Lekarskiego przy Gł. Zarządzie Zw. Zaw. Pr. Inst. Ub. Sp., dr Henryk Czapnicki z Krakowa.

6. Odczytano pismo Okręgu Zagłębia Dąbrowskiego do Centr. Wydz. Lekarzy w Krakowie z dnia 21 V br., w którym Koledzy ci wskazują na krzywdzące uregulowanie poborów ordynatorów szpitali U. S. i skarżą się na niezaliczenie lekarzom U. S. takiej ilości godzin pracy, jaka odpowiadała by przydzielonej im liczbie ubezpieczonych. Popierają stanowisko lekarzy ubezpieczalni śląskich, domagających się utworzenia Komisji Parytetycznej dla ustalenia kosztów utrzymania gabinetów.

7. Mimo, że na zebraniu konstytuującym Z. Z. P. S. Z. w dniu 16 X 1945 r. uzgodniono, że Związek Lekarzy Woj. Śląsko-Dąbrowskiego, wchodząc jako Sekcja Lekarska w skład Z. Z. P. S. Z., płacić będzie składkę ryczałtową w wysokości 7.500,— zł. — Z. Z. P. S. Z. domagał się nadpłaty do 20% wpływu składek, co uskutecznił. Za czerwiec składki potrąci Biuro Rozliczeń, a od 1 VII ubezpieczalnie wzgl. oddziały. Wnie- siono do ubezpieczających śląskich pismo, by potrąciły le- karzom z lipcowych poborów na rzecz Izby 500.— zł, a na rzecz Zw. Zaw. Pr. St. Zdr., oraz Koła Lekarzy U. S. po ½%.

8. Dr Hanke referował tok pertraktacji z przedstawicielami ZUS-u w sprawie nowej Umowy Zbiorowej z ubezpieczalniąmi śląskimi, uzupełniając swe wywody, złożone w tej sprawie na ostatnim zebraniu Zarządu (26 IV).

Dnia 2 V rozpoczęły się rozmowy Związku z lekarzem naczelnym ZUS'u *Dr. Rudzińskim i Dr. Mazurkiem*. Dnia 6 V wręczono nam *Układ Zbiorowy Pracy*, do którego zrobiliśmy szereg poprawek. Dnia 8 V 1944 złożyła delegacja Związku *dwie deklaracje* wypowiadając się za utrzymaniem systemu wolnego wyboru lekarza, a wreszcie odmówiła dalszych rozmów z uwagi na pismo Wojewódzkiego Wydziału Zdrowia, domagające się uprzedniego skoordynowania zażądania z projektem przemysłu. Dnia 10 V odbyło się posiedzenie *Wojew. Komisji Koordynacyjnej*, na którym przekazano sprawę specjalnej podkomisji. Ponieważ Wojew. Wydz. Zdr. zmienił interpretację swego pisma, odbyły się dn. 17 V dalsze pertraktacje przy udziale *Dy. Dra Rohloff'a i Dra Filipowicza*. Uzgodniono 5 punktów, a 9 postanowiono oddać pod *arbitraż*. Dnia 17 V spisano protokół z dotychczasowych konferencji. Związek odmówił jednak podpisania *umowy tymczasowej*, wyrażającej zgodę na pracę od 1 VII z tym, że sporne sprawy były by później rozstrzygnięte.

Dnia 3 VI przybyli do Katowic *Wiceminister* Pracy i Opieki Społecznej *Gebartowski*, szef Departamentu

Modliński i Dyr. Rohtoff. Na konferencji u Wojewody Ziętką odczytał Min. Gebartowski pismo Min. Rusinka do Z. Z. P. S. Z. zapowiadające wprowadzenie od 1 VII na Śląsku ogólnopolskiego systemu lecznictwa i arbitraż dla punktów spornych. Imieniem delegacji lekarskiej (Dr Cieńciała, Dr Golonka, Dr Gregorczyk, Dr Hanke, Dr Stawiński, Dr Zawadzki) oświadczył na to Dr Hanke, że decyzja Ministra stawia ubezpieczalnie w *trudne położenie prawne*, bo nie mają one możliwości zawarcia umów ponad 8 godz. pracy, dopóki Rada Ministrów nie wyda rozporządzenia, zezwalającego na takie przedłużenie okresu pracy. Dalsza konferencja odbyła się w ubezpieczalni katowickiej pod przewodnictwem Dyr. Modlińskiego, który zaproponował ponownie lekarzom podpisanie umowy tymczasowej. Lekarze uwarunkowali to przyjęciem szeregu dążeń, jak uregulowaniem prawnym przedłużonego dnia pracy, zapłatą zależności w Biurze Rozliczeń i przyjęciem niektórych punktów, oddanych pod arbitraż. Gdy przedstawiciele ZUS-u wyrazili swą zgodę na większość tych żądań, zadecydowała delegacja lekarska o podpisaniu tymczasowej umowy. W toku redakcji protokołu zaproponował Dr Hanke *ponowne rozważenie przekazanych pod arbitraż punktów spornych*. Ponieważ ZUS zrobił dalsze ważne ustępstwa w tej sprawie, zrezygnowała delegacja lekarska z wyroku Sądu Rozjemczego. Dnia 4 czerwca podpisali Dr Hanke i Dr Zawadzki protokół, a w dn. 10 VI umowę z poszczególnymi ubezpieczalniami.

9. Dnia 4 czerwca odbyło się zebranie delegatów lekarzy U. S., na którym po wysłuchaniu obszernego sprawozdania, wyrazili zebrani delegacji lekarzy swe podziękowanie i zatwierdzili powzięte przez nią decyzje. Wydano szereg wskazówek dla kół ubezpieczalnianych dotyczących rozdziału rejonów i spraw związanych z indywidualnymi umowami. Dnia 18 VI odbyło się ponowne zebranie delegatów lekarzy U. S., na którym zdecydowano o warunkach, na których lekarze podpiszą umowy indywidualne, a mianowicie, — po zadowalającym uregulowaniu rejonów, prowizorycznym ustaleniu wysługi lat i protokolarnym zapewnieniu, że U. S. załatwi w ciągu 3 miesięcy sprawę dyżurów według wzoru U. S. w Sosnowcu. Lekarze specjaliści winni otrzymać dodatek specjalistyczny, jak w Krakowie. Upoważniono nadto przewodniczącego Dra Hannego do kupna z funduszu B. R. domu wypoczynkowego we Wiśle w granicach do 3 milionów złotych, oraz kosztów sądowo-notarialnych, oraz nabycia ze składnicy UNRRA urządzenia potrzebnego.

Po obszernej dyskusji nad tym punktem, przeprowadzonej przez Zarząd, w której zabierali głos Dr Broen, Dr Halama, Dr Starzyński, Dr Zamięcki, Dr Pojda, Dr Żelawski, Dr Drozd, Dr Zahorski, uchwalono wysłać ubezp. społecznym pismo zastrzegające się przeciw szkodliwej dla lekarzy interpretacji artykułu Układu Zbiorowego Pracy o nadgodzinach, — rozesłać wszystkim lekarzom natychmiast ułożony przez Związek tekst umowy indywidualnej, oraz deklaracji stwierdzającej wysługę lat i zalecić lekarzom obejmującym kilka rejonów, by umieścili w umowie indywidualnej oświadczenie, że w razie zmniejszenia dodatku za nadgodziny, automatycznie ograniczą się do pracy w jednym rejonie. Lekarzom pracującym w rejonach mieszanych, zaleci się unieszczenie w umowie indywidualnej warunku dodatkowego uregulowania przez U. S. tego problemu w ciągu 2 miesięcy.

10. Dnia 10 V 1947 odbyło się zebranie Wojew. Komisji Koordynacji Lecznictwa, na którym poruszano konieczność uzgodnienia systemu lekarza domowego i systemu lekarza ambulatoryjno-zespołowego z dezideratami przemysłu, zmierzającego do utworzenia ambulatoriów zakładowych. Dr Hanke złożył odnośną *deklarację*, podkreślającą, że problem jest palący z uwagi na zamierzaną przez Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej zmianę systemu leczniczego. Postanowiono oddać sprawę do dalszego rozpatrzenia specjalnej Podkomisji. Wspomniana Podkomisja odbyła dn. 2 VI 1947 zebranie i uchwaliła:

„Zalecane przez Komisję zaadaptowanie lecznictwa ubezpieczalnianego do postulatów ciężkiego przemysłu, wymaga zmian zarówno w systemie lekarza domowego, jak i w systemie ambulatoryjno-zespołowym, które mają być niebawem na Śląsku wprowadzone. Adaptacje te winny być opracowane jeszcze przed zmianą obecnego systemu wolnego wyboru lekarza, o ile życie gospodarcze Śląska ma być narażone na niepotrzebne wstrząsy.”

Związek nie użył powyższego materiału, który stanowił rezerwę na wypadek niepomyślnego obrotu pertraktacji z ZUS'em, ponieważ uważał krok taki za zbędny.

11. C. Z. P. H. — rzekomo pod sugestią Ministerstwa Przemysłu i Handlu — zakwestionował dostarczenie lekarzom hutniczym wolnego telefonu, węgla, mieszkania oraz kart żywnościowych. Na konferencji

w dniu 14 VI, odbytej w tej sprawie między Dyr. Rustanowiczem i lekarzem naczelnym C. Z. P. H. Dr. Raszpichlerem, a Dr. Zawadzkim i Dr. Naramowskim uzgodniono co następuje:

CZPH zwracać będzie lekarzom koszty ryczałtu telefonu w wysokości zł 600,— miesięcznie. Lekarze, korzystający z domów hutniczych, płacić będą normalny czynsz. Sprawa kart żywnościowych pozostała nierozstrzygnięta. Jako ekwiwalent za pogorszenie warunków umownych, zaliczy się lekarzom hutniczym 256 godzin pracy więcej za wyjątkiem tych zakładów, w których liczba robotników wynosi 6000.

12. Pismem z dnia 22 IV wyraziła Spółka Bracka ostateczną zgodę na stawkę za orzeczenia inwalidzkie w wysokości zł 240,—.

13. Zakomunikowano, że Państw. Zarz. Uzdrawisk Dolnośląskich urządzi 14-dniowy kurs dla lekarzy ubezpieczalni na temat leczenia uzdrowskiego w końcu lata br. Koszt zł 500,— dziennie wraz z utrzymaniem.

14. W dyskusji nad uchwałą zebrania delegatów lekarzy U. S. z dn. 4 VI i 15 VI, dotyczącej kupna domu wypoczynkowego, zarząd zatwierdził tę uchwałę i upoważnił Dra Hankego do kupna willi „Rena” w Wiśle (nr 871) od p. Ireny Postępskiej oraz potrzebnych utensyliów, jak koców, prześcieradeł, powłoczek, stołów etc. z zapasów UNRRA za zgodą Woj. Wydz. Zdrowia.

(—) Dr med. Edward Hanke,
Przewodniczący Sekcji Lekarzy.

Sprawozdanie z zebrania Zarządu z dnia 28 VII 1947 r.

Katowice, 28 VII 1947.

Obecni:

Dr Hanke, Chorzów — przewodn. Związku,
Dr Żelawski, Welnowiec — przew. Obw. Katowickiego,
Dr Janiak, Katowice — delegat Obw. Katowickiego,
Dr Szymański, Rybnik — delegat Obw. Rybnickiego,
Dr Starzyński Sławomir, Sosnowiec — przew. Obw. Zagł. Dąbr.,
Dr Broen, Będzin — delegat Obw. Zagł. Dąbr.,
Dr Stawiński Tad. — przewodn. Obw. Cieszyńskiego,
Dr Halama — delegat Obw. Cieszyńskiego,
Dr Bilewiczowa — delegat Sekcji lek. dent.

1. Uczczono pamięć zmarłego dnia 13 V 1947 w Raciborzu Dra Jana Smolińskiego.

2. Pertraktacje z Ubezpieczalnią o interpretację Układu Zbiorowego Pracy, zawartego w dniu 10 VI 1947 oraz o sprawy układem nie objęte: Po zawarciu Umowy Zbiorowej z U. S. Śląskimi wysunął nasz Związek żądanie, by szczegóły umownie jeszcze nie uzgodnione, zostały załatwione analogicznie jak w U. S. w Sosnowcu, tzn., by pomoc akuszerzyńską wykonywało pogotowie położnicze, a wypadki między godz. 19 a 7-mą pogotowie nocne, a do czasu zorganizowania takich pogotowia, ubezpieczalnie wprowadziły za te czynności wynagrodzenie dodatkowe dla lekarzy.

Zebranie deleg. Lekarzy U. S. z dnia 18 VI 1947 uchwaliło, że umowa indywidualna będzie zawartą dopiero po zadowalającym załatwieniu rejonów lekarzy domowych i specjalistów, po prowizorycznym ustaleniu przez U. S. usługi lat oraz zapewnieniu z ich strony, że sprawa pogotowia będzie uregulowaną najdalej w trzech miesiącach, a do tego czasu obowiązywać będzie stawka ca. 1000—1200 zł za 12-godz. dyżur.

W toku tych pertraktacji, w których zajmowali się nasi przedstawiciele również godzinami i rejonami specjalistycznymi, zapowiedziały Ubezpieczalnie niespodziewanie *niekorzystną* dla nas *interpretację pojęcia nadgodzin* (art. 11, § 5, pkt. 2 Układu Zbior. Pr.), ograniczając je do faktycznie odbytych godzin przyjęć i zwróciły się w tej sprawie na własną rękę o wyjaśnienie do Min. Zr. i Op. Społ. Zaprotestowaliśmy przeciwko temu w piśmie z dnia 25 VI 1947. Ponieważ nadto ubezpiecz. przygotowały wzór umowy indywidualnej, który był zdaniem naszym niewystarczający, wezwaliśmy w komunikacie 17 z dnia 22 VI 1947 lekarzy do podpisania umowy indywidualnej z tekstem przez nas zredagowanym i z dopiskiem: „w razie ukrócenia dodatku za nadgodziny, ograniczyć automatycznie moją pracę do 1 rejonu”. Lokalne pertraktacje z U. S. w Chorzowie w dniu 23 VI doprowadziły w zasadzie do przyjęcia naszych warunków, co skłoniło Komisarza Dra Zajacę do nowych rozmów i podpisania w dn. 24 VI protokołu dodatkowego do Układu Zbiorowego Pracy. Uzgodniono w nim nowy wzór Umowy indywidualnej i przyjęto zasadę, że dyżury nocne i świąteczne zostaną załatwione analogicznie jak w U. S. w Sosnowcu, a nadto, że dodatek wyrównawczy regulować będzie nadpłaty z tyt. wzrostu liczby ubezpieczonych, a stabilizacja lekarzy nastąpi do końca roku 1947. Treść tego protokołu podaliśmy do wiadomości lekarzom komunikatem nr 18 z dn. 26 VI 1947. Przestrzegaliśmy w nim kolegów przed fałszywą interpretacją opłat urlopowych, którą w międzyczasie wydały U. S. Przewodn. Kół instruowaliśmy w dn. 26 VI 1947, w jaki sposób przeprowadzić końcowe rozmowy i zbiorowe podpisanie umowy. Delegaci Koła Katowickiego uzgodnili w dn. 30 VI 1947 nową definicję nadgodzin.

tak, że obecnie, po dodatkowych rozmowach, przedstawia się ona, jak następuje:

a) każdy lekarz, niezależnie od ogłoszonych przez niego godzin przyjęć, ma prawo do zaliczenia mu nadgodzin, o ile w danym dniu był zmuszony do pracy ponad 7 godzin i podał to w raporcie tygodniowym do wiadomości U. S. Podstawą każdorazowego obliczenia jest $\frac{1}{3}$ część wartości godzin obliczeniowych w stosunku miesięcznym z doliczeniem starszeństwa.

b) *Automatycznie* zalicza się nadgodziny tym lekarzom, których liczba godzin obliczeniowych przekracza 7, — o ile ogłosili wymaganą ilość godzin przyjęć. Ta liczba wynosić winna przy pełnym rejonie 5 godz. przyjęć, minus półtorej godziny przeznaczonej na wizyty domowe, oraz pół godz. na załatwienie pacjentów pozostałych w poczekalni po jej zamknięciu, zatem 3 godz. przyjęć.

c) U. S. w Rybniku uznaje ogłoszone przez lekarza godz. przyjęć wyłącznie za „czynnik regulacyjny ruchu chorych”, tzn. że zredukowanie ich liczby nie znosi prawa lekarza do automatycznego zaliczania mu nadgodzin, gdy tylko lekarz ma więcej niż 7 godz. obliczeniowych.

Podpisanie przez lekarzy umowy indywidualnej w U. S. w Chorzowie w dniu 30 VI z dopiskiem, że warunki wręzonego równocześnie jej Dyrektorowi pisma, stanowią składową część umowy, spowodowało osobistą interwencję Dyrektora Nadzoru i Lecznictwa ZUS'u Rohloff'a i odbycie w dniu 1 VII 1947 r. nowej konferencji z dr Hankem z protokołem regulującym *sporną sprawę opłacania* w roku bież. *zastępców urlopowych* po myśli Związku, czyli całkowicie na koszt U. S. Dwutygodniowa praca lekarzy rejonowych w nowych warunkach wyłoniła konieczność szybkiego uregulowania różnych wyłaniających się nowych problemów. Dały temu wyraz *konferencja lekarzy U. S. oraz zebranie de-w Chorzowie w dniu 8 VII 1947 r., legatów Kół Lek. U. S. z dnia 16 VII*, instrukcja dla przewodn. Kół z dnia 9 VII. *komunikat Związku nr 19, z dnia 18 VII*, oraz pismo Związku do wszystkich U. S. Unormowaliśmy w ten sposób legitymowanie się ubezpieczonych u lekarzy, pobieranie honorarium od osób nie legitymujących się dostatecznie, u chorych przebywających tylko przejściowo w danym rejonie, stawkę za pomoc akuszerską ubezpieczonych w bratnich U. S., przynależnej do obecnych rejonów, za świadectwa różnego rodzaju etc. Rozesłano przy tej okazji Kolegom wyciąg z wojew. cennika lekarskiego.

W dyskusji dr Stawiński Tad. zakomunikował, że Związki Zawodowe zrezygnowały w imieniu swych członków z urlopów pracowników umysł., o ile przekraczają one 4 tygodnie.

3. O nową umowę z U. S. w Sosnowcu i Bielsku

Poruszono konieczność zawarcia z U. S. w Sosnowcu i Bielsku takich nowych umów, które uwzględniały by zasady przyjęte ostatnio w reszcie śląskich U. S., jak: zapłatę za całą, statystycznie przez U. S. wykazaną liczbę ubezpieczonych i rentobiorców; — nadpłacanie należności wynikających z dyferencji między sumą zaliczanych wszystkim lekarzom rejonowym ubezpieczonych a liczbą statystyczną ubezpieczonych, we formie kwartalnego, procentowego dodatku do poborów; — zaliczenie za każde 250 ubezpieczonych 1 god. pracy bez górnej granicy; — nadgodziny dla lekarzy mających ponad 7 godz. obliczeniowych; — zapłata za czyn-

ności nocne wg cennika wojew. w miejscowościach bez zorganizowanego dyżuru nocnego; — stawki za dyżury świąteczne i niedzielne po 3.000 zł; — stawki za pomoc akuszerską za dnia 1.500 zł, a w nocy 2.000 zł, w miejscowościach bez pogotowia położniczego; — wynagrodzenie za pomoc specjalistyczną między 19 a 7, a w sobotę po godz. 14 oraz w niedzielę i święta według cennika wojew.

W ożywionej dyskusji scharakteryzował *dr Hanke* ciężkie warunki pracy i płacy w ubezpieczalni bielskiej, gdzie 28 lekarzy ogólnopraktykujących i 17 specjalistów zaopatruje 53.000 ubezpieczonych, przy czym zalicza się im od 3—5 godz. dziennie, aczkolwiek na 1 lekarza ogólnopr. przypada 1.928 ubezpieczonych. Nie istnieją w U. S. Bielsko rejonu. *Dr Stawiński* odczytał deklarację Obwodu Cieszyńskiego, domagającą się rozciągnięcia Układu Zbior. Pracy na cały Śląsk. *Dr Starzyński* dał krótki zarys historyczny stosunków umownych w U. S. w Sosnowcu a *dr Broen* wskazał na konieczność ujednolicenia warunków umownych. Rozbieżne były poglądy, czy pertraktacje o nowe umowy ma prowadzić Pius czy Z. Z. P. S. Z. Ostatecznie ustalono, że Związek wystara się o indywidualne pełnomocnictwa lekarzy Śl. Cieszyńskiego. Koledzy z Zagłębia przeprowadzą akcję prawdopodobnie przez PIUS'a w Krakowie.

Uchwalono poprosić ubezpieczalnie Śl. po myśli protokołu z dnia 3 VI 1947 r., punkt 7 o utworzenie komisji dla ustalania kosztów gabinetowych.

4. Kupno domu wypoczynkowego

Dnia 4 VII 1947 r. zakupił Związek willę „Roma” w Wiśle od ob. Postępskiej za cenę 3.000.000 zł (w tym pewna ilość umeblowania). Kupna dokonano po myśli uchwały zebrania delegatów lek. U. S. z dnia 4 VI i 18 VI 1947 r. oraz po uchwałach zebrania Zarządu Związku z dnia 21 VI 1947 r. Ponieważ willa jest w tej chwili jeszcze zajęta przez ob. Marię Korzeniowską, a dalej ponieważ zachodzi konieczność odmalowania niektórych pokoi i skompletowania umeblowania, — uruchomienie domu wypoczynkowego potrwa do jesieni. *Zebrania delegat. kół. Lek. U. S. z dnia 16 VII* uchwaliło na skompletowanie umeblowania dalsze kwoty z B. R., tak, by ogólna kwota wraz z ceną kupna i kosztami sądowymi nie przekraczała 4 milionów (za tem za zakup ca. 700.000 zł). Kupno, jak i powyższą uchwałę zatwierdził Zarząd Związku.

5. *Ukonstytuowanie Zarządu Towarzystwa Lekarzy Wojew. Śl.-Dąbrowskiego*. Ponieważ Starostwo Katowickie, które przeprowadza rejestrację towarzystw, poinformowało nas, że do zarejestrowania Tow. Lek. Woj. Śl.-Dąbr., potrzebny jest uprzedni wybór tymczas. zarządu, zebranie uznało się za konstytuujące i wybrało do tymczas. zarządu jako przewod. dr Hankego, jako zast. przewodn. dra Golonkę, sekretarza dra Janiaka, jako dalszych: dr Lisieckiego (skarbnik), dr Halamę i dr Starzyńskiego (tawnicy). W ostatecznym składzie zostanie zarząd wybrany dopiero po zarejestrowaniu statutu. Wówczas nastąpi przemiana Związku Lekarzy Woj. Śl.-Dąbr.

6. Sprawozdanie z Biura Rozliczeń

Biuro Rozliczeń znajduje się w likwidacji, które przeciągnie się do końca roku. Uchwalono zasadę podziału remanentu między tych lekarzy, którzy przepracowali w U. S. śląskich co najmniej $\frac{1}{2}$ roku, a pracowali aż do 30 VI 1947 r. Rozdział ma uwzględnić wysokość

wypłaty w II/47 oraz ilość przepracowanych pełnych półroczy. Stan zadłużenia U. S. w B. R. na dzień 22 VII 1947 r. wynosił 29,358.265 zł, do czego dochodził stan gotówki w kasie i bankach 33,641.000 zł.

7. Omawiano sprawę Spółdzielni „Sana” i postanowiono po myśli życzeń Związku Rewizyjnego Spółdzielni rozdzielić udziały Związku Lekarzy między członków, powierzając tą sprawę Zarządowi B. R. Członkowie ci winni złożyć deklarację, że uważają się wyłącznie za mandatariuszy organizacji.

8. Dnia 23 VII 1947 r. parafowali przedstawiciele Związku (dr Hanke, dr Zawadzki) oraz Lekarz Naczelny C. Z. P. W. Dr Hozer umowę dotyczącą lekarzy przedszkoli C. Z. P. W. opartą na wynagrodzeniu jednostkowym (pierwsze badanie dziecka 60 zł, każde badanie okresowe 45 zł, pomoc w nagłym wypadku 120 zł, Pirquet 35 zł).

9. Podatek od lokali dla lekarzy --- 600%

Min. Admin. Publ. pismem z dnia 16 VI 1947 r. (L. dz. II. S. F. 247/47) wyjaśniło: „...za ceny reglamentowane nie uważa się ceny ustalone względnie zatwierdzone przez czynniki nadrzędne, lecz ceny w widoczny sposób odbiegające od cen rynkowych i dające bezpośrednie korzyści nabywcy. Z uwagi na powyższe, ani lokale zajęte przez lekarzy, lub adwokatów, ani też przez apteki nie mogą być opodatkowane wg art. 29,

ust. 1, pkt. 2, lit. a. Dekretu o Podatkach Komunalnych.” Uchwalono interwencję w tej sprawie dla wyjaśnienia, jak przedstawia się ona u lekarzy, opłacanych poborami służbowymi zamieszkującymi, a ordynującymi w różnych mieszkaniach etc.

10. Zapoznano się z pismem oddziału bytomskiego Z. Z. P. S. Z., protestującego przeciw obliczaniu lekarzom stawki 30 zł, za 1 kw. prądu elektrycznego.

11. Postanowiono wystosować na pismo ZUS'u (261/1/2134), zarządzające bezpłatne badanie wczasowiczów przez lekarzy U. S., odpowiedź przedstawiającą punkt widzenia Związku na tę sprawę. Stoimy na stanowisku, że leczenie kąpielowe wczasowiczów jest iluzoryczne (3 kąpiele!) i że świadectwa takie jak i świadectwa dla leczenia sanatoryjnego będą bezpłatne, a inicjatywa wychodzi od lekarza.

12. Omawiano wystąpienie prof. dr Michałowicza w Sejmie w dniu 25 VI 1947 r., a podnosząc konieczność tworzenia odrębnej zawodowej organizacji czysto lekarskiej.

13. Na inicjatywę Związku w sprawie reaktywowania Związku Lekarzy Słowian, otrzymaliśmy przychylną odpowiedź od organizacji lekarskiej w Sofii.

Dr med. Edward Hanke
przewodniczący

Ogłoszenia:

UCHWAŁA

Komisji Podręcznikowej Rady Naukowej Lekarskiego Instytutu Naukowo-Wydawniczego z dnia 22 maja 1947 roku

Wobec braku dostatecznej ilości papieru, oraz przeciążenia zakładów drukarskich, należy obecnie unikać równoczesnego podejmowania kilku wydawnictw, w zakresie tego samego przedmiotu o poziomie podobnym i jednakowym przeznaczeniu.

Z tych względów komisja podręcznikowa Rady Naukowej Instytutu, zaleca autorom porozumiewanie się z Lekarskim Instytutem Naukowo-Wydawniczym przed rozpoczęciem prac nad rękopisem, oraz o nadsyłanie wiadomości o wszystkich zamierzonych pracach, lub przygotowanych do druku.

Taki tryb postępowania przyczyni się do skoordynowania i uporządkowania spraw wydawnictw lekarskich w zasięgu ogólnokrajowym, nie krępując zbyt wiele zamiarów i wysiłków twórczych pracowników umysłowych, a co ważniejsze chroniąc autorów przed odnową Instytutu ogłoszenia pracy drukiem.

Uchwała Komisji ma na celu poinformowanie autorów o sytuacji obecnej na polu wydawniczym, która zmusza zarówno autorów, jak i wydawców do planowej działalności twórczej i wydawniczej, w ramach realnych potrzeb naukowych i możliwości technicznych.

Kurs Przeciwgruźliczy dla lekarzy w Łodzi

(zmiana terminu)

Z inicjatywy Ministerstwa Zdrowia, organizuje Wydział Lekarski Uniwersytetu w Łodzi przy współudziale Wydziału Zdrowia m. Łodzi 7 tygodniowy dokształcający kurs dla lekarzy z dziedziny kliniki i społecznej walki z gruźlicą. Kurs obejmuje obok części teoretycznej, również ćwiczenia praktyczne na oddziałach gruźliczych i poradniach przeciwwgruźliczych.

Kurs rozpocznie się 13 października br. Podania o przyjęcie na kurs wraz z życiorysem

zawierającym dane o miejscu i dniu uzyskania dyplomu, przebiegu dotychczasowej pracy i zajmowany stanowisku, należy przesłać do 10 września br. do Sekretariatu Kursu Przeciwwgruźliczego, Łódź, ul. Moniuszki 7, — Centralna Poradnia Przeciwwgruźlicza, gdzie również udziela się bliższych informacji.

Lekarze przyjęci na kurs otrzymują stypendia w wysokości 10.000 zł. Lekarze z poza Łodzi prócz stypendium będą mieli ew. zapewnione bezpłatne utrzymanie i mieszkanie.

Ubezpieczalnia Społeczna w Białej Krakowskiej ogłasza

KONKURS

na stanowisko lekarza domowego

w Andrychowie,

miejsowości klimatycznej, podgórskiej, ze stacją kol. w miejscu, oraz

na stanowisko lekarza domowego

w Brzeszczach

Dla podania należy dołączyć odpisy: 1. świadectwa obywatelstwa polskiego, 2. dyplomu lekarskiego, uznanego przez Państwo Polskie, 3. prawa wykonywania praktyki, 4. świadectwa z odbytej praktyki lekarskiej. Wynagrodzenie według norm obowiązujących w Ubezpieczalni Społecznej za 5 godzin pracy dziennie. Mieszkania dla lekarzy zapewnione. Lekarz w Andrychowie, może objąć równocześnie pracę lekarza fabrycznego.

Lekarz Naczelny
Dr Twaróg Alfred

Dyrektor
Dr Franciszek Mildner

Ubezpieczalnia Społeczna w Białej Krakowskiej ogłasza

KONKURS

na stanowisko lekarza asystenta w Sanatorium Przeciwgruźliczym dla 250-ciu dzieci w Andrychowie

Do podania należy dołączyć odpisy następujących dokumentów: 1. świadectwa obywatelstwa polskiego, 2. dyplomu lekarskiego, uznanego przez Państwo Polskie, 3. świadectwa z odbytej praktyki lekarskiej, 4. prawa wykonywania praktyki. Sanatorium położone w pięknej okolicy podgórskiej, stacja w miejscu. Dla lekarza zapewnione mieszkanie i pełne utrzymanie. Warunki pracy i płacy według umowy. Podania należy składać w Ubezpieczalni Społecznej w Białej Krakowskiej w ciągu dni 14 od daty ogłoszenia konkursu.

Lekarz Naczelny
Dr Twaróg Alfred

Dyrektor
Dr Franciszek Mildner

UBEZPIECZALNIA SPOŁECZNA W GLIWICACH
ogłasza

KONKURS

na stanowisko kierownika Zakładu Rentgena Ubezp. Społecznej w Gliwicach
— lekarza specjalisty rentgenologa

Wynagrodzenie według umowy. Podania wraz z odpisami dokumentów kierować w terminie do 1 listopada 1947 roku do Dyrekcji Ubezpieczalni Społecznej w Gliwicach, ul. Ziemowita 1.

**Dyrekcja Ubezpieczalni Społecznej
w Gliwicach**

**Ubezpieczalnia Społeczna w Częstochowie
zaangażuje od zaraz**

- a) lekarza chirurga,
- b) lekarza ginekologa,
- c) 4 lekarzy internistów

Szczegółowe warunki do omówienia na miejscu.

Mieszkanie od 3—4 pokoi z wygodami zapewnione.

Podanie wraz z życiorysem należy kierować do Wydziału Lécznictwa Ubezpieczalni Społecznej w Częstochowie, ul. Mickiewicza 12.

wz (Lekarz Naczelny)

(Dr A. Słowiński)

Dyrektor
(Eugeniusz Fulman)

**Stanowisko ordynatora oraz asystenta
w Szpitalu Psychiatrycznym w Rybniku**

W Szpitalu Psychiatrycznym w Rybniku, jest do objęcia stanowisko ordynatora oraz asystenta. O warunkach uprasza się o porozumienie z Dyrektorem szpitala.

w z. Dyrektora Zakładu:
Dr Januszewska

P. T.
LEKARZE
oraz
INSTYTUCJE

SPÓŁDZIELNIA WYDAWNICZA „WIEDZA”
zawiadamia

że rozsyła prospekt wydawnictwa

„ROCZNIK LEKARSKI RZECZYPOSPOLITEJ
POLSKIEJ NA ROK 1948”

pod redakcją dr. med. Stanisława Konopki

zawierający urzędowy spis lekarzy, lekarzy dentystów, farmaceutów, fclczarów, dyplomowanych pielęgniarzek i położnych.

Cena egzemplarza zł 800.—

Zamówienia prosimy kierować pod adresem: Spółdzielnia Wydawnicza „Wiedza” C. B. O. i R., Warszawa, ul. Daszyńskiego Nr 18, wpłacając jednocześnie należność przekazem pocztowym, lub na konto P. K. O. Nr 1-5941.

**Mamy zaszczyt zawiadomić wszystkich obyw. lekarzy,
że w oparciu o krajowe surowce produkujemy następujące
preparaty i specyfiki:**

Tonofos

w amp. 1 ccm, normalny i forte.
Chemicznie jest Tonofos solą
sodową kwasu dwualkilo-amino-
arylo-fosfinowego i jest
identyczny z Tonophosphanem
Bayera.

Wskazania: Choroby sercowe,
stany wyczerpania fizycznego
i psychicznego, hypotonia, neu-
rastenia płciowa, przemiana
materii, gruźlica itp.

Metarson

w amp. 1 ccm o stęż. 2% i 5%.
Chemicznie jest to sól sodowa
kwasu metyloarsinowego. Pre-
parat nietoksyczny o pełnym
działaniu arsenu.

Wskazania: Niedokrwistość,
stany wyczerpania, nerwobóle,
choroby skórne.

Cuprum Glicolicum

Leczenie gruźlicy.

Calcium Gluconicum

w amp. 10 ccm o stęż. 10%
i 20%.

Calcium Gluconicum

w tabletkach 1 g.

Wysokowartościowy preparat
wapniowy o przyjemnym cu-
kierkowatym smaku. Bywa ba-
rdzo dobrze znoszony bez ża-
dnych objawów ze strony żo-
ładka w czasie ciąży. Bardzo
lubiny przez dzieci.

Rybnicka Wytwórnia Chemiczna
Rybnik, ul. Ogródki 3, tel. 267.

Zapowiedź redakcji

Nr 9—10/47 ukaże się w najbliższym czasie
po zebraniu przez administrację odpowiednich
funduszy (około 600,000 zł) — **zaleganie z o-
płatą prenumeraty opóźnia wydanie następnego
numeru!**

Nr 9—10/47 będzie zawierać m. i.:

Dr med. Mgr iur. Stanisław Niebrój (Niedo-
bczyce) — Podstawowe zagadnienia medy-
cyny społecznej.

Lek. M. Radajewski (Kępno) — Organizacja
służby zdrowia na wsi.

Dr Aleksander Śliżyński (Bielsko) — Z pra-
ktyki lekarza przemysłowego.

Dr Stanisław Grochmal (Kraków) — Leczenie
gruźlicy płuc preparatem „Vivocin“ (9 rycin).

**Prof. dr Zdzisław Michalski i Jan Niepiór-
kowski** Warszawa — Dalsze spostrzeżenia

nad leczeniem zachowawczym gruźliczego
zapalenia otrzewnej.

Dr Kazimierz Bojanowicz (Katowice) — Po-
dawanie octanu potasu jako próba rozpo-
znawcza niewydolności kory nadnerczy.

Dr Janusz Skórski (Warszawa) — Rak sutka
(7 rycin).

Dr Henryk Kławe (Wrocław) — W sprawie
leczenia nowotworów narządów rodnych
kobiecych metodą naświetlań śródpocho-
wych. (7 rycin).

Dr Stanisław Szpilczyński (Wrocław) — O
leczeniu elektrowstrząsami.

Dr T. Łapiński (Lubliniec) — Marzenia senne
w zestawieniu z majaczeniami chorych so-
matycznych, złudzeniami, urojeniami.

J. Strzoda (Bielsko) — Niedoceniając źródeł
zakażeń w medycynie.

Od administracji „Śląskiej Gazety Lekarskiej“.

Administracja „Śląskiej Gazety Lekarskiej
“ **uprasza o wpłacanie prenumeraty możliwie
najrychlej**, gdyż tylko wtedy jest możliwe re-
gularne ukazywanie się czasopisma. W tej
chwili zalega z prenumeratą ponad 1000 osób
wzgl. instytucji kwotami 1000—1200 zł, co
pochłonięło dwukrotnie konieczną rezerwę wy-
dawniczą. Dalsze wydawanie „Śląskiej Ga-

zety Lekarskiej“ jest uzależnione od terminu
wpłat zaległości i od punktualnego (możli-
wie do 7 dni od otrzymania czasopisma) wpła-
cania bieżącej prenumeraty.

W warunkach obecnych nie możemy kre-
dytować kwot wyższych ponad 1000 zł, —
dlatego wstrzymujemy dalszą wysyłkę, jeżeli
zaległość dochodzi do tej kwoty.

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. — pokrywa połowę kosztów druku odbitek. Klisze cynkograficzne (zdjęcia, wykresy) muszą być nadesłane wraz z pracą — koszt kliszarni pokrywa autor. — Maksymalna szerokość kliszy jednoszpaltowej 8 cm, dwuszpaltowej 16 cm, cała stronica 25×16 cm.

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 10.000 zł. Ogłoszenia mogą być dostarczone do administracji w formie gotowej w ilości 3.000 kartek.

Administracja zastrzega sobie prawo decyzji co do umieszczenia nadesłanych gotowych ogłoszeń.

Ceny numerów rocznika I i II.

Nr 1—3/45	kosztuje	75.— zł	Nr 6/46	„	150.— „
Nr 1/46	„	100.— „	Nr 7—8/46	„	200.— „
Nr 2—3/46	„	100.— „	Nr 9—10/46	„	200.— „
Nr 4/46	„	100.— „	Nr 11/46	„	200.— „
Nr 5/46	„	150.— „	Nr 12/46	„	200.— „

Komplet rocznika I i II — 1.500 zł (875 stron działu naukowego i 175 stron działu urzędowego, 18 stron spisu treści działu naukowego i 4 strony działu urzędowego).

Nr 1—2/47 kosztuje 500.— zł (196 + 28 + 18 stron druku).

Nr 3—5/47 kosztuje 750.— zł (210 + 20 + 4 stron druku).

ERRATA:

Str. 53*, szpalta I, wiersz 7 od dołu winno być:

„ 63*, „ II, „ 21 od dołu „ „

„Mauthausen“

„Biura Rozliczeń“

Nakłady „Śląskiej Gazety Lekarskiej“

1. „Gruźlica — zbiór współczesnych poglądów i zasad w praktyce w Wielkiej Brytanii“. Stron 198, jedna tablica 100 zł
2. Franciszek Popiołek — „Opieka społeczna w przemyśle hutniczo-górnictwym na ziemiach polskich“. Stron 104 100 zł
3. Dr Wiktor Bincer — „Wojny i choroby zakaźne“ (Z rozważań epidemiologicznych). Stron 53. 75 zł
4. Mgr Ryszard Słupik — „Sulfonamidy, ich budowa chemiczna, zastosowanie i dawkowanie“. 30 zł
5. Dr Leonard Lisiecki — „O durze brzuszny“. Spostrzeżenia i uwagi z epidemii r. 1945 w powiecie rybnickim. Stron 51, cztery tablice 100 zł
6. Dr Wiktor Bincer — „Zasady odżywiania stołówkowego“. Stron 19 50 zł
7. Dr med. Kornel Gibiński — „O kymografii serca“. Stron 90, rycin 34 200 zł
8. Dr med. Józef Godlewski — „Ostra niedomoga krążenia krwi pochodzenia naczyniowego w wieku dziecięcym“. Stron 141 280 zł
9. Dr med. Jan Szumski — „Problemy leczenia społecznego“, Stron 90 180 zł

Nakłady „Śląskiej Gazety Lekarskiej“ nabyć można w administracji „Śląskiej Gazety Lekarskiej“ (tylko listownie) — Cieszyn, Pl. św. Krzyża 1, m. 4 i w składzie głównym: Księgarnia Lekarska, Warszawa, Chocimska 22.

4. Ginekologia i położnictwo:

1. **Uhma** — O technice operacyjnej cięcia cesarskiego w dolnym odcinku macicy 507
2. **Buckell** — Włókniaki macicy w ciąży 508
3. **Roscoe, Danaldson** — Krew w ciąży 508
4. **Evans, Smith** — Poród z martwym płodem i śmierć noworodków 508
5. **Cross** — Wielokrotne poronienia, porody niewczesne i przedwczesne 508
6. **Iglerias, Lipschutz** — Związek pomiędzy hormonami sterolowymi i anhydrohydroksy — progesteronem a mięśniakowatością 508

8. Choroby wewnętrzne:

1. Diagnostyka etiologiczna gośćca za pomocą odczynu Mestera 509
 2. **Leaton** — Grasica 509
- Vide: medycyna urazowa 3, choroby zawodowe 1, 2, 3, 4, 5, 6, ginekologia 3.

6. Pediatria:

1. Różyczka (rubeola) w ciąży jako przyczyna wad rozwojowych 509
2. **Morhard** — Różyczka jako przyczyna wad rozwojowych 510
3. **Lelong, Delaure, Rossier, Lesorbe, Udenstock** — Zmiana pierwotna w płucach w postaci rozsianej guzkowej 510
4. **Kizoulis** — Umiejscowienie pierwotnej gruźlicy w uchu środkowym 511
5. **Levaditi** — Uwagania o działanie witaminu D na doświadczalne zmiany gruźlicze 511
6. Aforyzmy 511

7. Antibiotica:

1. **Boquien** — Powikłania podczas leczenia penicyliną 512
2. **Chatterjee, Ganguli** — Penicylina w leczeniu błonicy 513
3. **Yung** — Leczenie penicyliną w chorobach wewnętrznych 513
4. **Mackensie** — Penicylina w angina agranulocytotica 513
5. **Burke** — Penicylina w zapobieganiu ostremu gośćcowi 513
6. Penicylina w zakażeniach dróg moczowych 513
7. **Ungar** — Działanie estrów penicyliny 513
8. **Fleming, Smith** — Oznaczenie penicyliny w surowicy krwi 513
9. **Hahn** — Utrwalanie roztworów penicyliny cytrynianem sodowym 513
10. Biała penicylina 513
11. **Platoru** — Penicylina w leczeniu 252 przypadków wczesnej kiły 513
12. **Sternberg, Leiger** — Penicylina i wczesna kiła 513
13. **Rose, Solomon** — Penicylina w leczeniu kiły systemu nerwowego 513

14. **Minton** — Penicylina w leczeniu pospolitych zakażeń wewnętrznych oka 514
15. **Streptomycyna** 514

Świat lekarski polski:

1. Z martyrologii lekarzy śląskich:
 - I. Dr Jan Hlond 514
 - II. Dr Zdzisław Mromliński (fotografia) 515
 - III. Dr Adolf Uhl 515
2. Założyciele Towarzystwa Lekarzy Polaków na Śląsku:
 - XVII. Dr Jan Nepomucyn Stęśliński (fotografia) 516
 - XVIII. Dr Bogusław Parczewski (fotografia) 516
3. **Stanisław Wallis** — Lekarze na Śląsku w dawnych wiekach (c. d.) 517
 4. Borek Klemens z Opola. 5. Borek Paweł. 6. Borzellay de Stachow Mateusz. 7. z Brzega Piotr. 8. Chmielewski Jan. 9. Dembeżak Walerian. 10. Dziekiński Aleksander Jan Antoni Feliks. 11. Efor Anzelm.
4. Zebranie naukowe sekcji lekarzy Z. Z. Pr. Śl. Zdr. w Bytomiu
 - a. 28 V 1947 518
 - b. 25 VI 1947 518
5. Sekcja naukowa lek. w Opolu — posiedzenie 27 3 1947 519
6. Z listów do redakcji: **Dr M. Jonas** — Piąty przypadek dośrodkowego zwicnięcia w stawie biodrowym 519
7. Sprawozdanie z czynności P. A. U. Wydz. IV. od lipca 1946 do czerwca 1947. 520
8. Program XIV Zjazdu internistów polskich 26 IX 1947. 520
9. Odwołanie terminu Zjazdu pediatrów polskich 521
10. Polskie Towarzystwo Mikrobiologów i Epidemiologów 521
11. Akademia Lekarska w Gdańsku — wybory do władz Akademii 521
12. Polskie Tow. Bad. Nauk. nad Gruźlicą — Koło Poznańskie 521
13. XXXII Zjazd chirurgów polskich w Krakowie 5—7 IV 1948 521
14. Międzynarodowy Zjazd psychiatryczny w Londynie 12—21 VII 1948 521

Notatki terapeutyczne:

1. **Dr W. Kurlus** (Zbąszyń) — Chemoterapia w przebiegu płonicy 522
4. **Mgr Ryszard Słupik** (Cieszyn) — Środki biologiczne w medycynie. Cz. VIII. Antidiahoica 524
2. **Prof. dr M. Grzybowski** — Leczenie rzeżączki penicyliną. Wskazówki dla lekarzy praktyków 523
3. **Prof. dr M. Grzybowski** — wskazówki dla leczenia kiły 523

1. W pracy lek. Włodzimierza Brühla „Spostrzeżenia nad obrzękiem głodowym“, str.	247, 2451, 253, 254
2. W streszczeniach, str. 347, 349, 350, 351, 352, 353.	
Errata	528

DZIAŁ URZĘDOWY:

I. Biuletyn informacyjny Ministerstwa Zdrowia	51*
II. Z Wojewódzkiego Wydziału Zdrowia	51*
III. Z Izby Lekarskiej Woj. Śl.-Dąbr. Zmiana składek na cele Pomocy Społecznej	51*
VI. Ze Związku Lekarzy Woj. Śl.-Dąbr.	
1. Sprawozdanie z Walnego Zebrania dnia 18 V 1947	51*
2. Komunikat Biura Rozliczeń Nr 15 z 5 VI 1947	67*
3. Sprawozdanie z zebrania Zarządu z 21 VI 1947	70*
4. Sprawozdanie z zebrania Zarządu z 28 VII 1947	72*

1. Uchwała komisji podręcznikowej Rady naukowej Inst. Nauk. Wyd.	74*
2. Kurs przeciwgruźliczy dla lekarzy w Łodzi — zmiana terminu	74*
3. Stanowisko ordynatora oraz asystenta w Szpitalu Psychiatrycznym w Rybniku	75*
4. Konkurs U. S. w Białej Krakowskiej na stanowisko lekarza domowego w Andrychowie i Brzeszczu	75*
5. Konkurs U. S. w Białej Krakowskiej na stanowisko lekarza asystenta w Sanatorium Przeciwgruźliczym dla dzieci w Andrychowie	75*
6. Konkurs U. S. w Gliwicach na stanowisko kierownika zakładu Rentgena	75*
7. Ogłoszenie U. S. w Częstochowie o zaangażowaniu 1 chirurga, 1 ginekologa, 4 internistów	75*
8. Rocznik Lekarski Rz. P. na rok 1948	75*
9. Ogłoszenie Rybnickiej Wytwórni Chemicznej	76*
Zapowiedź redakcji	76*
Zapowiedź administracji	76*

LECZNICA ZWIĄZKOWA W KRAKOWIE

ul. Garncarska 11. Telefon Nr 507-72 i 507-28

wznowiła przyjmowanie chorych z wyjątkiem zakaźnych i umysłowych

Pokoje wspólne i seperatki

Bronchitis. Bronchopneumonia. Phtisis pulmonum <i>Rp.</i> CALCIOSOT Sirupus Calcii creosotolactici c.Codeino D. S. 3—4 razy dziennie 1 łyżeczkę	Insufficiencia cordis. Cardioneurosis. <i>Rp.</i> CORDIVAL Guttæ: Percolatio Valerianae, Stro- phanti, Convallariae, D. S. 2—3 razy dziennie 10—25 kropli
„J A T R O C H E M I A” mgr Słupik, Cieszyn	