

NOWINY LEKARSKIE

DWUTYGODNIK SPOŁECZNO-NAUKOWY

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

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

Naczelny Redaktor: *Prof. dr Karol Jonscher*

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

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

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

Проф. Зубжицки.

Смертельность после радикальной брюшной операции рака в шейке матки.

Краткое изложение.

Основываясь на сорокалетнем опыте, приобретенном относительно радикальных брюшных операций рака в шейке матки способом Вертейма, автор приходит к заключению, что смертность после этих операций не превышает смертности после других гинекологических брюшных операций. Рассматривая причину различий взглядов на этот вопрос по сравнению со взглядами целого ряда других клинических врачей, автор считает, что соблюдение известных условий при операции играет тут основную роль. К числу них относятся: способ анестезии, подготовка оперативной области, защита раны, ограничение оперативной области, отделение мочевого пузыря, создание доступа к мочеточнику, выделение его, подготовка rectum, обеспечение приматочной области, обеспечение обрезка влагалища, задержание кровотечения, удаление лимфатических желез таза, обеспечение оперативной области в тазу, послеоперативный уход за больным. Автор подробно обсуждает эти отдельные моменты и утверждает, что если принять во внимание техническую сторону в этих моментах операции, уменьшается не только опасность самой операции, но также и возможность появления после-оперативных осложнений.

SUMMARY

prof. Zubrzycki

On the mortality after the radical abdominal procedure in the carcinoma colli uteri.

Basing on his own forty years experience with the radical abdominal operations in the carcinoma colli uteri (Wertheim) the author states that the postoperative mortality after this procedure is not greater

than after other abdominal operations in gynecology. In considering the causes of many differences what we meet in the literature on the topic he represents the point of view that the preservation of some principles in the course of operation plays here a very important role. These principles are: the kind of anaesthesia, the preparation of the operation field, the isolation of the abdominal wound, the separation of the pelvic minor, the preparation of the bladder, the separation of the ureter, the preparation of the ureter, the separation of the rectum, the providing of the parametria, the providing of the vagina, haemostasis, the dissection of the pelvic lymphatic glands, the providing of the operative field in the pelvis, the right postoperative treatment.

The autor discusses these moments in particulars and states that the proper technic lowers the danger of the radical operation and the numbers of postoperative complications.

М. Пехоцки.

Сенсибилизация кожи на стрептомицин у санитарок.

Краткое изложение.

Автор описывает появление анафилактических кожных симптомов вследствие контактного действия раствора стрептомицина у 5 санитарок, встречающихся в своей профессиональной работе с этим лекарством. Пробы эпидермальной и внутрикожной анафилаксии, проведенные у этих санитарок при различной концентрации стрептомицина, получились положительные. В 2 случаях удалось пассивно перенести анафилаксию способом Praussnitz-Kustnera. В одном случае у санитарки выступил анафилактический шок после внутрикожного впрыскивания 0,1 мл стрептомицина, содержащего 1000 единиц. Представлены способы предохранения от выступления анафилаксии от стрептомицина у санитарок.

SUMMARY

The author describes the occurrence of skin sensitization in form of epidermo-dermitis eczematoides caused by the contact action of the streptomycin solution in five nurses handling in their professional occupation with this drug.

The skin sensitivity tests (the patch tests and the intradermal tests) carried out in these nurses with different streptomycin concentrations were positiv. In two cases a passive sensitization was transferred with the Prausnitz-Küstner method.

In one of cases appeared an anaphylactic shock after intradermal injection of 1000 units of streptomycin.

Preventive measures against the occurrence of streptomycin sensitization in nurses have been described.

K. Ежиковска-Килешина.

Два случая врожденной атрезии пищевода.

Обсуждаются два случая атрезии оesophagi. После гастростомии дети умерли. Обсуждается современное хирургическое лечение атрезии оesophagi.

M. D. Jerzykowska-Kuleszyna.

Two cases of congenital atresia esophagi.

Two cases of congenital atresia esophagi are discussed. The diagnosis of atresia esophagi was established by means of X-ray examination. The children died, after gastrostomia performed. The modern surgical treatment of congenital atresia esophagi is discussed.

Z Kliniki Położnictwa i Chorób Kobięcych Akademii
Medycznej im. Gen. Świerczewskiego w Szczecinie
(Dyrektor: prof. dr J. Zubrzycki)

Prof. dr January Zubrzycki

Zagadnienie śmiertelności po doszczętnym zabiegu brzuszny w raku szyjki macicy

Zastanawiając się wielokrotnie nad podnoszoną z różnych stron sprawą rzekomej dużej śmiertelności po doszczętnych zabiegach brzusznych u kobiet z rakiem szyjki macicy, dochodziłem do wniosku, że istnieje w zapatrywaniach na tę sprawę pewna rozbieżność, spowodowana odmiennymi wynikami klinicznymi, uzyskiwanymi przez nas a wynikami klinicznymi, podawanymi z niektórych innych zakładów. Nie ulega dla nas żadnej wątpliwości, na skutek naszych spostrzeżeń, że wprawdzie w bardzo daleko posuniętych postaciach raka szyjki macicy śmiertelność po brzusznych zabiegach radykalnych jest bezsprzecznie większa niż po innych zabiegach ginekologicznych, brzusznych — jednakże nie tak olbrzymia, jak to podają niektórzy. Natomiast śmiertelność po zabiegach, wykonanych u kobiet z chorobą rakową macicy, umiejscowioną w szyjce, u których naciek nowotworowy nie przechodził na sąsiadujące narządy i nie sięgał beznadziejnie daleko w tkankę przymacicza, nie przekracza według naszego doświadczenia odsetkowo śmiertelności po innych zabiegach ginekologicznych. To nasze spostrzeżenie, pozostające w niezgodności ze spostrzeżeniami wielu klinicystów i lekarzy, powodowało częstokroć pewne nieporozumienie w dyskusjach, dotyczących tej sprawy na posiedzeniach i zjazdach. Ta różnica zdań wymaga bezwzględnie wyjaśnienia.

W rozwiązaniu tego zagadnienia, zajmującego mnie przez czterdzieści lat mojej praktyki lekarskiej, pomogło mi objęcie stanowiska konsultanta lekarskiego Ministerstwa Zdrowia, początkowo na województwo lubelskie i rzeszowskie a ostatnio na województwo szczecińskie. W moich rozjazdach konsultanckich zapoznałem się nie tylko z warun-

kami, w jakich pracuje lekarz powiatowego szpitala. Poznałem braki tych szpitali pod względem pomieszczeniach, urządzeń i kwalifikacji pojedynczych kierowników zakładów. Przyglądałem się zabiegom wykonywanym przez kierowników tych szpitali, którymi byli przeważnie chirurdzy, częstokroć bardzo wysokiej klasy, ale tylko chirurdzy a nie ginekologdy. Oglądałem zestawy operacyjne, jakimi się posługiwali w swoich zabiegach. Przeglądałem książki operacyjne i przeprowadzałem rozmowy na temat dokonywanych zabiegów. Wyniki tych moich obserwacji przynosiły mi przeważnie rozczarowanie i wyjaśniły mi wiele zagadnień, między innymi pozwoliły mi też na poznanie przyczyn różnicy w zapatrywaniach na sprawę śmiertelności po doszczętnych zabiegach brzusznych w raku szyjki macicy. W księgach operacyjnych znajdowałem notatki o wielu chorych, operowanych na raka szyjki macicy. W rubryce zabiegu jaki dokonano podawano „zabieg Wertheima“, a więc zabieg najbardziej radykalny, jeden z technicznie najtrudniejszych, jeden z najpoważniejszych zabiegów operacyjnych. W rubryce zejście, przeważnie figurował krzyż. Bliższy wgląd w sprawę wyjaśnił, że szpital nie posiadał narzędzi do wykonania tego typu zabiegu. Dalsza rozmowa wskazywała na to, że dany lekarz nie zawsze zdawał sobie sprawę z tego, jaki jest tok zabiegu Wertheima, częstokroć nawet nie znał podstawowych zasad tego zabiegu.

Zabieg rozszerzony, czyli, jak go nazywamy inaczej doszczętny, w raku szyjki macicy, dokonywany przez powłoki brzuszne jest zabiegiem, do którego przeprowadzenia potrzeba koniecznie, poza innymi, dwóch typów narzędzi, a mianowicie podanych przez Wertheima lub zmodyfikowanych przez

Weibla, klem do zaoptrywania przymacicz i klem do zamknięcia światła pochwy, również podanych przez Wertheima. Pierwsze starano się zastąpić narzędziami, zbliżonymi w swoim typie do podanych przez Wertheima, lecz mniej poręcznych w użyciu, lub przez okluwanie tkanki łącznej przymacicza igłą Deschampa (Latzko), co jednak się nie przyjęło, bo utrudniało zabieg w wysokim stopniu, przedłużało go i stawało się przyczyną mniejszych lub większych krwotoków, zacierających obraz pola operacyjnego. Ten sam skutek odnosi posługiwanie się zastępczo innymi a nie celowo do tego zabiegu skonstruowanymi narzędziami. Drugie klemy, podane przez Wertheima, służące do zamknięcia światła pochwy są nie do zastąpienia. Podano wprawdzie narzędzie (Bumma), mające służyć do zamykania światła pochwy, które okazało się jednak trudne i nieporęczne w użyciu, nie znalazło też zastosowania również i z tego powodu, że nie można się nim posługiwać, jako narzędziem uniwersalnym u wielu chorych, operowanych na raka macicy. Tak samo okazało się niepraktyczne i niespełniające swego zadania problematyczne zamknięcie światła pochwy z pomocą grubego szwu jedwabnego (Liepman). Narzędzi do zaopatrywania przymacicz oraz narzędzi do zamknięcia pochwy w danych szpitalach nie było, a odnośny lekarz nie wiedział częstokroć nawet o ich istnieniu. W wywiadach nie stwierdziłem posługiwania się żadnym z powyżej wymienionych narzędzi, ani też posługiwania się żadnym z innych sposobów zamknięcia światła pochwy.

Na podstawie w ten sposób uzyskanych danych i poczynionych spostrzeżeń doszedłem do wniosku, że przeważna liczba zabiegów, dokonywanych w raku szyjki macicy, a nazwanych przez operujących lekarzy „zabiegami Wertheima“, a więc doszczętnymi zabiegami brzuszными nie są bezwarunkowo zabiegami tego typu, za jakie bywają podawane. Są to przeważnie zabiegi, noszące raczej cechy zwykłego wycięcia macicy i przydatków, dokonywane drogą brzuszną, a noszące nazwę zabiegów Freund'a. Jest to zabieg, który stosowano swego czasu w raku szyjki macicy i to w początkach rozwoju chirurgii ginekologicznej. Zabieg ten dawał zawsze i daje wprost niewiarygodnie duży odsetek śmiertelności w raku szyjki macicy i dlatego został zupełnie zaniechany w tym schorzeniu na rzecz innych zabiegów. W niektórych innych ośrodkach starano się naśladować zabieg podany przez Wertheima, nie zdając sobie sprawy z tego, że istnieje zasadnicza różnica pomiędzy zabiegiem wykonywanym a zabiegiem doszczętnym brzuszным, podanym przez Wertheima.

Poza tym stwierdziłem w rozmowach, prowadzonych w czasie konsultacji, że zaledwie niewielka liczba odpowiedzialnych kierowników oddziałów orientuje się w tym, które chore z rakiem macicy, ze względu na stadium schorzenia nadają się jeszcze do zabiegu operacyjnego a które nie.

Te momenty decydowały, zdaniem moim o różnicy w odsetkach śmiertelności, spostrzeganych po zabiegach u chorych z rakiem szyjki macicy w poszczególnych zakładach.

Poza tym w zakładach, stojących już na wyższym szczeblu techniki operacyjnej i specjalistycznych wiadomości lekarskich, uderzała poza znacznym procentem śmiertelności pierwotnej, duża stosunkowo liczba następowych powikłań — a więc ropni w powłokach, przetok pęcherzowych, przetok moczowodowych, miejscowych nawrotów w lejku kikuta pochwy a nawet następowych bujań nowotworowych w bliźnie pooperacyjnej powłok brzusznych. Z powikłań tych, pewnych nie spotykaliśmy dotychczas w ogóle, jak na przykład następowego wytworzenia się utkania rakowego bliźnie pooperacyjnej, a inne, stosunkowo bardzo rzadko, jak na przykład nawrót w lejku kikuta pochwy, a jeszcze inne spostrzegaliśmy tylko sporadycznie i to jedynie w bardzo daleko posuniętych nacieczeniach rakowych, jak na przykład przetoki pęcherzowe i przetoki moczowodowe.

Przeglądając historie chorób i księgi operacyjne konsultowanych ośrodków leczniczych zauważyłem, że w olbrzymiej liczbie operowanych kobiet na raka szyjki macicy notowano, jako przyczynę zejść śmiertelnych, zapalenie otrzewnej. A przecież zabieg radykalny brzuszny w raku szyjki ze względu na technikę, opracowaną przez Wertheima jest zabiegiem czystym i w dzisiejszym stanie aseptyki nie powinien doprowadzać do zapalenia otrzewnej w tak dużym odsetku. Rozpatrzmy przyczynę tych rozbieżności i zastanówmy się, czy można zmniejszyć odsetek śmiertelności i liczbę pozabiegowych powikłań.

Zagadnieniem poprawienia wyników operacyjnych po zabiegach radykalnych w chorobie rakowej macicy, ogólnie rzecz biorąc, zajmowaliśmy się od dawna i poczyniliśmy w tym kierunku cały szereg doświadczeń i spostrzeżeń o charakterze pozytywnym, w odniesieniu do zabiegu radykalnego, dokonywanego drogą powłok brzusznych, opartych zresztą na podstawach zasad techniki zabiegu doszczętnego w raku szyjki macicy, zbudowanego przez Wertheima. Sprawa ta o tyle staje się znowu aktualniejsza, że jak nas pouczają ostatnie badania, przeprowadzone nad promienioczulością utkania rakowego na promienie radu i lampy Roentgena, nie wszystkie histologiczne postaci raka macicy, ze względu na swoją małą promienioczulość nadają się do leczenia radem lub lampą Roentgena (wiemy to już nawet z polskiego piśmiennictwa), nie wszystkie też ze względu na swoje anatomiczne umiejscowienie posiadają sprzyjające warunki do leczenia energią promienną. Poza tym nadmienić należy, że wyniki lecznicze operacyjne i energii promiennej, jak to nas olbrzymie statystyki pouczają, nie przeważały jeszcze szali na korzyść jednego lub drugiego kierunku leczniczego, przynajmniej w niektórych postaciach raka szyjki macicy.

Rozpatrzmy najistotniejsze i najważniejsze momenty w doszczętnym zabiegu w raku szyjki macicy, dokonywanym przez powłoki brzuszne, które mogłyby mieć znaczenie dla zmniejszenia śmiertelności i liczby powikłań pooperacyjnych. Są nimi:

- 1) rodzaj znieczulenia,
- 2) przygotowanie pola operacyjnego,
- 3) ochrona rany w powłokach,
- 4) odgraniczenie pola operacyjnego,
- 5) odpreparowanie pęcherza moczowego,
- 6) stworzenie dostępu do moczowodu i wydzielenie tegoż,
- 7) odpreparowanie prostaty,
- 8) zaopatrzenie przymacza,
- 9) zaopatrzenie kikuta pochwy,
- 10) opanowanie krwawienia,
- 11) usunięcie gruczołów chłonnych miednicy,
- 12) zaopatrzenie pola operacyjnego w miednicy,
- 13) postępowanie pooperacyjne.

Widziałem jeszcze zabiegi doszczętne, dokonywane drogą powłok brzusznych w raku macicy w modnym naonczas sposobie usypiania mieszanką Billrotha. Usypienie chloroformem już za moich lat, nawet wczesnej czynności lekarskiej, nie znajdowało zastosowania w zabiegach ginekologicznych. Sam przeprowadzałem zabiegi radykalne początkowo w usypieniu eterowym. Znieczulenie lędźwiowe, które wtedy zaczęto dopiero wprowadzać, nie dysponowało środkami, zapewniającymi długotrwałe działanie, potrzebne do wykonania zabiegu Wertheima. Zabieg brzuszny, doszczętny w raku szyjki macicy jest zabiegiem stosunkowo długo trwającym. Niekorzystne okazało się łączenie krótkotrwałego znieczulenia lędźwiowego, na przykład tropacocainą z narkozą eterową i dlatego z konieczności posługiwano się tylko usypieniem eterowym. Powikłania, występujące po zabiegach w następstwie stosowania ogólnego odurzenia eterowego, nie mówiąc już o mnieszance Billrotha były bardzo częste i poważne, lecz co najważniejsza, wielokrotnie nie dały się opanować, czego wynikiem był stosunkowo duży odsetek śmiertelności. Zasadniczo zmieniło sprawę wprowadzenie do znieczuleń lędźwiowych środków, powodujących długotrwałe zadziałanie. Pierwszym takim środkiem była percaina. Zastosowaliśmy ten środek w zabiegach doszczętnych w raku szyjki macicy, używając do tego celu dwójakiego rodzaju rozczyńców percainy, sporządzonych przez firmę „Ciba“, specjalnie do znieczulenia lędźwiowego. Jeden, to rozczynek 0.5 : 100 w opakowaniu po 2,3 ccm. w ampułkach, drugi — to rozczynek 1 : 1500 w opakowaniu po 20 ccm w ampułkach. Ilość stosowanych przez nas rozczyńców percainy z pierwszego rozczyńca nie przekraczała 1,7 ccm a z drugiego 17 ccm. Znieczulenia dokonywaliśmy techniką, powszechnie używaną i opisaną między innymi i przez nas*). Stosowane przez nas ilości wspomnianych rozczyńców w zupełności wystarczyły do wywołania zawsze długotrwałego znieczulenia, pozwalającego na wykonanie nawet najcięższego zabiegu. O ile chora w to-

ku zabiegu jest niespokojna, dołączamy do znieczulenia lędźwiowego usypienie dożylnie, z pomocą środków, będących powszechnie w użyciu. Zalety tego sposobu postępowania uwidoczniły się już w czasie przebiegu samej operacji w postaci zupełnego zniesienia napięcia mięśni powłok brzusznych, co ułatwia dostęp do pola operacyjnego, zwłaszcza w następstwie opadnięcia trzew ku przepionie w położeniu chorej głową na dół, w którym to położeniu dokonujemy zawsze zabieg podany przez Wertheima. To zwiotczenie powłok brzusznych, jak również i opadnięcie trzew pozwala nam na należyte i dokładne odseparowanie pola operacyjnego od reszty jamy brzusznej, co dla prognozy zabiegu ma bardzo doniosłe znaczenie. Korzyści znieczulenia lędźwiowego uwidoczniły się po zabiegu w minimalnym szoku operacyjnym, nie powodującym nawet podniesienia liczby tętna i pozwalającym na swobodniejsze traktowanie chorej pod względem wymogów diety. Po zejściu ze stołu chora, po tak ciężkim zabiegu, nie robiła wrażenia operowanej. Nie występowały powikłania w związku z szokiem pooperacyjnym, nie występowały powikłania ze strony narządu krążenia, jak również ze strony narządu oddechania, zmniejszyło się niebezpieczeństwo zakażeń otrzewnowych w następstwie zupełnego spokoju trzew w jamie brzusznej w czasie zabiegu. Odpadły więc wskutek tego przyczyny zejść śmiertelnych ze strony narządów krążenia i oddychania, a zmniejszyła się liczba powikłań ze strony otrzewnej. Odsetek śmiertelności zmalał wprost niewiarygodnie. W związku z tym doszedłem do wniosku, że zabiegi doszczętne drogą powłok brzusznych w raku szyjki macicy należałoby dokonywać właściwie tylko w znieczuleniu lędźwiowym i to środkami, zapewniającymi długotrwałe i głębokie znieczulenie, rzecz jasna, pod ścisłą obserwacją zachowania się tętna, oddychania i ciśnienia krwi. Znieczulenie lędźwiowe w zabiegach doszczętnych stosuję od lat piętnastu.

Przechodząc do omówienia następnego punktu zaznaczam, że musimy uwzględnić przygotowanie samej chorej i przygotowanie pola operacyjnego. Przygotowanie chorej polega na krótkotrwałym wzmożeniu sprawności narządu krążenia, o ile tego zachodzi potrzeba, przez podawanie odpowiednich środków nasercowych, usunięciu istniejącej ewentualnie niedokrwistości przetoczeniem krwi, nawet kilkakrotnym, oraz na łagodnym opróżnieniu przewodu pokarmowego, szczególnie jego dolnych odcińków. Nie należy bowiem zapominać o tym, że operujemy w najbliższym sąsiedztwie prostaty, której ściany narażone są nierzadko na mniejszy lub większy uraz.

Przygotowanie pola operacyjnego polega na przygotowaniu skóry powłok brzusznych i wnętrza pochwy. Powłoki brzuszne przygotowujemy w ogólnie przyjęty sposób z pomocą benzyny, alkoholu

*) Zubrzycki: Równoczesne znieczulenie lędźwiowe i usypienie dożylnie. Annales Univ. M. C. S. Lublin, Sectio D Vol. II, 2. 1947.

i jodyny. Dla przygotowania wnętrza pochwy polecał Wertheim postępowanie, polegające na usuwaniu, tuż przed zabiegiem, kruchych i rozpadłych mas nowotworowych, we wziernikach pełną łyżką i przyżeganie powierzchni nacieku nowotworowego palnikiem platynowym, oraz tamponowanie pochwy mokrą gazą antyseptyczną. Usuwanie mas nowotworowych powodowało niejednokrotnie bardzo znaczne krwawienie. Od przeszło trzydziestu pięciu lat nie stosujemy się do tych zaleceń Wertheima i ograniczamy się w oddziałach i klinikach, prowadzonych przez mnie do wysuszenia wnętrza pochwy suchą gazą, ujętą w kleszczyki z następowym wprowadzaniem do pochwy nalewki jodowej, na obficie nią napojonym maczaku (gaza zwinięta, ujęta w kleszczyki), który wprowadzamy jak najgłębiej do wnętrza pochwy, zalewając niejako jodyną ściany pochwy i naciek nowotworowy. Podobne postępowanie zaleca Mackenrodt. Nadmiar nalewki jodowej, przelewający się z pochwy chwytemy w gazik, przylegający do krocza, przez co nie dopuszczamy do rozlania się jodyny na pośladki i skórę, pokrywającą kość krzyżową, zapobiegając tym samym następowym uszkodzeniom skóry pod wpływem nalewki jodowej.

Wertheim twierdził, że zalecany i używany przez niego sposób postępowania, będący jeszcze dziś w użyciu w wielu klinikach, ułatwia stronę techniczną zabiegu, usuwając, szczególnie w rakach exofitycznych duże masy kalafiorowatej wybujałości, utrudniające rzekomo, jego zdaniem, zabieg ze względów przestrzennych. Dalej sądził, że mniejsza niebezpieczeństwo infekcji, usuwając przez przyżeganie palnikiem platynowym zainfekowane, rozpadłe części utkania nowotworowego i wreszcie uważał, że przez wytamponowania światła pochwy gazą (gazę tą usuwał w toku zabiegu przed otwarciem pochwy), podnosi całą macicę ku górze co miało udostępnić pole operacyjne. My nie zauważyliśmy korzyści ze stosowania sposobu postępowania, zalecanego przez Wertheima. Nie stwierdziliśmy, aby usunięcie mas guza nowotworowego przyczyniało się do ułatwienia zabiegu. Raczej przeciwnie, czasami po usunięciu tych mas i zmniejszeniu rozmiaru właściwego ogniska trudno było zorientować się palpacyjnie w czasie zabiegu, czy operuje się już w granicach zdrowych, czy jeszcze chorych tkanek. Nie stwierdziliśmy też, aby usuwanie mas rozpadłych zmniejszało możliwość występowania zakażeń. Twierdzimy, że zaaplikowanie nalewki jodowej w opisany powyżej sposób w zupełności wystarcza do zabezpieczenia przed zakażeniem, zwłaszcza jeżeli przestrzegamy w toku zabiegu momentów, mających na celu ochronę przed ewentualnością infekcji. Zaniechanie wyłyżeczkowania i przyżegania przed zabiegiem ma poza tym tę zaletę, że unikamy możliwości występowania niepotrzebnych krwawień i krwotoków. Tamponady pochwy nie stosujemy. Nie stosujemy, bo przez zaniechanie wyłyżeczko-

wania unikamy momentu, sprzyjającego występowaniu krwawień, a przez to i konieczności zapobiegania im za pomocą tamponady. Poza tym musimy zaznaczyć, że znowu stworzenie nieprawidłowych stosunków konsystencji tkanek może stać się nierzadko przyczyną błędnego ocenienia rozprzestrzenienia nacieku. Nie zachodzi też potrzeba nadmiernego podnoszenia macicy ku górze tamponem, kiedy to samo możemy osiągnąć, pociągając ją kleszczykami. Odrzucając postępowanie, zalecane swego czasu przez Wertheima upraszczamy bezpośrednio przygotowanie do zabiegu, bez szkody a raczej z korzyścią dla chorej.

Dostęp do pola operacyjnego stwarzamy przez powłoki brzuszne cięciem, prowadzonym w linii środkowej ciała od spojenia do pępka, przy czym cięcie doprowadzamy do samego górnego brzegu spojenia, przecinając przyczepy mięśni piramidowych do powięzi. W ten sposób uzyskujemy możliwość swobodnego dostępu do miednicy. Na doprowadzenie cięcia do samego spojenia zwracam szczególną uwagę, jako że ten moment zabiegu wielokrotnie nie bywa uwzględniony, co w wysokim stopniu utrudnia i przedłuża sam zabieg, z wielką szkodą dla chorej. Samą ranę zadaną w powłokach chronimy raz, po przecięciu skóry i tkanki tłuszczowej małymi chustkami płóciennymi, które przypinamy do brzegów rany w skórze kleszczykami, względnie zapinkami, a drugi raz, po otwarciu otrzewnej, przypinając do jej brzegu miękkie chustki z pomocą kleszczyków otrzewnowych. Chroni to bezsprzecznie dokładniej, do pewnego stopnia, ranę w powłokach, przed możliwością infekcji niż jednorazowe tylko okrycie po otwarciu otrzewnej.

Niezmiernie ważnym momentem zabiegu jest odpowiednio odseparowanie jamy otrzewnej po jej otwarciu od właściwego pola operacyjnego w miednicy małej. Chroni to bowiem przed możliwością doraźnego rozprzestrzeniania się infekcji w górne odcinki jamy brzusznej. Tego odseparowania dokonujemy w położeniu Trendelenburga, a więc głową na dół. W znieczuleniu lędźwiowym znika zupełnie napięcie powłok brzusznych. Pętłe jelit opadają ku przeponie, chowają się w górnym odcinku jamy brzusznej, pozostawiając pusty dolny jej odcinek. Uniósłszy hakiem ku górze brzegi rany, zakładamy do jamy brzusznej trzy chusty gazowe, sporządzone z podwójnej lub potrójnej warstwy gazy o wymiarach 60 na 60 cm, zaopatrzone w krótką tasiemkę z kleszczykami i zaklinowujemy nimi pętłe jelit, odgraniczając je od miednicy. Chusty te zakładamy w kolejności: środkowa, lewa i wreszcie prawa. Kolejność tę radzę zachować ze względu na to, że zakładając je w tej kolejności, najpierw oddzielamy najbardziej ruchome odcinki jelit (pętłe jelit cienkich), potem mniej ruchome (esica) i wreszcie najmniej ruchome (kątnica). Ma to znaczenie ze względów technicznych. Odwrotna kolejność zakładania chust pociąga za sobą możliwości wciskania się w pole operacyjne najbardziej ruchomych odcinków jelit, co utrud-

nia akt tego zabiegu, tak niepozorny a posiadający dla możliwości występowania powikłań pooperacyjnych ze strony jamy trzewnej doniosłe znaczenie. Chusty zaklinowujemy mocno, aby w razie ewentualnego parcia lub wymiotów, pętla jelit nie mogły przedostać się w obręb pola operacyjnego miednicy i nie uległy tamże ewentualnej infekcji, przenosząc ją następnie w górne odcinki jamy trzewnej.

W naszej technice operacyjnej posługujemy się sposobem preparowania wszystkich tkanek zasadniczo na ostro, nigdy na tępo (gazikiem lub palcem), posługujemy się przy tym nożem lub nożyczkami, długości 18 do 20 cm, łukowato wygiętymi o zaokrąglonych końcach. To umożliwi nam stworzenie gładkich a nie poszarpanych powierzchni rannych, stwarzając tym samym dobre warunki dla gojenia się rany. Ostre preparowanie powoduje, że nie rozrywamy światła naczyń krwionośnych wzdłuż jak to ma miejsce w preparowaniu na tępo, lecz przecinamy ściany naczyń poprzecznie, co ułatwia w wysokim stopniu opanowanie krwawień i nie dopuszcza do występowania większych, trudnych do opanowania krwotoków. Tę też zasadę stosujemy w oddzielaniu pęcherza, który po przecięciu fałdu otrzewnowego, pęcherzowo-macicznego, unosimy pensetą ku górze i oddzielamy na ostro nożyczkami. Nie zachodzi w tym przez nas zalecanym sposobie preparowania pęcherza obawa uszkodzenia jego ścian, przede wszystkim w tych razach, w których ściana pęcherza jest silnie spojona z macicą, w następstwie przebytych spraw zapalnych lub nacieku nowotworowego, przechodzącego na ścianę pęcherza, co nie jest przeciwwskazaniem do wykonania zabiegu radykalnego, o ile naciek nie zajął ściany pęcherza na znacznej przestrzeni. Zaopatrywanie bowiem rany, powstałej w ścianie pęcherza po częściowej jej resekcji łatwo uskutecznić sposobem, którym my od szeregu lat się posługujemy*). Zalecamy jednak oddzielenie pęcherza na ostro u każdej bezwzględnie chorej, operowanej na raka, nie tylko więc tam, gdzie oddzielenie na tępo natrafia na trudności. Łatwo bowiem ścianę pęcherza uszkodzić, ale trudniej uszkodzenie zaopatrzyć. Dużą liczbę przetok pęcherzowo-pochwowych, spostrzeganych przez niektórych po zabiegach Wertheima odnieść należy właśnie do tych małych, częstokroć nieznacznych uszkodzeń ścian pęcherza moczowego, wielokrotnie nie rzucających się nawet w oczy i nie zauważonych, nie sięgających nawet przez całą grubość ściany, a będących wynikiem oddzielania pęcherza na tępo.

Powstawanie przetok moczowodowych ma swoją uzasadnioną przyczynę tylko w tych razach, w których naciek sięgał daleko w tkankę łączną miednicy i wymagał, celem radykalnego postępowania zupełnego wydzielenia moczowodu i całkowitego obnażenia jego ściany na stosunkowo bardzo dużym odcinku. W innych razach powstawanie

przetok moczowodowo-pochwowych nie znajduje swojego uzasadnienia i jest wynikiem raczej technicznego podejścia do wydzielenia moczowodu. Od dawna używany przez nas chwyt, ułatwiający stworzenie dostępu do moczowodu a następnie i jego preparowanie zmniejszył odsetek tego rodzaju powikłań*), niemniej jednak należy koniecznie przestrzegać i innych momentów w czasie preparowania moczowodu, które mogą sprzyjać powstawaniu przetok. Uważam wszelkie ujmowanie lub zawieszanie wydzielonego moczowodu na jakichkolwiek grabkach (L i e b m a n n, U h m a) lub pętłach gazy, albo nitkach jedwabnych za niewskazane, niepotrzebne, a nawet szkodliwe. Może bowiem przyczynić się do uszkodzenia utkania ściany moczowodu. Moczowody można tylko ujmować w pensetę anatomiczną i to niezbyt silnie. Wystarcza to w zupełności do wykonania nawet najcięższego zabiegu radykalnego. Jeżeli chodzi o odsłonięcie i przytrzymanie moczowodu, można w tym celu posługiwać się bagnetową, płaską łyżką, półkolisto, gładko zakończoną. W czasie preparowania moczowodu obowiązuje ta sama zasada, co w czasie preparowania pęcherza. Należy go mianowicie oddzielać od otaczających tkanek na ostro nożyczkami. Jedynie w najtrudniejszym momencie zabiegu, w chwili wydzielenia moczowodu w miejscu skrzyżowania z naczyniami domacicznymi, należy dokonywać tego z pomocą chwytu, podanego przez Wertheima, posługując się palcem wskazującym i pensetą anatomiczną**). Umożliwia to łatwe i pewne wypreparowanie moczowodu i chroni przed uszkodzeniem jego ściany.

Stosunkowo łatwym momentem zabiegu jest oddzielenie prostnicy od ścian pochwy. Dokonujemy tego po przecięciu nożyczkami załamka otrzewnowego w zatoce Douglasa. O ile naciek nowotworowy nie przechodzi na tkankę, otaczającą prostnicę, względnie o ile nie jest ona zapalnie zmieniona, to dokonujemy oddzielenia pochwy od prostnicy w warstwie luźnej tkanki łącznej, dzielącej te dwa narządy na tępo palcami, względnie gazikiem silnie zwiniętym, uzbrojonym w długie, wygięte narzędzie. W przeciwnym jednak razie preparowanie na tępo może łatwo doprowadzić do uszkodzenia ściany prostnicy. W tych razach bezwzględnie należy posługiwać się nożyczkami i preparować na ostro.

Do zaopatrywania przymacicza powinno używać się tylko i jedynie klem, podanych przez Wertheima, względnie Weibla. Tylko bowiem ten rodzaj narzędzi pozwala na swobodne obejście macicy, wydadne uchwycenie tkanek i co niemniej ważne, upraszcza zakładanie podwiązek na skutek posiadanego wygięcia. Klem tych nigdy nie okłuwamy, tylko zawsze podwiązujemy je w zwyczajny sposób. Okłuwanie jest obosieczne w tkance, w której przebiega cała sieć naczyń krwionośnych.

*) J. Zubrzycki: Uproszczony sposób stworzenia dostępu do moczowodu w doszczętnym zabiegu brzuszny w raku szyjki macicy. Ginekologia Polska, 1950.

***) J. Zubrzycki: Moczowód a rozszerzony zabieg brzuszny w raku szyjki macicy. Ginekologia Polska.

*) Zubrzycki: Powikłanie raka szyjki macicy przebiegiem nowotworu na ścianę pęcherza. Ginekologia Polska, tom VIII, zeszyt X—XII, rok 1929.

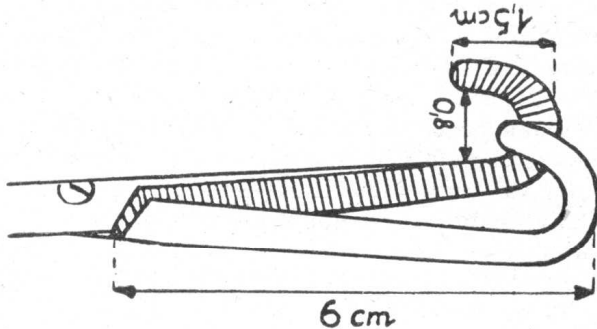
Nieodpowiednie postępowanie w chwili przeciwności ścian pochwy naraza chorą na możliwość zakażenia pola operacyjnego, a tym samym otrzewnej, oraz na możliwość przeszczepienia utkania nowotworowego wprost w ranę operacyjną i to nie tylko w miednicy, ale i w powłokach brzusznych. Jest niezaprzeczną zasługą Wertheima, że przewidział te możliwości i zapobiegł w dużej mierze ich występowaniu przez skonstruowanie odpowiednich narzędzi i pouczenie, jak ich używać. Służą do tego celu iukowato, pod kątem prostym zagięte mocno klemy, tak zwane klemy pochwove Wertheima, które zakładamy w liczbie dwóch po jednej, od strony prawej i lewej pochwy, w granicach zdrowych, a więc poza naciekiem i to daleko poza naciekiem, licząc się z tym, że komórki nowotworowe mogą znajdować się w ścianie pochwy, poza granicami makroskopowo stwierdzalnymi dotykaniem. Za bliskie odcięcie pochwy jest najczęściej popełnianym błędem w zabiegu radykalnym, zmieniając jego charakter w zabieg mało radykalny i niedoszczętny. Jest to też najczęstsza przyczyna powstawania nawrotów choroby rakowej w kikutie pochwy i najczęstsza przyczyna powstawania przeszczepów w ranie powłok brzusznych. Nawet, jeżeli dokonamy odcięcia pochwy w granicach zdrowych, niezamknięcie szczelne światła pochwy, przed jej odcięciem, może stać się przyczyną rozsiaania, względnie przeszczepienia oderwanych komórek rakowych, leżących swobodnie w jej świetle. Szczelne zamknięcie światła pochwy chroni nie tylko przed tą ewentualnością, lecz zapobiega poza tym możliwości wylewania się rozpadłej i zainfekowanej wydzieliny rakowej z otwartej pochwy wprost do jamy brzusznej. Niezamknięcie światła pochwy, względnie niedokładne jej zamknięcie lub przecięcie, chociażby nieznaczne jej ścian przed zamknięciem, jest najczęstszą przyczyną powstawania zapaleń otrzewnej w omawianym zabiegu. Celem uniknięcia możliwości zakażenia jamy trzewnej w czasie przecinania ścian pochwy, od przeszło trzydziestu pięciu lat oczyszczamy dodatkowo jej wnętrze i to w trzech etapach, oprócz zasadniczego oczyszczenia przed zabiegiem. Dokonujemy tego tuż przed zamknięciem światła pochwy z pomocą gazika czystego, a następnie gazika, napojonego nalewką jodową i tuż po jej zamknięciu, również z pomocą suchego gazika, a następowo gazika napojonego nalewką jodową, umieszczonego na silnie ujmującym go narzędziu (maczak). Poza tym w momencie otwierania światła pochwy postępujemy w ten sposób, że nacinaamy ją od przodu z pomocą małego, poprzecznego cięcia poniżej założonych klem zamykających jej światło, ujmujemy brzeg kikutu pochwy w ostre, długie kleszczyki i przez otwór w ten sposób stworzony, wprowadzamy do wnętrza pochwy z pomocą pensety anatomicznej rozwinięty cienki gazik, napojony nalewką jodową. Dopiero po takim przygotowaniu pochwy, odcinamy ją definitywnie, ochraniając miejsce odcięcia podłożonym pod nie gazikiem, aby zapobiec

ewentualnemu wylewaniu się płynu z światła pochwy wprost na ścianę jamy brzusznej. Wszelkie inne postępowanie uważam za niewystarczające a zaniedbanie tych środków ostrożności, za groźne skutkach. Dokładnego zamknięcia światła pochwy nie uzyskujemy żadnym innym narzędziem prócz klem pochwowych, podanych przez Wertheima. Nie spełnia tego zadania kłema pomyślana w tym celu przez Buma. Jest bowiem zbyt słabej konstrukcji i w następstwie tego ujmuje ściany pochwy nieszczelnie i niepewnie. Nie spełnia też tego zadania i podwiązywanie pochwy, zalecane przez Liebmann, nie możemy bowiem podwiązką zamknąć zupełnie dokładnie światła pochwy. Nie spełnia też tego zadania błędnie w swoim założeniu pomyślane oczyszczanie i jodowanie wnętrza pochwy szeregiem gazików naprzód suchych, a potem napojonych nalewką jodową, wprowadzonych do wnętrza pochwy przez otwór stworzony w jej ścianie, bez uprzedniego zamknięcia jej światła. Nie chroni bowiem przed wylewaniem się wydzieliny i rozpadłych mas nowotworowych z górnego, niezamkniętego odcinka pochwy. Pochwy nie można otwierać, bez uprzedniego, dokładnego zamknięcia jej światła. Pominięcie tego momentu zabiegu uważam za błąd bardzo groźny w skutkach.

Bezwzględnie trzeba dążyć do wykonania zabiegu, możliwie bezkrwawo, a w razie powstałego krwawienia, należy starać się je jak najrychlej opanować. Nie zawsze się to udaje przed usunięciem macicy i w takich razach, silnie założony, większy kawałek gazy, spełnia chwilowo to zadanie. Po usunięciu macicy i po podwiązaniu klem, ujmujących przymacicze, konieczna jest kontrola pola operacyjnego. Klem przymaciczych nigdy nie okluwamy, lecz zawsze je podwiązujemy. Okluwanie bowiem jest niebezpieczne z powodu łatwości uszkodzenia rozlicznych spłotów naczyniowych, przebiegających w tkankach miednicy. Rana powstała po zabiegu musi być zupełnie sucha. Należy więc każde, nawet najmniej krwawiące miejsce, zaopatrzyć. Wielką usługę w opanowywaniu krwawień z przymacicza oddaje nam narzędzie, które przypadkowo dostało się do naszych rąk. Nazywamy go kłem szwedzkim bo zakupiony w Szwecji, nie znając autora, który je podał. Są to długie kleszczyki (18 cm) naczyniowe, stosunkowo cienkie, pętlowato zagięte. Posługujemy się nimi w następujący sposób: miejsce krwawiące ujmujemy w zwykłe długie, bezzębne kleszczyki naczyniowe, zakładając je prostopadle do miejsca krwawiącego. Popod nie zakładamy klem szwedzki. Kleszczyki proste zdejmujemy a klem szwedzki w zwyczajny sposób podwiązujemy. Wygięcie klemu umożliwia dokładne i łatwe założenie podwiązki, co wielokrotnie jest niemożliwe do przeprowadzenia w głębokich partiach pola operacyjnego w miednicy z pomocą jedynie klem prostych. Zamiast klemu szwedzkiego można posługiwać się w podobny sposób także i klemami, podanymi przez Wertheima

ma do zaopatrywania przymacicza, lecz nie są one tak wygodne w użyciu jak klem szwedzki. Załączony rysunek przedstawia wygląd i wymiary klemu szwedzkiego i to jego górnego odcinka, dolny nie różni się niczym w budowie od zwykłych kleszczyków naczyniowych.

Rysunek L. 1.



Szczególnie ciężkim i niebezpiecznym, powiedziałbym nawet groźnym momentem zabiegu, który może doprowadzić do skrwawienia się chorej na stole operacyjnym jest usuwanie nowotworowo zmienionych gruczołów chłonnych miednicy. Przystępujemy do ich preparowania dopiero po usunięciu macicy. Niektórzy uważają, że lepiej wyjmować je łącznie z macicą (L a t z k o). Gruczoły chłonne umiejscowione są wzdłuż dużych naczyń, bezpośrednio na ich ścianach w miejscu ich podziału, względnie w najbliższym sąsiedztwie foramen obturatorium, obejmując częstokroć nervus obturatorius. Należy wydzielać je zawsze bardzo ostrożnie i to na ostro z pomocą noża lub nożyczek zakrzywionych. Wydzielanie na tępo powodować może naderwanie ścian dużych naczyń żylnych z następowym krwotokiem, bardzo trudnym do opanowania. Nierzadko zachodzi konieczność zupełnego obnażenia ścian dużych naczyń i pni nerwowych, rzadko stosunkowo konieczność częściowego wycięcia odcinków dużych naczyń lub nerwów. Najczęstsze i trudne do opanowania krwotoki, łatwo powstające w ciągu preparowania gruczołów są krwotoki będące następstwem uszkodzenia dużych splotów żylnych, przebiegających w najbliższym sąsiedztwie okostnej i kości miednicy.

Zaopatrzenie rany powstałej w miednicy w toku zabiegu polega na przeprowadzeniu niedużego sąeczka gazy przez pochwę na zewnątrz. W tym momencie należy usunąć gazik napojony nalewką jodową, a wprowadzony przed odcięciem macicy do pochwy. Do rany w miednicy wlewamy roztwór penicyliny (100.000 jednostek w 10 ccm roztworu)

i pokrywamy ranę dokładnie na głucho dachem otrzewnowym. Jamy brzusznej nigdy nie sączkujemy po zabiegach Wertheima i to ani przez pochwę ani przez powłoki brzuszne. Zabiegi te bowiem wykonywane w opisany sposób są zabiegami czystymi. Po pokryciu rany w miednicy otrzewną wlewamy do jamy otrzewnowej znowu roztwór penicyliny (100.000 jednostek w 10 ccm roztworu) i po wyjęciu chust z jamy brzusznej, osłaniających jelita zaszywamy powłoki brzuszne w typowy sposób zalewając ranę w toku szycia jeszcze 50.000 jednostek penicyliny w normalnym stężeniu.

Po zabiegu dokonanym radykalnie chore przeważnie nie oddają moczu. Niektórzy radzą zakładać w tych razach cewnik na komorne. Naszym zdaniem, lepiej jest, jak to nas nauczyło doświadczenie kliniczne cewnikować chorą twardym cewnikiem metalowym lub szklanym, dwa do trzech razy dziennie. Nawet jeszcze gdy chore zaczynają oddawać mocz, cewnikujemy je tak długo chociaż nie tak często, jak długo sprawność pęcherza nie powróci zupełnie do normy i w pęcherzu przestanie się gromadzić zaległy mocz. Celem niedopuszczenia do zakażenia wnętrza pęcherza, podajemy środki dezynfekujące wnętrze układu moczowego. Poza tym podajemy przez trzy do czterech dni duże dawki penicyliny. Zresztą traktujemy chorą jak każdą chorą po jakimkolwiek innym zabiegu ginekologicznym. Doprowadzamy do jej ustroju duże ilości płynu, początkowo podskórnie lub dożylnie, a na drugi, względnie trzeci dzień po zabiegu doustnie. Gazik założony do pochwy usuwamy powoli, począwszy od czwartego dnia po zabiegu.

W powyższych uwagach starałem się omówić pewne momenty radykalnego zabiegu brzuszego w raku szyjki macicy, które mają, zdaniem moim, znaczenie w odniesieniu do sprawy zmniejszenia śmiertelności po tych zabiegach, a których przestrzeganiu przypisujemy ten mały odsetek śmiertelnych zejść, spostrzegany u naszych chorych. Starałem się także wyjaśnić i przyczynę małej stosunkowo liczby powikłań, jakie widzimy po tych zabiegach u operowanych przez nas, a dotyczy to w pierwszym rzędzie powstawania przetok pęcherzowych i przetok moczowodowych, prawie niepostrzeganych przez nas nawrotów choroby w lejku kikuta pochwy, i nie spostrzeganych przez nas dotychczas zupełnie ani razu, następowych nacieków nowotworowych w bliźnie pooperacyjnej w powłokach brzusznych.

Z Kliniki Dermatologicznej Akademii Medycznej w Poznaniu
(Ośrodek Badawczo-Lecznicy dla Schorzeń Zawodowych Skóry)

Dyrektor Kliniki: prof. dr A. Straszyński

Dr med. Marian Piechocki
St. asystent Kliniki

O uczuleniu skóry na streptomycynę w zawodzie pielęgniarzkim

Po wprowadzeniu do nowoczesnego leczenia antybiotyków, zwłaszcza penicyliny i streptomycyny, mnożą się coraz bardziej spostrzeżenia uczuleń ustroju na te środki i to tak u leczonych chorych, jak i u personelu zwłaszcza pielęgniarzkiego, przygotowującego roztwory antybiotyków i dokonyującego ich wstrzykiwań.

U chorych, którym antybiotyki są częściej wstrzykiwane, powstają zazwyczaj zmiany w skórze właściwej (pokrzywka, rumień itp.), u pielęgniarek zaś roztwór antybiotyków działa na skórę kontaktowo od zewnątrz i z tego powodu w skórze powstają zmiany wypryskowe. Fakty te nabierają dużego znaczenia praktycznego, zwłaszcza że często uczuleniu ulega skóra personelu pielęgniarzkiego.

Zapalenia skóry u pielęgniarek stykających się w swej pracy zawodowej ze streptomycyną zostały opisane między innymi przez Straussa i Warringa cyt. wg. Croftona i Foremana) oraz przez Rauchwergera i Stringfellowa.

Zewnętrzne stykanie się pielęgniarek ze streptomycyną polegało na przygotowywaniu roztworu, (wstrzykiwanie do fiolki ze sproszkowaną streptomycyną roztworu soli fizjologicznej lub wody destylowanej), mieszaniu tego roztworu, wykonywaniu wstrzykiwań oraz czyszczeniu i myciu strzykawek i igieł używanych do wstrzykiwań streptomycyny. Pierwsze zmiany chorobowe występowały u nich już po kilkutygodniowym lub kilkumiesięcznym stykaniu się ze streptomycyną, przy czym autorzy podają rozmaity okres czasu, w którym powstało uczulenie: od 6 tygodni (Crofton) do 18 miesięcy (Rauchwenger). Każda z dotkniętych zmianami skórnymi pielęgniarek, wykonywała dziennie od kilkunastu do kilkudziesięciu wstrzykiwań streptomycyny, przy czym była narażona w czasie tych zabiegów na częste spryskanie rąk roztworem streptomycyny. Zmiany skórne występowały w większości przypadków na palcach rąk, na przedramionach, na powiekach i polegały głównie na występowaniu silnego swędzenia zwłaszcza w porze nocnej, na zaczerwienieniu skóry, jej obrzęku, tworzeniu się pęcherzyków, sączeniu, łuszczeniu, powstawaniu bolesnych i głębokich pęknięć w obrębie skóry palców, na pojawieniu się wysypki drobno-grudkowej w obrębie skóry przedramion. Obraz tych zmian wykazywał zatem cechy wypryskowości (eczematisatio).

Wszystkie prawie pielęgniarzki u których wystąpiły zmiany chorobowe na powiekach, skarżyły się na łzawienie, światłowstręt oraz swędzenie powiek. Spojówki nie były dotknięte. U wszystkich pielęgniarek wykazujących objawy uczulenia na streptomycynę przeprowadzono uczuleniowe próby śródskórne lub naskórkowe próby płatkowe. Do prób śródskórnych używano przeciętnie 100*) j. streptomycyny w 0,1 ml soli fizjologicznej (Rauchwenger, Crofton, Foreman). Do naskórkowych prób płatkowych używano rozcieńczeń 1:5, 1:10, 1:50, 1:100, 1:500 i 1:1000 (Stringfellow). Okazało się, że u większości pielęgniarek próby śródskórne lub naskórkowe próby płatkowe wypadły dodatnio, przy czym w miejscu wykonanej próby powstawał najczęściej miejscowy odczyn zapalny w postaci ograniczonego rumienia oraz obrzęku skóry oraz odczyn ogólny i ogniskowy polegający na wzroście swędzenia oraz zaostrzenia zmian zapalnych skórnym. U osobników kontrolnych u których przeprowadzono takie same próby ze streptomycyną w identycznych rozcieńczeniach, nie można było wykazać żadnych odczynów miejscowych.

Dlatego też dla wykazania uczulenia skóry Rauchwenger, Erskine, Nalls radzą używać do prób śródskórnych dużych rozcieńczeń streptomycyny i polecają stężenie 1:100 jako najodpowiedniejsze. Użycie większych stężeń grozi ich zdaniem możliwością wystąpienia poważniejszych powikłań, jak to miało miejsce w przypadku Rossena, który użył do wykonania próby śródskórnej 0,05 ml. roztworu streptomycyny zawierającej 5.000 j. i wywołał w ten sposób wstrząs anafilaktyczny u pielęgniarzki wykazującej zmiany wypryskowe na palcach i grzbietach obu rąk. Objawy zapaści wystąpiły już po około 2 minutach od chwili wykonania próby śródskórnej.

Środki o własnościach antyhistaminowych jak benadryl lub pyribenzamina, miały na ogół słabe działanie lecznicze na zmiany chorobowe dopóki istniał dalszy kontakt chorego ze streptomycyną. Z chwilą zaprzestania pracy zauważono wyraźniejszy wpływ pyribenzaminy w porównaniu z benadrylem na ustępowanie zmian chorobowych (Rauchwenger).

Również na podkreślenie zasługuje fakt, że w cza-

*) 1 g streptomycyny zawiera 1.000.000 jednostek streptomycyny.

sie urlopów, a więc kiedy pielęgniarki nie stykały się ze streptomycyną, zmiany chorobowe przeważnie samoistnie albo całkowicie ustępowały albo wyraźnie uspokajały się. Z chwilą zaś ponownego kontaktu ze streptomycyną po powrocie z urlopu, zmiany skórne powracały bardzo szybko, czasem już po upływie kilku dni.

Spostrzeżenia własne

Moje spostrzeżenia dotyczą 5 pielęgniarek zatrudnionych w Klinice Chorób Dziecięcych (3 przypadki — nr 2, 3 i 4) oraz w II Klinice Chorób Wewnętrznych Akad. Lekarskiej w Poznaniu (2 przypadki nr 1 i 5). Ponieważ zebrane wywiady oraz obraz kliniczny zmian w skórze jak również wyniki badań doświadczalnych przedstawiały się u tych pielęgniarek pod wielu względami podobnie, przytaczam dla ilustracji szczegółową historię choroby wyłącznie w odniesieniu do przypadku nr 1. Dane odnoszące się do wszystkich spostrzeżonych przypadków zestawione są na tablicy I.

Pielęgniarka L. R. lat 29. Pracuje w II Klinice Chorób Wewnętrznych Akad. Lekarskiej w Poznaniu na Oddz. dla płucno cnorych od 15. I. 49. Codziennie wykonywała kilkanaście (15—20) wstrzykiwań streptomycyny (roztwory soli wapniowej i siarkowej) domięśniowo. Jej kontakt ze streptomycyną polegał na przygotowaniu roztworu tj. na wstrzykiwaniu do fiołki ze sproszkowaną streptomycyną roztworu soli fizjologicznej, na mieszaniu tego roztworu, nabieraniu go do strzykawki, wykonywaniu wstrzykiwań domięśniowych, przepłukiwaniu przetek gruzliczych, czyszczeniu i myciu strzykawek i igieł używanych do wstrzykiwań streptomycyny oraz na ich sterylizacji.

W czasie pracy często miewała ręce spryskane roztworem streptomycyny. Dotychczas nie chorowała na żadne choroby skórne. Pierwsze objawy chorobowe pojawiły się w połowie kwietnia 1949 r. a zatem po 3 miesiącach stykania się ze streptomycyną. Zmiany skórne pojawiły się najpierw na skórze palców oraz na grzbietach obu rąk w postaci zaczerwienienia i poprzedziło je uczucie silnego swędzenia tych okolic (które wystąpiło kilka dni wcześniej) szczególnie przykrego w porze nocnej. Skóra palców oraz grzbietów rąk wykazywała (wg zapodań chorej) zaczerwienienie, łuszczenie oraz głębokie pęknięcia. Prawie równocześnie wystąpiły zmiany na skórze obu powiek oraz brody tuż poniżej wargi dolnej w postaci lekkiego obrzęku, zaczerwienienia i swędzenia. Chora w tym okresie nie leczyła się.

Po raz pierwszy zgłosiła się dnia 11. V. 1949 r. do Ośrodka dla schorzeń zawodowych skóry przy Klinice Dermatologicznej U P., gdzie stwierdzono następujący stan skóry: na paliczku podstawowym palca 4 ręki prawej stwierdza się na jego powierzchni grzbietowej oraz na granicy paliczka środkowego i końcowego zaczerwienienie oraz szereg poprzecznych, głębokich pęknięć skóry. Na skórze grzbietów obu rąk w obrębie stawów nadgarstkowych, istnieją wykwity okrągłe i owalne, wielkości od ziarna grochu do monety 20 groszowej. Wykwity te mają barwę różową, są suche, łuszczą się na swej powierzchni. W ich obrębie stwierdza się gdzieś pęknięcia skóry. Na skórze przedramienia prawego stwierdza się pojedyncze ognisko wielkości ziarna fasoli, składające się z grudek wielkości łebka od szpilki barwy różowej. Ponadto uwidacznia się zaczerwienienie miernego stopnia powieki oka lewego. Chora skarżyła się na silne swędzenie skóry obu rąk. Poza tym skóra ciała nie wykazywała żadnych zmian.

W dniu 15. V. 1949 r. założono na skórę pleców próbę płatkową z roztworem streptomycyny 1:100 (sól wa-

pniowa) wg sposobu Jadassohn-Blocha. Do próby użyto płacina w kształcie kwadratu o wymiarach 1 cm × 1 cm zwilżonego w wyżej podanym roztworze streptomycyny. Płatek przykryto ceratką i całość umocowano przyepcem dachowkowato. Po 24 godzinach zdjęto płatek i nie stwierdzono żadnego miejscowego odczynu zapalnego. Natomiast po 48 godzinach i 72 godzinach stwierdzono wyraźny rumień ostro odgraniczony od otoczenia z odczynem grudkowym. U osobnika kontrolnego u którego również założono próbę płatkową z tym samym rozcieńczeniem streptomycyny i w ten sam sposób, nie stwierdzono po 24, 48 i 72 godzinach żadnego odczynu. Wykonanie próby płatkowej spowodowało wyraźne pogorszenie się istniejących już zmian skórnych polegające na wzroście swędzenia, oraz na silniejszym zaczerwienieniu wykwitów chorobowych.

Przepisano leczenie zewnętrzne, oraz polecono wstrzymać się od kontaktu ze streptomycyną.

Chora miała w ciągu r. 1949 2-krotnie urlop 2-tygodniowy (w czerwcu oraz w październiku) w czasie którego zupełnie nie stykała się ze streptomycyną i w tym okresie wszystkie zmiany skórne ustąpiły w zupełności bez żadnego leczenia. Z chwilą podjęcia pracy po urlopie zmiany skórne nawróciły już po upływie kilku dni. Zastosowane leczenie zewnętrzne w postaci okładów przyniosło chorej ulgę oraz poprawę kliniczną. Swędzenie i rumienie ustąpiły częściowo. Próba leczenia maścią łagodzącą była mniej skuteczna.

Od września 1949 r. chora wykonywała wstrzykiwania streptomycyny w gumowych rękawiczkach, jednakże nie zauważyła poprawy w stanie skóry mimo tej ochrony rąk. Mimo objawów chorobowych chora pracowała i stykała się ze streptomycyną w dalszym ciągu.

W dniu 6. 12. 1949 r. zgłosiła się powtórnie w naszym Ośrodku skarżąc się na uporczywe swędzenie skóry rąk oraz łuszczenie się skóry palca 4 ręki prawej. Chora podała nam, że od chwili powrotu z urlopu tj. od połowy października stykała się ze streptomycyną tylko raz w tygodniu podczas ogólnego dyżuru, wykonując 10 do 15 wstrzykiwań, chroniąc ręce gumowymi rękawiczkami.

Dnia 6. XII. 1949 r. stan skóry przedstawiał się następująco: Na skórze grzbietów obu rąk w okolicy stawów nadgarstkowych istnieje kilka plam rumieniowych, wielkości monety 20-groszowej. W obrębie plam skóra jest sucha, spękana. Na palcu 4 ręki prawej po stronie wewnętrznej widoczne jest zaczerwienienie oraz łuszczenie się naskórka. Poza tym stwierdza się, nieznaczny obrzęk i zaczerwienienie powieki oka lewego.

W dniu 14. XII. 1949 r. założono u tej chorej ponownie próby płatkowe (na skórze pleców), do których użyto roztworu streptomycyny 1:100, 1:200, 1:500, 1:1000.

Wyniki były następujące:

W rozcieńczeniu streptomycyny 1:100 po 24 godz.: ujemna, po 48 godz. odczyn rumieniowo-grudkowy w miejscu założenia próby, po 72 godz.: odczyn rumieniowo-grudkowy w miejscu założenia próby. W rozcieńczeniu 1:200 po 24 godz.: ujemna, po 48 godz. odczyn rumieniowo-grudkowy w miejscu założenia próby, po 72 godz. odczyn rumieniowo-grudkowy w miejscu założenia próby. W rozcieńczeniu 1:500 po 24 godz.: ujemna, po 48 godz.: ujemna, po 72 godz.: odczyn rumieniowo-grudkowy w miejscu założenia próby. W rozcieńczeniu 1:1000 po 24, 48 i 72 godz.: ujemna.

W dniu 16. XII. 1949 r. a więc po 2 dniach od założenia prób płatkowych stwierdzono nasilenie objawów zapalnych na grzbietach obu rąk, oraz na 4 palcu ręki prawej. Chora skarżyła się na silniejsze uczucie swędzenia skóry.

Zalecono kilku dniową przerwę w pracy, oraz przepisano leczenie. Chora w dalszym ciągu wykonuje raz w tygodniu wstrzykiwania domięśniowe roztworu strep-

| | Kontakt ze streptomycyną | Kiedy wystąpiły objawy chorobowe | Umiejscowienie zmian | Charakter zmian skórnych | Liczba wykonanych zastrzyków streptomycyny w ciągu dnia | Objawy oczne | Czy zmiany skórne ustępowały w czasie urlopu? | Czy zmiany skórne powracały z chwilą podjęcia pracy ze streptomycyną? | Czy próbach pokrywanych nastąpiło pogorszenie obrazu kliniczn. zm. skórnych? | W jakim rozcieńczeniu wykonano próby płatkowe wzgl. śródskórne | Czy zastosowane leżenie anty-histaminowe dało poprawę w stanie klinicznym? | Czy stwierdzono eozynofilię w krwi? | Czy zmiany skórne utrzymują się jeszcze w dniu I. III. 1950r.? | Czy wykonuje nadal pracę przy wstrzykiwaniu streptomycyny? | Czy przeciwiała surowicy krwi danego przypadku dały się przetestować met. Prasnitz-Küstnera? |
|---------------------------------|--------------------------|----------------------------------|---|---|---|---|---|---|--|--|--|-------------------------------------|--|--|--|
| Przypadek 1 L. R. lat 29 | od stycznia 1949 r. | po 3 miesiącach pracy | powieki, broda przedramię pr., grzbiety obu rąk i palce obu rąk | rumień, obrzęk, łuszczenie, pęknięcia skóry, grudki | 15—20 | zaczernienie powiek, obrzęk i swędzenie powiek | tak | tak | tak | Płatkowe 1 : 100 1 : 200 1 : 500 1 : 1000 | nie | nie | tak | tak | tak |
| Przypadek 2 I. G. lat 25 | od sierpnia 1947 r. | po 7 miesiącach pracy | powieki, oba przedramiona, palce obu rąk, paznokcie | rumień, obrzęk, grudki, pęcherzyki, śczenie, łuszczenie, pęknięcia skóry | kilkadziesiąt | zaczernienie i obrzęk powiek, swędzenie, łzawienie, światłowstręt | tak | tak | tak | Płatkowe 1 : 20 1 : 50 1 : 100 | nie | nie | tak | tak | tak |
| Przypadek 3 A. T. lat 38 | od lutego 1948 r. | po 3 miesiącach pracy | powieki, szyja, grzbiety obu rąk, i palce obu rąk | rumień, obrzęk, grudki, bąble, pęcherzyki, śczenie, łuszczenie, pęknięcia skóry | kilkadziesiąt | zaczernienie powiek, obrzęk i swędzenie powiek | tak | tak | tak | Płatkowe 1 : 20 1 : 50 Śródskór. 1.000 j, w 0,1 ml | nie | nie | tak | tak | próby nie wykonano |
| Przypadek 4 B. S. lat 38 | od sierpnia 1947 r. | po 7 miesiącach pracy | powieki, oba przedramiona, palce obu rąk | rumień, obrzęk, grudki, pęcherzyki, śczenie, łuszczenie, pęknięcia skóry | około 60 | zaczernienie i obrzęk powiek, swędzenie, łzawienie, światłowstręt | tak | tak | tak | Płatkowe 1 : 10 1 : 20 1 : 50 1 : 100 | nie | nie | nie | tak | nie |
| Przypadek 5 Cz. R. lat 47 | od listopada 1947 r. | po roku pracy | powieki, palce obu rąk, opuszki palców, paznokcie | rumień, obrzęk, pęcherzyki, śczenie, łuszczenie, pęknięcia skóry | 20—30 | zaczernienie powiek, swędzenie powiek | tak | tak | nie | Płatkowe 1 : 20 1 : 50 Śródskór, 1.000 j. w 0,1 ml. | nie | nie | nie | tak | nie |

tomycyny, przy czym pracę swą wykonuje w gumowych rękawiczkach. Klinicznie istnieje jeszcze na 4 palcu ręki prawej na jego powierzchni wewnętrznej mierne zaczerwienienie, łuszczenie, pęknięcia naskórka. Chora odczuwa nadal swędzenie skóry na grzbietach obu rąk zwłaszcza wieczorem, jednakże już w mniejszym nasileniu. Zastosowane leczenie kremem zawierającym antystynę nie złagodziło przykrych objawów swędzenia skóry oraz nie zmniejszyło objawów zapalnych skóry.

OCENA SPOSTRZEGANYCH PRZYPADKÓW I WNIOSKI PRAKTYCZNE

Objawy chorobowe wystąpiły w naszych przypadkach 1 i 3 po upływie 3 miesięcy stykania się ze streptomycyną, w przypadkach 2 i 4 po upływie 7 miesięcy, zaś w przypadku 5 dopiero po upływie roku. Wynika z tego, że potrzeba było pewnego czasu do wystąpienia objawów uczulenia i że czasokres ten nie jest jednolity.

Umiejscowienie zmian chorobowych na palcach i grzbietach obu rąk (zwłaszcza na prawej) oraz na przedramionach świadczy dobitnie, że czynnik uszkadzający działał bezpośrednio na naskórek, co tak często spotyka się w chorobach zawodowych skóry.

Charakter zmian wypryskowatych (rumień, obrzęk, grudki, pęcherzyki, sączenie, łuszczenie), przemawia za siedliskiem sprawy chorobowej w naskórku oraz w skórze właściwej. (Epidermo-dermitis).

Zmiany chorobowe na skórze powiek tego samego charakteru co zmiany na rękach, przemawiają naszym zdaniem za możliwością przeniesienia alergenu wskutek potarcia ręką spryskaną roztworem streptomycyny na powierzchnię skóry powiek. Z wywiadów dowiedzieliśmy się, że możliwość taka istniała (w przypadku 4 roztwór streptomycyny spryskał spojówkę oka bezpośrednio).

We wszystkich naszych przypadkach zmianom skórny towarzyszyło silne swędzenie skóry szczególnie uporczywe w porze nocnej, oraz wystąpiły bolesne pęknięcia naskórka i skóry.

W przypadku 5 zmiany na palcach szczególnie silnie dotknęły opuszki palców (kciuka i wskazującego) co przemawia za tym, że kontakt z alergenem w tych odcinkach skóry był najczęstszy (chwyatanie strzykawek i igieł). W dwóch przypadkach (2 i 5) wykazano zmiany w paznokciach w postaci bruzd poprzecznych.

Duża poprawa a nawet całkowite ustępowanie zmian chorobowych spostrzegano we wszystkich naszych przypadkach w czasie urlopu. Szybkie nawroty po ponownym zetknięciu się ze streptomycyną, każą nieodparcie przyjąć alergiczne podłoże schorzenia, za czym przemawia również dodatni wynik skórnych prób uczuleniowych.

Objawy chorobowe w chwili obecnej, tj. 1. III. 1950 r. trwają w dalszym ciągu u trzech pielęgniarek (przyp. 1, 2 i 3). Pielęgniarki te pracują nadal i stykają się ze streptomycyną — natomiast u dwóch pozostałych (przyp. 4 i 5) brak jakichkolwiek zewnętrznych objawów chorobowych, mimo, że nadal zajęte są wstrzykiwaniami streptomycynowymi.

Ostatnio wspomniane pielęgniarki wykonują nawet większą liczbę wstrzykiwań dziennie aniżeli przedtem. Objawy chorobowe ustąpiły w przyp. 4 w czerwcu 1949 r. (trwały więc ogółem 15 miesięcy) a w przyp. 5 w październiku 1949 r. (trwały niespełna rok).

Próby płatkowe naskórkowe ze streptomycyną w różnych stężeniach wykonano u wszystkich pielęgniarek. W trzech przypadkach (1, 2 i 4) wypadły one dodatnio, przy czym użyto rozcieńczeń streptomycyny od 1:10—1:1000, obok całkowicie ujemnych odczynów u osobników kontrolnych. W powyższych przypadkach wystąpiło też silne pogorszenie istniejących zmian skórnych w 24 i 48 godzin po założeniu próby płatkowej, w postaci wystąpienia silniejszego swędzenia, zaczerwienienia zmian skórnych oraz sączenia.

Na szczególne omówienie zasługuje przyp. 3: przeprowadzono u niego w dniu 9. III. 1950 r. próby płatkowe w rozcieńczeniach 1:20 i 1:50, które wypadły po 24, 48 i 72 godzinach całkowicie ujemnie. W dniu 13. III. 1950 r. wykonaliśmy próbę śródskórną wstrzykując na prawym przedramieniu po stronie zginaczy 0,1 ml. streptomycyny zawierającej 1000 j. Na skórze przedramienia lewego założono bąbel kontrolny ze soli fizjologicznej. Po upływie 1 minuty od wykonania wstrzyknięcia chora odczuła nagle niepokój, wystąpiły silne nudności, duszność, uczucie lęku, ogólne drżenie, bladeść twarzy, bicie serca. Tętno 140 uderzeń na minutę. Natychmiast wstrzyknięto podskórną 1 cm. suprareniny 1:1000 oraz podano doustnie koraminę w kropkach. Chora była przytomna. W chwilę później wystąpił obrzęk warg zwłaszcza wargi górnej, wystąpiło ogólne swędzenie całego ciała zwłaszcza stóp, oraz wysypka o charakterze pokrzywkowatym umiejscowiona głównie na kończynach. Chora odczuwała silny ucisk w głowie. W miejscu wstrzyknięcia streptomycyny wystąpił już po 2 minutach bąbel z wypustkami (pseudopodia) jako wyraz silnie dodatniego odczynu uczuleniowego, którego rozmiary po 10 minutach wynosiły 4 cm długości oraz 1,7 cm szerokości. Samopoczucie chorej zaczęło się poprawiać po 15 minutach, natomiast po upływie pół godziny chora wstała i udała się do domu o własnych siłach. Wysypka pokrzywkowa oraz swędzenie całego ciała ustąpiły już po upływie kilku godzin. W dniu 14. 3. 1950 r. odczuwała jedynie tępy ból głowy oraz ogólne osłabienie. Ciepłota ciała 37,3° C.

Wystąpienie w tym przypadku typowych objawów wstrząsu uczuleniowego zmusza nas do wyciągnięcia odpowiednich wniosków co do wysokości dawki streptomycyny stosowanej przez nas dla prób śródskórnych. Jak już wyżej wspomniano, R a u c h w e r g e r polecał używać 100 j. streptomycyny do prób śródskórnych. My natomiast postanowiliśmy zastosować stężenie wyższe a mianowicie 1000 j. u osobników wykazujących kliniczne objawy uczuleniowe i 10.000 j. u osobników nie wykazujących tych objawów. Wychodząc jednak z założenia, że nasilenie odczynu śródskórnego zależy przede wszystkim od ilości przeciwciał zawartych w ustroju, od stężenia danego alergenu, będziemy w przyszłości stosować dawkę 100 j. do prób śródskórnych, aby zmniejszyć do minimum możliwość wystąpienia poważnych objawów ubocznych.

Próby płatkowe naskórkowe z roztworem streptomycyny 1:20 i 1:50 wykonane w przypadkach 4

i 5 w dniu 20. II. 1950 r. a więc w czasie w którym nie było już żadnych zmian chorobowych, wypadły w przyp. 4 dodatkowo, natomiast w przyp 5 ujemnie. Próba śródskórna wykonana 9. III. 50 r. w przyp. 5 w ilości 0,1 ml. zawierającego 1000 j. streptomycyny dała wynik silnie dodatni po upływie pół godziny od chwili wstrzyknięcia, w postaci wystąpienia bąbla 2×2 cm i obwódki zapalnej. Można by zatem przypuszczać, że w przypadkach 4 i 5 doszło do samoistnego odczulenia.

W obrazie krwi wykonanym u wszystkich pielęgniarek nie wykazano eozynofilii.

Próba biernego przeniesienia uczulenia sposobem P r a u s n i t z - K ü s t n e r a za pomocą surowicy krwi chorych 4 i 5 wypadła ujemnie. Udało się nam natomiast za pomocą surowic przypadków 1 i 2 przenieść biernie uczulenie na osobników w których poprzednio przez dokładne przeprowadzony wywiad oraz wykonanie prób śródskórnych ze streptomycyną zawierającą w 0,1 ml 10.000 j. wykluczono możliwość istnienia uczulenia na streptomycynę. Próbę P r a u s n i t z - K ü s t n e r a technicznie wykonano w sposób typowy (odczyn zasadniczy plus 3 kontrole) wstrzykując 0,1 ml streptomycyny zawierającej 10.000 j. We wszystkich przypadkach, w których udało nam się przenieść uczulenie biernie sposobem P r a u s n i t z - K ü s t n e r a wystąpił odczyn natychmiastowy, którego największe nasilenie można było spotrzeć po 20—30 minutach w postaci wystąpienia wyraźnego bąbla oraz obwódki rumieniowej sięgającej w pewnych wypadkach rozmiarów $4,5 \times 3,5$ cm.

We wszystkich naszych przypadkach mogliśmy stwierdzić obok istniejących już objawów skórnych, uczulenie na streptomycynę wykazane za pomocą prób alergicznych naskórkowych lub śródskórnych. Badania te były robione w różnych okresach schorzenia, na przykład w przyp. 5 wykazano dodatni odczyn po 5 miesiącach od ustąpienia objawów klinicznych. Natomiast nie we wszystkich przypadkach stwierdzonego za pomocą prób alergicznych uczulenia muszą istnieć zmiany skórne. Dlatego też byłoby godne zastanowienia, czy nie należałoby u całego personelu pielęgniarskiego zatrudnionego i stykającego się stale ze streptomycyną, kontrolować w odstępach 3 miesięcznych stonien ewt. uczulenia za pomocą prób naskórkowych i śródskórnych, bez względu na istnienie lub brak zmian skórnych, aby w ten sposób możliwie szybko wykryć osobników wrażliwych na streptomycynę i nie dopuścić do rozwinięcia się czasami ciężkich objawów uczuleniowych. Osobników takich należałoby przenieść do innych działów pracy klinicznej.

Godnym podkreślenia szczegółem jest, że w naszych 5 przypadkach uczulenia skóry na streptomycynę wywołanego niewątpliwie na drodze kontaktu nastąpiło nie tylko uczulenie komórek naskórka (wykazane dodatnimi wynikami prób płatkowych). Mam na myśli dodatnie wyniki prób śródskórnych w dwóch przypadkach, udane prze-

niesienie uczulenia sposobem P r a u s n i t z - K ü s t n e r a w dwóch przypadkach i wreszcie jeden przypadek wstrząsu uczuleniowego po śródskórnym zastosowaniu roztworu streptomycyny. Wszystkie te fakty świadczą wymownie o tym, że nie mieliśmy do czynienia tylko z odosobnionym uczuleniem samych komórek naskórka, ale że współistniało ponadto uczulenie na streptomycynę komórek innych, a mianowicie śródbłonek naczyń i komórek łącznotkankowych skóry. Ta łączność immunobiologiczna komórek nie może zadziwiać, jeżeli przytoczymy badania P a u t r i e r a (wg U r b a c h a), który wykazał, że komórki L a n g e r h a n s a w naskórku i śródbłonek naczyń połączone są ze sobą siecią komórek ułatwiających wymianę soków między skórą właściwą a naskórkiem (reseau trophique). Te dane z histologii i fizjologii skóry tłumaczą nam dostatecznie, dlaczego uczulenie wywołane przez alergen działający z zewnątrz może się rozciągać również na komórki skóry właściwej, śródbłonek naczyń oraz odwrotnie, dlaczego alergen wewnętrzny rozszerza swój wpływ także na komórki naskórka. Pozostaje to zresztą w zgodzie z badaniami J a d a s s o h n a i B l o c h a, którzy powstanie wyprysku wiążą z alergią naskórkowo-naczyniową.

Postanowiliśmy również zebrać informacje o częstości występowania uczuleń na streptomycynę u personelu pielęgniarskiego zatrudnionego w szpitalach i klinikach poznańskich, aby przekonać się jaki odsetek pielęgniarek stykających się w swej pracy zawodowej ze streptomycyną wykazuje objawy skórne. Na podstawie dokładnych informacji lekarzy pracujących w klinikach lub szpitalach gdzie spostrzegano wypadki występowania u personelu pielęgniarskiego zmian wypryskowych, szczególnie na rękach, które zostały przez tych lekarzy uznane jako objaw uczulenia na streptomycynę przedstawiam poniższą tablicę:

| | Liczba osób stale zatrudn. przy streptomycynie. | Liczba osób sporadycznie zatrudn. przy streptomycynie. | U ilu osób wystąpiły objawy skórne |
|---|---|--|------------------------------------|
| Klinika chorób dziecięcych Akad. Medycznej w Poznaniu | 7 | — | 3 |
| II Klinika chorób wewn. Akad. Medycznej w Poznaniu | 2 | 4 | 3 |
| Miejski Szpital Dziecięcy w Poznaniu | 11 | — | 1 |
| Szpital Miejski Oddz. płucnochorych ul. Szamarzewskiego | 2 | 4 | 4 |
| Sanatorium Z. U. S. Kowanówko | 12 | — | 2 |

Jak widać z powyższej tablicy na ogólną liczbę 42 pielęgniarek zatrudnionych i stykających się w tych zakładach leczniczych ze streptomycyną, 13 pielęgniarek wykazywało zmiany skórne umiejscowione przeważnie na rękach. Jest to naszym zdaniem odsetek wysoki, który zmusza nas do szukania środków zaradczych.

Ze spostrzeżeń naszego materiału wynika, że sposób zapobiegania występowaniu uczulenia na streptomycynę polega przede wszystkim na tym, aby personel pielęgniarski zatrudniony i narażony na bezpośrednią styczność ze streptomycyną bezwzględnie wykonywał pracę w gumowych rękawiczkach, przy czym rękawy fartucha lub mundurka powinny być długie, aby zakryć przedramiona. Rękawiczki gumowe powinny być używane nie tylko do wykonywania wstrzykiwań oraz podczas ich przygotowania, lecz również podczas mycia strzykawek, igieł oraz sterylizacji. Po pracy rękawiczki, ręce i przedramiona powinny być dokładnie umyte ciepłą wodą z mydłem. Sterylizator powinien przed otwarciem być ostudzony, ponieważ okazało się, że para wodna unosząca się po zdjęciu pokrywy oddziałuje szkodliwie na odsłonięte części ciała. Stosowanie kremów ochronnych nie wydaje się być celową i skuteczną metodą zapobiegania występowaniu zmian skórnych. U pielęgniarek, które wykazywały już kliniczne zmiany uczuleniowe w postaci sączących zmian wypryskowych na rękach, używanie gumowych rękawiczek w pracy pogarszało istniejące zmiany skórne. Wydaje się jednak, że nawet pielęgniarki uczulone mogą dalej stykać się ze streptomycyną o ile zachowują one zasadnicze środki ostrożności nakładając podczas pracy gumowe rękawiczki.

W czterech przypadkach (2, 3, 4 i 5) chore przed zgłoszeniem się do naszego ośrodka zastosowały leczenie środkami antyhistaminowymi (benadryl, antystyna) przez okres 1—2 tygodni, używając przeciętnie 3 tabletki dziennie. Żadna z nich nie zauważyła poprawy w stanie zmian w skórze. Zważywszy jednak, że żadna z pielęgniarek nie przestała w czasie zażywania leków stykać się w dalszym ciągu ze streptomycyną, niepowodzenie le-

cznicze wydaje się być wytłumaczone (Crofton, Foreman).

Bardzo dobre wyniki leczenia antystyną w chorobach skóry uzyskał Boczar, który poleca ten lek zwłaszcza w schorzeniach uczuleniowych jak np. w pokrzywce i w stykowym zapaleniu skóry. Zastosowane przez nas leczenie zewnętrzne w postaci kremów i maści z dodatkiem 2% antystyny nie przyniosły żadnej poprawy, a w przyp. 2 nastąpiło nawet pogorszenie zmian skórnych w postaci zwiększonego swędzenia, zaczerwienienia i sączenia.

Analizując nasze przypadki dochodzimy do wniosku, że stwierdzone u nich zmiany wypryskowe powstały na tle uczulenia jednowartościowego, nabytego wskutek stykania się w pracy zawodowej ze streptomycyną (Epidermo-dermitis eczematoides, professionalis, allergica, monovalens) co zostało przez nas w pełni udowodnione.

Należy spodziewać się dalszego narastania liczby przypadków uczuleń na streptomycynę u personelu pielęgniarskiego z powodu szerokiego używania tego antybiotyku w lecznictwie i w związku z tym, należy przestrzegać pilnie używania podanych sposobów ochronnych skóry przed działaniem alergenu.

Piśmiennictwo

1. K. Boczar — Kliniczne doświadczenia z antystyną w niektórych chorobach skóry. Pol. Tyg. Lek. 1949, nr 12, str. 356—361.
2. J. Crofton i H. M. Foreman — Streptomycin dermatitis in nurses. Brit. Med. Journ., nr 4566, 1948, str. 71.
3. S. J. Levin i S. S. Moss — Contact dermatitis from streptomycin. Arch. of Dermat. and Syphil., 1949, Vol. 59, no. 6, str. 663.
4. S. M. Rauchwerger, F. A. Erskine, W. L. Nalls — Development of sensitivity in nursing personnel through contact during administration of the drug to patients. J. A. M. A., 1948, Vol. 136, str. 614.
5. F. L. Rosen — Sensitivity to streptomycin. J. A. M. A., 1948, Vol. 137, str. 1128.
6. C. Stringfellow — A case of skin sensitization to streptomycin. Brit. Med. Jour. 1948, No. 4572, str. 367.
7. E. Urbach — Klinik und Therapie der allergischen Krankheiten — 1935.

Z Kliniki Chorób Dziec. A. M.

Dyr. prof. dr K. Jonscher

z Kliniki Położn. Ginek. A. M.

Dyr. prof. dr T. Zwoliński

Dr med. Kazimiera Jerzykowska-Kuleszyna

Dwa przypadki wrodzonej niedrożności przełyku

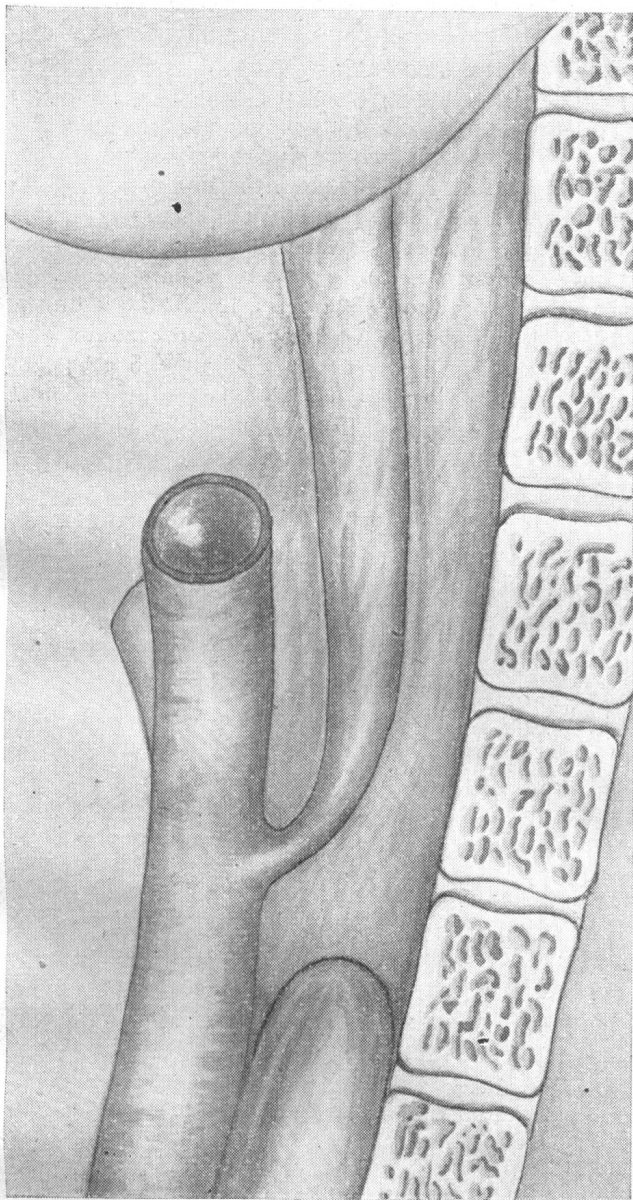
Niedrożność przełyku wrodzona jest rzadką wadą rozwojową. Na oddziale noworodków Kliniki Położniczej A. M. spostrzegano dotąd tylko jeden przypadek niedrożności przełyku wrodzonej w 1945 r. Ostatnio, dziwnym zbiegiem okoliczności spostrzegliśmy jeden po drugim aż dwa przypadki tej wady wrodzonej.

Przypadek I. Noworodek donoszony, dojrzały, wywiady rodzinne i dotyczące ciąży bez znaczenia z wagą urodzeniową 4000 g, płci żeńskiej, odśluzowany po porodzie. Po przybyciu na oddział wymiotuje często śluzem, krztusi się i sinieje. W płucach stwierdza się dużo rzeżeń i furceń. Dziecko odśluzowywano w ciągu pierwszej doby kilkakrotnie, wydobywając z gardła za każdym razem dużo gęstego śluzu. Stan ten utrzymywał się. Po podaniu herbaty a później pokarmu dziecko

w krótkim czasie zwracało podane płyny siniejąc przy tym. Cewnikiem wprowadzonym do przełyku stwierdzało się opór w odległości kilku centym. od nagłośni. Dziecku podano pod ekranem kilka łyżeczek herbaty z kontrastem, uwidocznił się przełyk bańkowato-rozszerzony, ślepo zakończony na wysokości 4—5 żebra. Dziecko przekazano chirurgowi (Dr Suwałski), który wezwał na konsylium laryngologa celem wykonania oesophagoskopii (Prof. Zaksowski). Oesophagoscopia nie wykazała obecności przetoki. W 3 dobie życia wykonano gastrostomię. Dziecko zmarło 12 godz. po zabiegu z objawami wstrząsu pooperacyjnego. Badanie

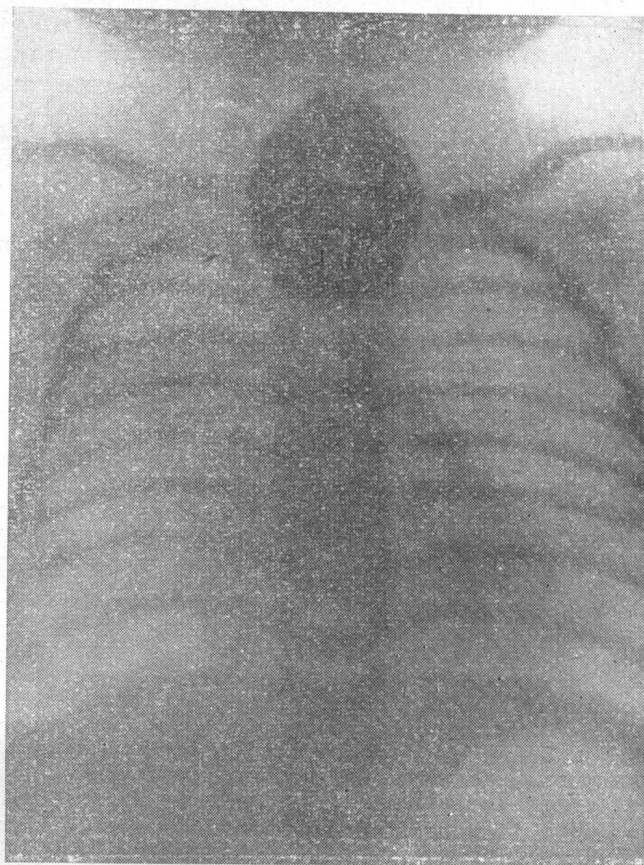
Przypadek II. Noworodek dojrzały, donoszony, płci żeńskiej z wagą 2680 g. Wywiady rodzinne bez znaczenia. Obraz kliniczny podobny zupełnie do poprzedniego. Dziecko krztusi się od początku pomimo kilkakrotnego odśluzowywania w pierwszej dobie życia, wydziela stale nosem i ustami dużo pianistego śluzu. Pokarm podany zrzuca, w płucach dużo furceń. Sonda wprowadzona do przełyku natrafia na opór w odległości kilku centymetrów od nagłośni. Zdjęcie rentgenowskie potwierdziło rozpoznanie. Wykonano gastrostomię w 4 dobie życia. Dziecko zmarło wkrótce po operacji. Badanie sekcyjne wykazało niedrożność górnej części przełyku. Przetoka tchawiczo-przełykowa odchodząca nad rozwidleniem tchawicy i prowadząca do dolnej części przełyku.

Przyczyna powstania niedrożności przełyku, jak i każdej innej wady rozwojowej jest niejasna. Przełyk tworzy się w 4—8 tyg. życia płodowego z 2 segmentów: górna jego część z segmentu pozagardłowego, dolna jego część z segmentu pregastrycznego. Niedrożność przełyku powstaje o ile te dwa segmenty nie połączą się lub gdy komórki entodermy nie wytworzą dostatecznego światła przewodu. Mamy niedrożność przełyku zupełną lub nie zupełną. Przełyk i tchawica są początkowo jednym przewodem. Nieprawidłowy wzrost komórek przegrody powoduje powstanie przetoki przełykowo-tchawiczej. W 70% przypadków wrodzonej niedrożności przełyku istnieje przetoka przełykowo-tchawicza. Przetoka znajduje się najczęściej w dolnym odcinku przełyku, tak jak w naszych przypadkach, podczas gdy górny kończy się ślepo w okolicy rozwidlenia tchawicy lub



Rysunek schematyczny przypadku pierwszego

sekcyjne (Dr Chrościelewski, Zakład Med. Sądowej) wykazało niedrożność przełyku zupełną w górnej jego części w odległości 4 cm od nasady języka. Przetoka tchawiczo-przełykowa na odległość końca kciuka w dolnej części przełyku. Wada wrodzona głównych naczyń, przemieszczenie tętnicy głównej, tętnica płucna jak i główna znajdują się na jednym poziomie, przyczem łuk tętnicy głównej skierowany jest ku stronie prawej, przechodzi między przetoką przełykową a tchawicą i przebiega po prawej stronie kręgosłupa. Spotykamy tu tak częste kombinowanie się dwóch lub więcej wad rozwojowych.



Zdjęcie rentgenowskie przypadku drugiego

powyżej. Rzadziej przetoka znajduje się w górnym odcinku, a dolny jest ślepą wypustką. Zdarza się także, że obydwa odcinki przełyku górny i dolny kończą się w tchawicy tak, że tchawica stanowi jedyną komunikację między górnym i dolnym odcinkiem przełyku. W przypadkach niedrożności bez przetoki przełyk składa się z dwóch odcinków ślepo zakończonych niepołączonych drogami oddechowymi.

Objawy kliniczne są charakterystyczne. Noworodek zaraz po urodzeniu robi wrażenie źle odsluzowanego. Wymiotuje śluzem, przyjęty pokarm zwraca po krótszym lub dłuższym czasie zależnie od długości i pojemności wtórnego odcinka przełyku. Dziecko zwraca pokarm nosem i ustami, krztusi się i sinieje. Pokarm połknięty do górnej, ślepo zakończonej części przełyku zostaje częściowo zwymiotowany a częściowo aspirowany do dróg oddechowych. Aspiracja następuje jeszcze szybciej o ile istnieje przetoka przełykowo-tchawicza górna. W tych przypadkach w krótkim czasie rozwija się aspiracyjne zapalenie płuc. W przypadkach przetoki przełykowo-tchawicznej dolnej żołądek zawiera dużo powietrza, a nawet małe ilości pokarmu aspirowanego do dróg oddechowych mogą znaleźć się w żołądku. W przypadkach bez przetoki ani żołądek ani jelita nie zawierają powietrza.

Rozpoznanie potwierdza 1. niemożność wprowadzenia cewnika do żołądka, 2. zdjęcie rentgenowskie z kontrastem. Stwierdzamy bańkę przełyku wypełnioną kontrastem kończąca się ślepo. Kontrast może dostać się przez aspirację do dróg oddechowych, nie dowodzi to jeszcze istnienia przetoki. Brak kontrastu w tchawicy oraz brak powietrza w żołądku i jelitach przemawia za niedrożnością przełyku bez przetoki.

Leczenie niedrożności przełyku do niedawna było beznadziejne. Zapalenie płuc aspiracyjne kładło w krótkim czasie kres życiu dziecka lub dziecko umierało z głodu. Gastrostomia sama wykonywana w tych przypadkach nie ratuje życia dziecka, tylko je przedłuża. Gastrostomia może być tylko wstępnym etapem do następnego wytworzenia sztucznego przełyku lub połączenia obu końców przełyku i zlikwidowania przetoki. Niestety noworodek, który wytrzyma nawet dobrze pierwszy etap nie zniesie dalszych. Jak wiadomo wytrzymałość noworodka na zabiegi operacyjne gwałtownie maleje po pierwszych dniach życia. Jednak wspaniały postęp chirurgii klatki piersiowej w ostatnich latach umożliwia już chirurgom wyleczenie przypadków niedrożności przełyku. Z postępem techniki i doświadczenia dochodzi się do wykonywania operacji w jednym etapie, przy czym odpowiednie leczenie przed i pooperacyjne ma ogromne znaczenie. Swenson podaje, że na 32 przypadków jednoetapowych miał 5 zgonów, w tych przypadkach wykonywał połączenie obu końców przełyku oraz gastrostomię. W 5 przypadkach wieloetapowych miał 3 wyleczenia, z tego 1 po utworzeniu przełyku pod skórą klatki piersiowej.

Piśmiennictwo

1. J. Caffey: Pediatric X-Ray Diagnosis.
2. J. Kossakowski: Wskazania do zabiegów operacyjnych u noworodków.
3. Mitchel-Nelson: Textbook of Pediatrics.
4. O. Swenson: The Diagnosis and Treatment of Atresia of the Esophagus. Pediatrics, Volume 1, 1948, str. 195.

STRESZCZENIA

Gyüre D., Kovács A.

Przeciwhistaminowe działanie taniny.
Über die Antihistaminwirkung des Tannins.
Schweizerische Medizinische Wochenschrift Nr. 27.
Str. 624. Rok 1949.

Histamina odgrywa dużą rolę we wszystkich stanach uczuleniowych. Tanina działa tak in vivo jak i in vitro przeciw histaminowo. Tanina stosowana w większych dawkach jest środkiem toksycznym. 250—300 g taniny na 1 kg wagi wywołuje u świnek morskich objawy zatrucia. Jednak już 1/10 tej dawki jest wystarczająca dla zniesienia działania histaminy. Na dowód tego przytaczają autorzy następujące doświadczenia: Po uprzednim podaniu taniny śwince morskiej histamina nie wywołuje u niej skurczów mięśni oskrzeli, jedynie spostrzega się nieznaczne zaburzenia w oddychaniu. Jedna kropla 2% histaminy wstrzyknięta do worka spojówkowego daje obrzęk powiek. Obrzęk ten nie wystąpi jeśli uprzednio podamy taninę.

Autorzy opisują wykonane przez siebie doświadczenia na 12 świnkach morskich. Wszystkie świnki uczulone były na surowicę ludzką. 6 świnek morskich otrzymało taninę. Po wstrzyknięciu surowicy ludzkiej wszyst-

kie świnki morskie, które nie otrzymały taniny zginęły z powodu wstrząsu anafilaktycznego. Z sześciu świnek morskich, które otrzymały taninę pięć nie wykazywało żadnych objawów chorobowych, u jednej wystąpiły zaburzenia w oddychaniu.

Autorzy podają, że od dłuższego czasu stosują w praktyce szpitalnej i ambulatoryjnej taninę z bardzo dobrym wynikiem.

Lekarz Józef Bożek

Gilliard A.

Dane statystyczne dotyczące leczenia ropniaków gruźliczych kwasem para-amino-salicylowym (PAS-Cilag).

Note statistique sur le traitement de l'empyème tuberculeux par l'acide p-amino-salicylique (PAS-Cilag).
Schweizerische Medizinische Wochenschrift. Nr. 27, str. 625, rok 1949.

Autor podaje, że uzyskiwał bardzo dobre wyniki po miejscowym stosowaniu kwasu para-amino-salicylowego w gruźliczym ropniaku opłucnej. Niektórzy chorzy otrzymywali jeszcze dodatkowo streptomycynę. Kwas para-amino-salicylowy był stosowany w postaci preparatów PAS-Cilag lub Aminacyl Wandera.

Po miejscowym zastosowaniu kwasu para-amino-salicylowego temperatura ciała spadała do wartości prawidłowych. Wysiłek cofał się lub z gęstego ropnego stał się surowiczny. Zawartość prątków gruźliczych w wysięku znacznie się zmniejszyła. Samopoczucie chorych bardzo się poprawiało. Łaknienie było dobre, stan odżywienia oraz ogólny stan zdrowia znacznie się poprawiał.

Autor stosował miejscowo dwa lub trzy razy tygodniowo 1—4 ampulek po 10 ccm 20% PAS-Cilag. Przed zastosowaniem tego środka należy jamę ciała, w której znajduje się ropniak opróżnić i przemyć roztworem fi-

zjologicznym soli kuchennej. Nie wolno używać do przemywania środków antyseptycznych, ponieważ osłabiają działanie kwasu para-amino-salicylowego. PAS-Cilag należy stosować aż do zupełnego wyjałowienia płynu wysiękowego i cofnięcia się wysięku ropnego. Konieczna jest potem jeszcze kuracja klimatyczna i ogólnie wzmacniająca.

Na zakończenie podaje autor zestawienia tabelaryczne dotyczące 68 przypadków ropniaków gruźliczych leczonych kwasem para-amino-salicylowym.

Lekarz Bożkowska Krystyna

PROTOKOŁY POSIEDZEŃ TOWARZYSTW LEKARSKICH

Sprawozdanie

z zebrania naukowego Poznańskiego Towarzystwa Lekarskiego

z dnia 7 kwietnia 1949 r.

Obecnych 15 osób.

Przewodniczący: Kol. Łabendziński

1. Skrzynka odpowiedzi:

Kol. Borszewski referuje dane z literatury na temat leczenia hormonami męskimi Ca. mammae, oraz z własnych 2 przypadków leczonych w Klinice Chirurgicznej.

I. P O K A Z Y

Kol. Stabrowski: *Chondrodystrophia (Micro-melia)*.

Dziewczynka — 1 rok 3 mies. dziecko pierwsze, poród normalny, brak obciążenia dziedzicznego.

Objawy: Skrócenie kończyn w stosunku do tułowia, typowe: skrócenie ramienia i uda w stosunku do przedramienia i pobudzia.

Duża głowa (obwód + 2 cm.).

Płaski nos (nie siodełkowaty).

Duża jakby obrzękła twarz.

Objawy nietypowe: Skrzywienie szyi (torticollis), Hemihipertrofia twarzy.

Obraz rentg. kości ramieniowych: skrócenie i wzrost kości wszcz, duża jama szpikowa, zanik chrząstek nasadowych.

Pomiary: Długość ciała: 70 cm (— 8 cm)

obwód głowy: 48 cm (+ 2 cm)

Si: 46 cm.

W dyskusji nikt nie zabrał głosu.

Kol. Wierzejewski: *Carcinoma pulmonis*.

Przedstawia przypadek wykrztuszenia przez pacjenta tkanki nowotworowej. Chory 1. 71 zgłasza się do szpitala z powodu znacznych duszności i ogólnego wyniszczenia. Badanie kliniczne wykazało zmiany charakterystyczne dla jamy w dolnym płacie płuca prawego. (K—) w 8 dniu pobytu w szpitalu chory odpluł wśród ataku kaszlu twór wielkości wiśni. Badanie histopatologiczne wykazało, że chodzi tu o raka płaskokomórkowego. (Zakład A. P. U. P.). Dodać należy, że w czasie 8-tygodniowego pobytu pacjenta w szpitalu nie zaszły uchwytnie zmiany w jego stanie ogólnym, ani w wynikach badań.

W dyskusji zabiera głos kol. Słoniński. Z obserwowanego przeze mnie przypadku, wyniki, że rak płuc występuje wraz z gruźlicą płuc, która klinicznie nie zawsze daje się uchwycić w początkującym stadium rozwoju raka. W obserwowanym przeze mnie przypadku chory zaczął prątkować na 2 mies. przed zejściem śmiertelnym.

Kol. Łabendziński podaje, w związku z poprzednim pokazem, że miał niedawno sposobność spostrzeżenia podobnego zdarzenia, wprawdzie na innym tle. 45-letnia niewiasta, z dość dużą świeżą jamą w ob-

jębie dawnych zmian wytwórczych, była leczona streptomycyną (20 gramów). Stan przedmiotowy i podmiotowy uległ znacznej poprawie i chora prawie zupełnie przestała kaszleć i odpluwać. Po 6 tygodniach chora odkrztusiła 5 ml zielonkawej płwociny razem z 2 tworami o ciemnej powierzchni wielkości dużych fasoli, które badanie histologiczne (Zakł. Anat. Pat. U. P.) rozpoznało jako martwiczo zmienioną tkankę płucną. Po tym epizodzie kaszel pozostał nikły. Porównanie zdjęcia początkowego ze zdjęciem po odkrztuszeniu tkanki wykazało obecność plamki w obrębie jamy na zdjęciu pierwszym, której niema na zdjęciu drugim, tak że prawdopodobnie plamka ta odpowiada wykrztuszonemu martwiakowi. Zastanawia, że w okresie retencji temperatura nie wykazała żadnych wahań.

II. W y k ł a d

Kol. Maksymilian May referuje: „Organizacja walki z gruźlicą na terenie Województwa Poznańskiego“. (Streszczenia nie nadesłano).

W dyskusji zabiera głos:

1. Kol. Słoniński: Umieralność w Polsce po ostatniej wojnie wynosiła 50 na 10.000 mieszkańców. Umieralność w Krajach Zachodnio-Europejskich kształtowała się na poziomie 7 na 10.000. W walce społecznej z gruźlicą najważniejszą rolę odgrywa wykrycie źródła zakażenia i izolacja. Natrafia to u nas na duże trudności z powodu wielotorowości lecznictwa uspołecznionego i braku ustawy o zwalczaniu gruźlicy. Profilaktyka ekspozycyjna niema takiego zastosowania, jakby mieć powinna, co w rezultacie powoduje dalsze zakażenie i dalszy rozwój gruźlicy i zwiększa umieralność. Higiena kondycjonalna (żywienie, mieszkanie, powietrze itp.) przyczynia się do zwiększenia odporności. Spostrzeżenia z praktyki codziennej upewniają nas, że w zwalczaniu gruźlicy należy wkroczyć na drogę ustawową.

2. Kol. Zieliński: Pozwolę sobie uzupełnić referat prelegenta garścią wiadomości o akcji przeciwgruźliczej na terenie Ub. Sp. w Obornikach, gdzie akcja rozwija się nader pomyślnie.

Jako kierownik Sanatorium ZUS w Kowanówku prowadzę jednocześnie w Ośrodku zdrowia w Obornikach Poradnię Przeciwgruźliczą, co daje mi możliwość łatwiejszego i bardziej celowego kierowania chorych do Sanatorium. Wpływa to wyraźnie na zmniejszenie liczby chorych w powiecie.

Chorzy są kierowani do Sanatorium bądź to celem leczenia konserwatywnego, bądź zabiegowego, pod kierownictwem dra Jurkowskiego, adiunkta Kliniki Wewnętrznej U. P.

Prof. Roguński Jan, dyr. Kliniki Wewnętrznej U. P., który objął patronat naukowo-lekarski nad Sanatorium ZUS w Kowanówku, zamierza postawić lecznictwo na poziomie klinicznym, co da możliwość studentom starszych kursów do odbywania stażu w tut. Sanatorium.

Do podniesienia poziomu lecznictwa w tut. Sanatorium przyczynił się również Oddział Chirurgiczny le-

czenia gruźlicy płuc pod kierownictwem dra Drewsa, dyr. Kliniki Chirurgicznej U. P. Otwarcie ma nastąpić w czerwcu br. oraz Oddział Doświadczalny Leczenia Gruźlicy Dróg Moczowych — pierwszy w Polsce — organizowany przez specjalistę urologa dra Bartkowiaka.

3. Kol. Straszyński podkreśla, że poprawa warunków bytowania ludności stanowi najważniejszy

czynnik w zwalczaniu szerzenia się gruźlicy. Dowodem tego jest niesłychanie rzadkie występowanie gruźlicy toczniowej skóry wśród osobników w lepszych warunkach życiowych.

4. Kol. Łabendziński (streszczenia nie nadesłano).

5. Kol. Dega (streszczenia nie nadesłano).

KOMUNIKATY

Okręgowa Izba Lekarska
w Poznaniu
(Biuro Pośrednictwa Pracy)

KOMUNIKAT 70

Poznań, dnia 17. 6. 1950 r.

Zarząd Okr. Izby Lekarskiej w Poznaniu podaje poniżej spis wolnych placówek lekarskich.

Poznań: Rada Zakładowa Centrali Rolniczej Spółdzielni „Samopomoc Chłopska“ w Poznaniu zawiadamia o wakansie lekarza dla ambulatorium. Zgłoszenia jak wyżej.

Poznań: Centrala Skór Surowych Oddział w Poznaniu, Garbary 52 zawiadamia o wakansie lekarza dla ambulatorium. Zgłoszenia pod podanym adresem.

Leszno: Szpital Powiatowy w Lesznie, Daszyńskiego 57 (Tel. 316) zgłasza wakans na stanowisko asystenta na oddział chirurgiczny i ginekol.-położniczy względnie przyjmie stażystę. Warunki pracy i płacy do omówienia na miejscu.

Gniezno: Prezydium Pow. Rady Narodowej Wydział Zdrowia w Gnieźnie powiadamia o wakansie lekarza dla Witkowa oraz dla gminy Witkowo, Powidz, Niechanowo. Zgłoszenia do Prez. Pow. Rady Nar. w Gnieźnie.

Koło: Szpital Powiatowy w Kole zawiadamia o wakansie lekarza asystenta na oddziale chirurgicznym oraz przyjmie stażystę. Zgłoszenia do wymienionego Szpitala.

Gostyń: Lekarz Powiatowy w Gostyniu zgłasza wakans na wolne placówki lekarskie w Krobi, Ponięciu i w Piaskach. Zapewnione są: mieszkanie, praktyka prywatna, zajęcia na stanowisku lekarza domowego Ubezpiecz. Społ. i w Ośrodkach Zdrowia. Poza tym jest do objęcia placówka lekarza ftizjologa w Szpitalu Bonifratrów w Marysinie k. Gostynia. Zgłoszenia do lekarza Powiatowego w Gostyniu.

Koźmin: Szpital Powiatowy w Koźminie zawiadamia o wakansie lekarza asystenta wzgl. asystentki. Uposażenie wg okólnika Ministerstwa Zdrowia plus wydatki za dyżury, za przychodnią ambul. i oddział zakaźny (około 30.000.— zł). Zgłoszenia do wymienionego Szpitala.

Zbiersk: W Zbiersku pow. Kalisz wakuje placówka lekarza. Zgłoszenia do Lekarza Powiatowego w Kaliszu.

Międzychód: Szpital Powiatowy w Międzychodzie zgłasza wakans na stanowisko lekarza asystenta Szpitala Powiatowego w Międzychodzie. Zgłoszenia do wymienionego Szpitala.

Ostrów: Ubezpiecz. Społ. w Ostrowie przyjmie lekarza na stanowisko lekarza domowego. Mieszkanie 5 pokojowe zapewnione. Zgłoszenia do Ubezpiecz. Społ. w Ostrowie.

Nowy Tomyśl: Prezydium Pow. Rady Narodowej Wydział Zdrowia w Nowym Tomyślu prosi o skierowanie do Nowego Tomyśla lekarza — możliwie posiadającego przeszkolenie rentgenologiczne, któryby objął pracę w poradni przeciwgruźliczej Ośrodka Zdrowia, poza tym miałby 6 i pół godzin pracy jako lekarz Ubezpiecz. Społ. oraz mógłby pracować jako lekarz szkolny i sportowy. Mieszkanie 4 pokojowe w śródmieściu — zapewnione. Zgłoszenia do Prez. Pow. Rady Narod. w Nowym Tomyślu.

Kościan: Prezydium Pow. Rady Narodowej Referat Zdrowia powiadamia o wakansie lekarza w Wielichowie pow. Kościan. Mieszkanie 4 pokojowe zapewnione. Do objęcia również Ośrodek Zdrowia. Zgłoszenia do Prez. Pow. Rady Nar. Referat Zdrowia w Kościanie.

Gorzów: Ubezpiecz. Społeczna w Gorzowie przyjmie lekarza na zastępstwo w lipcu. Zgłoszenia do Ubezpiecz. Społ. w Gorzowie.

Sekretarz Okr. I. Lek. Prezes Okr. I. Lek.
(—) Dr med. B. Piechowski (—) Dr med. J. Jankowski

Towarzystwo Chirurgów Polskich, Warszawa, ul. Nowogrodzka 59, I. Klinika Chirurgiczna A. M. podaje skład Zarządu T-wa, nowoukonstytuowany w dniu 18. IV. 1950 r., który przedstawia się następująco:

Prezes — Prof. dr med. Tadeusz Butkiewicz,
Wiceprezes — Prof. dr med. Feliks Skubiszewski
Redaktor — Prof. dr med. Kornel Michejda,
Skarbnik — Doc. dr med. Jan Kossakowski,
Sekretarz — Dr med. Jan Raczyński.

Sekret. T-wa Chirurg. Polskich
(—) Dr med. Jan Raczyński

Prezes T-wa Chirurg. Polskich
(—) Prof. dr med. Tadeusz Butkiewicz

P. T. Kolegów, którzy posiadają niepotrzebne dla siebie a wyczerpane obecnie pierwsze powojenne numery „Nowin Lekarskich“, gorąco proszę o odstąpienie ich, w celu skompletowania całości, która przeznaczona jest dla biblioteki podręcznej II Kliniki Chorób Wewnętrznych Akademii Medycznej w Gdańsku. Potrzebne są wszystkie numery rocznika 1945 (pierwszego powojennego) oraz nr 1 z roku 1946.

Łaskawe zgłoszenia wraz z podaniem warunków upraszam kierować pod adresem: Gdańsk, Lipowa 21.

Sprostowanie

W numerze 5/6 Nowin Lekarskich na str. 50 w lewej szpalcie w pracy pt.: „Cięcie cesarskie“ wydrukowano mylnie „i dostawał się do pecherza“, zamiast: „i dostawał się do szyjki macicy bez uszkodzenia otrzewnej i pecherza“.