

# 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. Szczepski.*

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

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

### Краткое изложение.

#### Д-р И. Комза — Лечение костно-суставного туберкулёза стрептомицином.

После короткого вступления, автор приводит данные из литературы относительно лечения стрептомицином костно-суставного туберкулёза. Затем он обсуждает свои случаи. Он применял стрептомицин только местно в дозах от 0,2 до 0,3 в разбавлении 1:20. Он избрал случаи, где болезненные изменения были еще минимальные. Случаи распределились на отдельные состояния следующим образом:

1. Gonitis	18 случаев
2. Coxitis	12 „
3. Очаги при epiphysis	6 „
4. Tbc. pedis	2 „
5. Arthritis cubiti	2 „
6. Spina ventosa	2 „
7. Spondylitis	1 „

Во всех случаях получилось улучшение, но лучше всего при быстром прогрессировании болезни при abscessus frigidus.

На основании своих выводов и данных из литературы, автор пришел к следующим заключениям:

1. Стрептомицин данный в очаги в совсем свежих случаях может ликвидировать болезненный процесс.

2. Стрептомицин ликвидирует холодные нарывы, как и туберкулезные фистулы.

3. Под покровом стрептомицина мы смелее исполняем хирургические операции, цель которых состоит в устранении туберкулезного очага, не опасаясь обобщения болезни и возникновения фистул.

J. Komza, M. D. — The treatment with streptomycin of tuberculosis of bone and joint

### SUMMARY

After a short introduction, the author makes known data of literature concerning the treatment of tuberculosis of bone and joint by streptomycin.

He then discusses his own series of cases. He has injected streptomycin only to the foci in doses from 0,2—0,3 with 1:20 dilution. He has chosen instances in which alterations have been minimal.

The different diseases, separately taken, comprised:

1) Gonitis	18 cases
2) Coxitis	12 „
3) Metaphyseae focus	6 „
4) Tbc. pedis	2 „
5) Arthritis cubiti	2 „
6) Spina ventosa	2 „
7) Spondylitis	1 case

In each of his cases the author has resulted a correction the best being achieved in rapidly advancing diseases with cold abscesses.

In relation to the author's own results and to the data of literature, the principal points can be stated as follows:

1) Streptomycin injected to the foci in very early stages of a bone and joint lesion can break the disease.

2) Streptomycin removes cold abscesses as well as tuberculous fistulae.

By aid of streptomycin operations, aiming to remove the tuberculous focus, are carried out much more recklessly with no fear of generalizing the disease or producing fistulae.

### Краткое изложение.

#### О. Щепский — Сопrotивляемость бацилла туберкулёза на действие стрептомицина.

На основании данных из литературы и некоторых собственных наблюдений, автор приходит к заключению, что клинические наблюдения и в дальнейшем остаются главным методом исследования сопротивляемости бацилла туберкулёза на действие стрептомицина.

## SUMMARY

O. SZCZEPSKI, M. D. — The Streptomycin resistance of bac. tuberculosis.

Author after a review of recent literature on the subject of streptomycin resistance of bac. tuberculosis and some own observations concludes that the clinical observation remains the principal method of examination.

## Краткое изложение.

Д-р мед. Роман Рафиньский.

## Опыты применения торфяного препарата в отоларингологии у детей.

(Предварительное сообщение).

Автор сообщает о 24 случаях, в которых он применял т. наз. торфяной препарат, приготовленный в лаборатории клиники детских болезней при Медицинской Академии в Познани доцентом доктором медицины Теодором Рафиньским и магистром химии Эдмундом Фюудским. Этот препарат имеет статическое действие на бактерии (судя по существующим до сих пор исследованиям): на золотистые стафилококки, на золотистые гемолизующие стафилококки, на пневмококки воспаления легких, на бактерии дифтерита и сильнее всего на гемолизующие стрептококки. Статистическое действие было исследовано на пластинках Петри. Биологические опыты выказали очень малую токсичность обсуждаемого препарата. Среди вышеупомянутых 24 случаев, в которых констатированы микроорганизмы, поддающиеся действию торфяного препарата, находилось: 15 случаев антрита purulenta у младенцев, 4 случая антротомии у младенцев, 3 случая радикальных операций уха у детей, 1 случай нарыва уха происхождения из под надкостницы (mastoiditis abscondens) у младенца и один случай упорного нарыва под надкостницей близ хребта носа у шестилетнего ребенка. Результаты лечения оказались очень удачные. Оба нарыва надкостницы были вылечены без операции, только прополаскиванием их. Некоторые случаи, которых не удалось вылечить применяя пеницилин, удалось вылечить торфяным препаратом. Автор того мнения, что в этих случаях, вследствие лечения пенициллином, выдвинулось большое количество микроорганизмов, иммунизированных против пеницилина по всей вероятности, торфяной препарат дал лучшие результаты. Автор подчеркивает, что число случаев невелико и поэтому следует считать лишь опытом местное лечение торфяным препаратом. Только применение его в очень многочисленных случаях сможет выказать его ценность. Во всех описанных случаях препарат этот, применялся лишь местно, а именно, для прополаскивания, а также для смачивания дренажей.

## SUMMARY

R. RAFIŃSKI, M. D. — The trials with peat administration in otolaryngology in children.

(A provisory information)

Author gives informations about 24 cases treated with a peat substance. That substance was found by T. Rafiński & E. Fojudzki in laboratory of Pediatric Clinic of Med. Academy at Poznań, and according to the present investigations has the bacteriostatic action on: staphylococcus aureus, staph. aureus hemolyticus, pneumococcus, corynebacterium diptheriae and especially on streptococcus-hemolyticus. The bacteriostatic action was confirmed on Petri dishes. The biologic tests showed very small toxicity of that substance. From above mentioned 24 cases there were: 15 cases of antritis purulenta in infants, 4 cases of antrotomy in infants, 3 cases of radical ear operation in children,

1 case of subperiosteal abscess of aural origin in infant and 1 case of subperiosteal abscess of nose in 6 years old boy. The results of treatment were encouraging. The both cases of subperiosteal abscesses were cured without any operation and with washing only. Some cases in that the penicillin deceived were treated with peat substances. Author thinks that better results are produced by appearance of penicillin resistant strains of microorganisms. The number of cases is small. The trials on bigger number of cases will allow us to know the real value of T. Rafiński and E. Fojudzki peat substances. In all cited cases the substance was used topically.

## Краткое изложение.

Из внутреннего Отделения Городской Больницы в Познани.

(Ординатор: Проф. Д-р Ф. Лабендзинский.)

Проф. Д-р мед. Францишек Лабендзинский и Д-р мед. Иосиф Мацеевский.

**Врожденное перемещение сердца в брюшную полость (ectopia cordis abdominalis congenita), которое наблюдалось в течение 3 лет в клинике и амбулатории у 30-ти летней особы.**

Авторы представляют случай ectopia cordis abdominalis congenita, который наблюдался в течение 3 лет в клинике и амбулатории у девицы, которой в момент опубликования работы было 30 лет. Пациентку лечили вследствие беспорядочного ритма сердца, прежде всего вследствие упорных приступов повторяемых спазмов (Tachycardia paroxysmalis). К работе приложены фотографические снимки (перемещенное сердце видно в epigastrium), рентгенограммы, в том числе томографический снимок, а также электрокардиограммы. Не исполнено ангиокардиографического исследования вследствие анафилаксий к иоду. Кроме того, в этом случае закреплена картина движений перемещенного сердца на узкой (16 mm) киноленте.

The Poznań Municipal Hospital Department of Internal Diseases

(Director: Prof. Dr. F. Łabendziński)

Prof. Dr. Franciszek Łabendziński and Dr. Józef Maciejewski

Congenital dislocation of the heart into the abdominal cavity (ectopia cordis abdominalis congenita) observed clinically and in the outpatient department over a period of 3 years in a woman of 30 years of age.

## SUMMARY

The authors describe a case of ectopia cordis abdominalis congenita which they had observed for three years, both clinically and in the outpatient department, in an unmarried woman who was 30 years of age at the time of publishing this paper. The patient was subject to treatment on account of disturbances of the rhythm of the heart, in particular of persistent paroxysmal tachycardia.

To the paper are attached photographs (showing the dislocated heart in the epigastrium), roentgenograms including a tomographic picture and electrocardiograms. In view of a hypersensitivity to iodine no angiocardio-graphic examination was made. In addition, the movements of the dislocated heart were recorded on a narrow (16 mm) film band.

Z Szpitala Ortopedyczno-Urazowego w Łodzi

(Dyr. dr Józef Komza)

## Leczenie gruźlicy kostno-stawowej streptomycyną

podał dr J. K o m z a

Upływa już prawie 5 lat od chwili wprowadzenia streptomycyny do arsenału środków leczenia gruźlicy. Toteż leczenie niektórych postaci gruźlicy zostało już prawie wszechstronnie opracowane, a przebieg jego można z mniejszą lub większą dokładnością przewidzieć. Wiemy także, jeżeli chodzi o gruźlicę płuc, które formy poddają się leczeniu, a które znów mniej reagują na działanie tego leku. Dawkowanie i sposób podawania streptomycyny zostały już ustalone przez wypróbowanie na wielu tysiącach przypadków. Natomiast leczenie gruźlicy kostno-stawowej nie uzyskało jeszcze dotąd prawa obywatelstwa. Być może, że wpływ ma na to inny charakter tego schorzenia, przewlekły jego przebieg, ale za to łagodniejszy, znacznie mniejsza liczba przypadków, dłuższy okres czasu na stwierdzenie poprawy, to główne przyczyny, które sprawiły, że doświadczenia ze streptomycyną w leczeniu gruźlicy kostno-stawowej są, w stosunku do gruźlicy ogólnej, opóźnione.

Dotąd jeszcze w naszej literaturze nie mamy prac poświęconych temu zagadnieniu. Także w literaturze obcej jest stosunkowo skąpa liczba publikacji, a przecież w odniesieniu do gruźlicy ogólnej mamy bogate piśmiennictwo tak w języku naszym, jak i obcych.

Dawki streptomycyny stosowane w leczeniu gruźlicy kostno-stawowej przyjęliśmy takie, jakie stosuje się w leczeniu gruźlicy ogólnej. Z racji opóźnienia, uniknęliśmy całego szeregu niepowodzeń i nieprzyjemności powstałych z przedawkowania leku czy też podawaniu go w niedostatecznej ilości.

Więcej rozbieżności istnieje w zapatrywaniu na sposób podawania. Jedni są zwolennikami podawania ogólnego, idąc po drodze utartej przez fizjologów. Drudzy, kierując się myślą jak najsilniejszego zadziałania na ogniska gruźlicze, są zwolennikami podawania streptomycyny domięscowo, poza stosowaniem jej ogólnie. Inni znów upierają się przy podawaniu tylko do ogniska chorobowego. Na podstawie stosunkowo skromnej literatury trudno jest ustalić, który z wymienionych sposobów daje najlepsze wyniki. Istnieją także różnice co do czasu rozpoczęcia leczenia. Są głosy, aby rozpocząć leczenie jak najwcześniej, to jest z chwilą ustalenia rozpoznania, ale są także zwolennicy rozpoczęcia leczenia w późniejszym okresie.

Sorrel i Sorre-Dejerine stosują dawki według wytycznych Komisji dla Gruźlicy w Stanach Zjednoczonych, a mianowicie: 1 g dziennie u dorosłych, 0,5 g u dzieci od 5 do 15 lat i 0,25 g u dzieci poniżej 5 lat. Dawki te podaje się w 2 iniekcjach dziennie. Według nich leczenie winno

trwać 120 dni. Stosują streptomycynę w przypadkach diagnostycznie pewnych i stosunkowo świeżych — tam gdzie brak jeszcze jakichkolwiek oznak poprawy. W ciągu całego czasu leczenia zwracają baczna uwagę na słuch i nerki. W swoich przypadkach nie zauważyli jakichkolwiek zaburzeń ze strony tych narządów. Spotykali się natomiast z przypadkami nietolerancji na streptomycynę. W tych razach zmuszeni byli do odczulenienia tych osobników przez podawanie wzrastających dawek. W czasie leczenia znaczna liczba przypadków nabiera cech streptomycynoopornych, i tak autorzy ci zauważyli, że: 5% przypadków już w ciągu 1 miesiąca staje się streptomycynooporne, 44% przypadków w ciągu 3 miesiąca a 76% przypadków w ciągu 4 miesiąca nabiera cech streptomycynoopornych.

Rocher i Cuenot podawali streptomycynę miejscowo, mieszając 1 g streptomycyny z 200.000 jednostkami penicyliny. Jednorazowo wstrzykiwali do ropnia zimnego, uprzednio spunktowanego, 0,25 g streptomycyny i 25.000 jednostek penicyliny. Zazwyczaj ropień ulegał likwidacji po 4 lub 5 iniekcji. Wstrzykiwań dokonywano w zależności od napełniania się ropnia. Po pierwszym podaniu ropa stawała się płynniejsza i więcej przezroczysta, po 2 i 3 wstrzyknięciu wydobywano już tylko płyn przezroczysty w skąpej ilości. W ten sposób likwidowali także przetoki gruźlicze, tylko w nich podawali nieco większe dawki, licząc się z tym, że pewna ilość leku wypływa poprzez przetokę. Na ogół początkowe rezultaty otrzymali dobre, a nawet bardzo dobre. W późniejszym okresie następował nawrot ropni i przetok w  $\frac{1}{4}$  przypadków. W razie braku poprawy przerywali leczenie po 3 tygodniach.

Golland na podstawie 40 przypadków leczonych streptomycyną dochodzi do następujących wniosków: 1) Streptomycyna działa dodatnio w starszym wieku. 2) Streptomycyna przyspiesza proces starzenia się ogniska chorobowego. 3) Streptomycyna zdumiewająco szybko zamyka przetoki gruźlicze.

Bernard, Padovani i Lotte zanotowali jeden przypadek zgonu na skutek wystąpienia gruźliczego zapalenia opon, mimo że chory uprzednio otrzymał 190 g streptomycyny. Stwierdzają oni następnie, że podanie streptomycyny w postaciach maziówkowych może nie dopuścić do powstania zmian w kościach. Brak jakiegokolwiek dodatniego wpływu w zastarzałych zmianach kostnych. Szybkie zamykanie się przetok oraz możliwość wcześniejszego zabiegu chirurgicznego, gdyż

streptomycyna nie zastępuje go, a tylko przyspiesza. Działanie streptomycyny miejscowe wydaje się być korzystne. Stosować ją należy raczej w rozcięczeniu większym, gdyż duże stężenia wywołują często wysięki.

Gerard i Marchal podają 2 przypadki, w których działanie streptomycyny było wprost zadziwiające. Chodziło tu o dzieci z gruźlicą kręgosłupa, z dużym ogólnym wyniszczeniem, powiększeniem wątroby i śledziony, białkiem w moczu oraz z licznymi przetokami. Po zastosowaniu streptomycyny przetoki w krótkim czasie pozamykały się oraz wszystkie inne zmiany z dnia na dzień ustępowały, a zmiany w kręgosłupie nawapniały się.

Przeglądając literaturę można spotkać się z przypadkami świadczącymi o wspaniałym działaniu streptomycyny. Przypadki, które wnioskując z naszej dotychczasowej obserwacji, winny się skończyć katastrofą, po zastosowaniu streptomycyny wracają do zdrowia. Nie zawsze jednak spotykamy się z tak dobrymi wynikami. Niekiedy w przypadkach przebiegających stosunkowo łagodnie trudno jest zauważyć jakiś korzystny wpływ. Niekiedy nawet mimo stosowania streptomycyny ogólnie i miejscowo stale powoli się pogarszają. Możliwe, że w tych przypadkach napotykałyśmy na prątki streptomycynooporne, czy też pod wpływem leczenia nabyły one cech opornych.

Jak widzimy z przytoczonych danych w leczeniu gruźlicy kostno-stawowej nie mamy jeszcze ustalonego schematu tak pod względem wskazań jak też sposobu podawania.

Dzięki uprzejmości kierownika Ośrodka Streptomycynowego w Łodzi prof. dra P o p o w s k i e g o, który przydziela miesięcznie 40 g streptomycyny Szpitalowi Nr 5, mogłem od czerwca 1949 roku podawać w niektórych przypadkach ten lek. Licząc się z jego małą ilością, obrałem metodę podawania tylko domięscowo, tj. do stawu czy też ogniska w kości. Ogólnie podawałem streptomycynę tylko w przypadkach operacyjnych, 7 dni przed i 7 dni po zabiegu w ilości 0,02 na kilo wagi. Później ci chorzy otrzymywali już lek domięscowo. Tylko troje dzieci z uwagi na stan ogólny, a zwłaszcza zmiany w płucach, otrzymywało poza iniekcjami miejscowymi, streptomycynę ogólnie. Domięscowe iniekcje podawane były 2 razy tygodniowo w dawkach od 0,2 do 0,3 w zależności od wieku. Do rozporządzenia miałem Dihydrostreptomycynę firmy Merck, którą stosowałem w roztworze 1/20.

Wybrałem przypadki do leczenia streptomycyną zupełnie świeże, gdzie jeszcze był brak większych zmian destrukcyjnych, wychodząc z założenia, że zadziałanie leku w początkowych stanach doprowadzić może do całkowitego przerwania procesu chorobowego. W stanach późniejszych, działanie streptomycyny może proces gruźliczy złagodzić, przyspieszyć jego przebudowę, ale nigdy nie doprowadzi do stanów przedchorobowych. W sumie stosowałem streptomycynę w 42 przypadkach. Na poszczególne schorzenia przypadało:

1) Gonitis . . . . .	18	przypadków
2) Coxitis . . . . .	12	„
3) Ogniska przynasadowe . . . . .	6	„
4) Tbc. pedis . . . . .	2	„
5) Arthritis cubiti . . . . .	2	„
6) Spina ventosa . . . . .	2	„
7) Spondylitis . . . . .	1	„

Z 18 przypadków zapalenia stawu kolanowego, 15 było charakteru wysiękowego, a tylko 3 przebiegały pod postacią grzybiastą. Wszystkie charakteryzowały się większym lub mniejszym wysiękiem, zgrubieniem torebki oraz obrzękiem okolicy stawu. Także w przeważającej liczbie przypadków wystąpił już przykurcz podudzia, u dzieci młodszych większy, a u dzieci starszych — mniejszy. U wszystkich był wyraźny zanik mięśnia czworogłowego uda. Zanik ten jest jednym z główniejszych symptomów, przemawiających za swoistą sprawą, toczącą się w stawie kolanowym. Bezpośrednio w punkcie nigdzie nie wykryto prątków Kocha, natomiast w 5 przypadkach próba biologiczna dała wynik dodatni. W pozostałych przypadkach wynik prób biologicznych był ujemny. Jednak objawy kliniczne, jak również późniejszy przebieg schorzenia potwierdziły pierwsze rozpoznanie. Także zdjęcia rentgenowskie w większości przypadków nie wykazywały zmian kostnych. We wszystkich tych przypadkach streptomycynę stosowano domięscowo w ilości od 0,2 do 0,3 w zależności od wieku 2 razy tygodniowo. W niektórych przypadkach na drugi dzień po iniekcji zwiększał się wysięk i niekiedy, w tych razach, pojawiała się bolesność stawu. Wystąpieniu bolesności i zwiększeniu wysięku towarzyszył zazwyczaj wzrost temperatury. Te stany ustępowały z reguły po 1 czy 2 dniach. Dla uniknięcia tych, bądź co bądź, nieprzyjemnych następstw u tych chorych podawano streptomycynę w większym rozcięczeniu. Wtedy już nie obserwowałem wspomnianych powikłań.

Pierwszym objawem jaki zaobserwowałem po streptomycynie było zmniejszanie się wysięku, które można już było stwierdzić po 3 czy 4 iniekcji. A po dalszych podawaniach wysięk całkowicie ustępował. Dalej następowało zmniejszanie się obrzęku, a wreszcie, jako ostatnie ustępowało zgrubienie torebki. Doprowadzenie do tego stanu zazwyczaj wymagało wykonania 15 iniekcji. W pewnych jednak przypadkach trzeba było kontynuować podawanie streptomycyny do 25 iniekcji. Zakres ruchów, a zwłaszcza ustępowanie przykurczu nie były wydatne. Można powiedzieć, że ruchomość początkowo nie zwiększyła się. Dopiero po ukończeniu leczenia powoli wzrastała. Chorem po zaprzestaniu podawania streptomycyny nie zezwalało na obciążenie kończyny, a u dzieci w celu uniemożliwienia im chodzenia zakładano opatrunek gipsowy na 3 miesiące. W pięciu przypadkach, po okresie 3-miesięcznym należało kurację powtórzyć, gdyż zjawily się ponownie objawy uczynnienia się procesu, chociaż w bardzo łagodnej formie.

Drugą z kolei grupą są zapalenia stawu biodrowego. Tutaj także w miarę możliwości dobieierałem przypadki z początkowym procesem chorobowym. Technika podawania jak również i dawki były te same. Iglę wprowadzono tuż obok tętnicy udowej lub też ponad krętarzem większym, wstrzykując płyn wtedy, kiedy igła trafiała na opór główki. Tutaj nie spotykano się nigdy z występowaniem bólów czy wysiękiem w stawie lub wzrostem temperatury. Wyniki otrzymane były uzależnione od stopnia nasilenia procesu. Im wcześniejszy okres w chwili podawania streptomycyny tym wynik był lepszy. Choćby niekiedy sprawy dalej zaawansowane, w pierwszym okresie leczenia, silniej reagowały — była wyraźniejsza poprawa — to jednak wynik końcowy nie był tak dobry jak w przypadkach świeżych. Dla zobrazowania przytoczę w krótkości jedną historię choroby.

Dziewczynka P. J., w wieku 18 miesięcy, została przyjęta do szpitala w dniu 3. 1. 1949 r. Matka w wywiadzie podała, że zauważyła mniej więcej przed 3 tygodniami utykanie dziecka na prawą stronę. Początkowo to utykanie było nieznaczne, lecz stale się zwiększało. Badaniem przedmiotowym stwierdzono: Dziecko prawidłowo rozwinięte, dobrze odżywione. W okolicy prawego stawu biodrowego nie stwierdzono nacieków ani obręków, natomiast ruchomość była całkowicie zniesiona. W płucach badaniem fizykalnym nie stwierdzono zmian. Z badań dodatkowych Mantoux dodatni, OB wg Westergrena 23/39, zdjęcie rtg. z dnia 21. 1. 1949 r. poza lekkim zatarciem struktury kostnej, nie wykazując innych zmian. Wtedy jeszcze nie mieliśmy do rozporządzenia streptomycyny, toteż dziecku założono opatrunk gipsowy unieruchamiający staw biodrowy, w którym zostało zwolnione do domu na 3 miesiące, z zaleceniem podawania witaminy D i odpowiedniego żywienia. Ponownie przyjęto dziecko do szpitala w dniu 2. 3. 1949 r. Stan dziecka pod względem klinicznym nie uległ większym zmianom. Nadal utrzymywała się sztywność w prawym stawie biodrowym, a ogólny stan był dobry. Tylko obraz rtg. uległ pogorszeniu. Na zdjęciu z dnia 26. 3. 1949 r. widzimy wyraźniejsze zatarcie rysunku kostnego oraz małe ognisko rozrzedzenia w główce i szyjce.

W tym czasie zastosowano streptomycynę w dawkach i metodą poprzednio podaną (tj. po 0,2 — 2 razy tygodniowo). Żadnych ubocznych powikłań u dziecka w czasie leczenia nie zaobserwowano. Zakres ruchomości w stawie biodrowym powoli, ale stale się zwiększał. Dziecko otrzymało w sumie 6 g streptomycyny w 30 iniekcjach.

Obecnie zginanie w prawym stawie biodrowym jest możliwe do kąta 100°, abdukcja i addukcja ograniczone mniej więcej o  $\frac{1}{3}$ . Dziecko mimo zakazu chodzi już prawie od 3 miesięcy, nie odczuwając żadnych dolegliwości. Zdjęcia kontrolne z dnia 11. 3. 1950 r. wykazują jeszcze ślady ogniska w główce i szyjce, a rysunek kostny stał się już wyraźny.

Przypadek ten zaliczam do bardzo dobrych. Nie u wszystkich uzyskaliśmy takie wyniki, szczególnie u tych, u których rozpoczęliśmy leczenie w późniejszym okresie. U wszystkich jednak nastąpiła poprawa, a przynajmniej zaznaczyła się ona „zestawieniem” procesu.

Wybitnie dobre działanie streptomycyny można stwierdzić w przypadkach ognisk gruźliczych przystawowych. Tutaj pod osłoną streptomycyny podawanej ogólnie w dawkach 0,02 g na kilo wagi

7 dni przed zabiegiem, wykonano wyłyczczkowanie ogniska chorobowego. Po usunięciu ogniska dano domiejscowo 1 g streptomycyny krystalicznej. Ranę zaszywano naглуcho. Kiedy zaprzestano podawania leku ogólnie, podawano go nadal już w iniekcjach domiejscowo. Z 6 przypadków leczonych w ten sposób nigdzie nie wytworzyła się przetoka, jak równie ognisko nie rozszerzało się. Zdjęcia kontrolne wykazują powolne narastanie tkanki kostnej.

Najefektowniejsze wyniki, przynajmniej w pierwszych okresach, dają się stwierdzić w postaciach ostro przebiegających, dających szybko ropnie opadowe. W tych stanach niekiedy już po 2 czy 3 podaniu, a najpóźniej po 5 lub 6 ropnie znikają. Już po pierwszym wstrzyknięciu zwykle ropa rzednie, a później daje się stwierdzić tylko płyn surowiczy w skąpej ilości, by wreszcie zniknąć całkowicie. Cały zaś proces wykazuje cechy „starzenia się”.

Najlepiej nam zilustruje tę sprawę przypadek chłopca w wieku jednego roku, który przybył do szpitala dnia 10. 11. 1949 r. z rozpoznaniem coxitis infectiosa dex. Matka zauważyła u niego przed kilku miesiącami ograniczenie ruchu w biodrze prawym z równoczesnym wystąpieniem temperatury. Dziecko przez dłuższy okres otrzymywało penicylinę (dokładnej ilości nie mogła podać), miało stosowany wyciąg, a nawet na krótki okres gips. Temperatura niekiedy wracała do normy, by po kilku dniach znów podskoczyć do 39°.

Badaniem przedmiotowym stwierdzono: Dziecko blade, dobrze odżywione. Nóżka prawa ustawiona w przykurczu i odwiedzeniu, a okolica stawu biodrowego pogrubiała. Wszelkie ruchy w prawym stawie biodrowym zniesione. Obmacywaniem stwierdza się silną bolesność okolicy biodra, a po stronie adduktorów jakby chełbotanie. Zdjęcie rtg. wykazuje zwężenie główki ku górze i wyjaśnienie cienia dachu panewki.

Punkcją wydobyto około 50 ml ropy gęstej koloru szarego. Badanie ropy na prątki Kocha, wykonane w PZH w Łodzi dało wynik dodatni. Po zastosowaniu streptomycyny domiejscowo w dwa tygodnie po ropniu nie zostało śladu. Zaznaczyć przy tym należy, że przed podaniem streptomycyny musiano dokonywać prawie codziennych punkcji, wydobywając zawsze około 50 ml ropy. Wpływ streptomycyny w tym przypadku na zlikwidowanie ropnia zimnego jest niewątpliwy, bo w przeciwnym razie doszłoby na pewno do wytworzenia przetok.

We wszystkich 4 przypadkach tego rodzaju spotykaliśmy się z procesem stosunkowo świeżym, o przebiegu dość gwałtownym, ze znaczną bolesnością i podwyższoną temperaturą, dającym w krótkim okresie zimne ropnie. Z dużym prawdopodobieństwem, na podstawie badań eksperymentalnych (Smith, Liebermann i inni) możemy stwierdzić, że te przypadki były wywołane prątkami szybko rosnącymi, które są bardzo wrażliwe na działanie streptomycyny.

Pozostałych przypadków nie będę omawiał, gdyż liczba ich jest zbyt mała, a czas od podania streptomycyny zbyt krótki.

W żadnym przypadku leczonym streptomycyną nie zauważyłem jakichkolwiek powikłań ze strony ucha jak i nerek. Niewątpliwie należy to odnieść do tego, że w podawaniu domiejscowym chory

w sumie otrzymuje dużo mniej leku, aniżeli w podawaniu domięśniowym.

Opadanie krwinek na ogół uległo poprawie, a tylko w 3 przypadkach nieznaczny przyspieszeniu mimo poprawy miejscowej. Obrazy kliniczne nigdzie nie wykazały pogorszenia, najmniejszą poprawą było złagodzenie procesu chorobowego.

Z omówionych przypadków nie powinno się wyciągać ostatecznych wniosków, gdyż liczba ich jest stosunkowo mała i czasokres leczenia bardzo krótki. Wiemy jednak, opierając się na pracach eksperymentalnych, jak również na doświadczeniach z leczenia gruźlicy płuc, że zmiany gruźlicze świeże z małymi serowatymi zmianami, ulegają w wysokim stopniu leczniczemu działaniu streptomycyny, w przeciwieństwie do dużych serowatych ognisk. W leczeniu gruźlicy płuc dominuje dzisiaj pogląd, że leczenie streptomycyną powinno być rozpoczęte jak najwcześniej, bo wtedy wynik leczenia jest najlepszy. To zapatrywanie zdaje się potwierdzać i w leczeniu gruźlicy kostno-stawowej. Uwzględniwszy te dane i własne wyniki, można z pewnym zastrzeżeniem wysunąć następujące wnioski:

1. Streptomycyna podana doogniskowo w świeżych sprawach może zlikwidować proces chorobowy.
2. Streptomycyna likwiduje ropnie zimne, jak i przetoki gruźlicze.
3. Pod osłoną streptomycyny śmieiej wykonujemy

zabiegi chirurgiczne, mające na celu usunięcie ogniska gruźliczego, nie obawiając się uogólnienia sprawy chorobowej i wytworzenia przetok.

#### Piśmiennictwo

1. Bernard E., Padovani P. et Lotte A. — Premiers resultats de l'emploi de la streptomycine dans le traitement des tuberculoses osteoarticulaires. — Rev. d'Ort. T. 35 — 1949 r.
2. Chodkowska St. — Badania anatomo-patologiczne u leczonych streptomycyną. IX Zjazd Przeciwgruźlicy. 1949 r.
3. Gerard — Marchant. — Sur 81 cas de tuberculose osteoarticulaire traites par la streptomycine. — Rev. d'Ort. T. 35—1949.
4. Galland M. — Streptomycine et tuberculose osseuse. — Rev. d'Ort. T. 35—1949 r.
5. Guilleminet, Gally, Durant L. et Gaillard. — Valeur de la streptomycine dans le traitement des tuberculoses osteoarticulaires. — Rev. d'Ort. T. 35 — 1949 r.
6. Jonscher K. — Leczenie streptomycyną ostrej postaci gruźlicy wieku dziecięcego. — IX Zjazd Przeciwgruźlicy 1949 r.
7. Kuryłowicz Wł. — Wpływ streptomycyny na prątka gruźlicy. IX Zjazd Przeciwgruźlicy 1949 r.
8. Misiewicz J. — Streptomycyna w leczeniu gruźlicy u dorosłych. IX Zjazd Przeciwgruźlicy 1949 r.
9. Rocher L. et Cuenot. — La streptomycine locale dans les tuberculoses abcédées. — Rev. d'Ort. T. 35, 1949 r.
10. Sorrel E. et Sorrel-Dejerine. — Streptomycine et tuberculose osseuse. — Rev. d'Ort. T 35, 1949 r.

Z Kliniki Chorób Dziecięcych Ak. Med. w Poznaniu  
(dyr. prof. dr K. Jonscher)

Dr med. Olech S z c z e p s k i

## Oporność prątka na działanie streptomycyny

(Streszczenie zbiorowe)

Radość z odkrycia przez Waksmana, Schatza i Bugie w r. 1944 wrażliwości prątka gruźliczego na działanie streptomycyny prędko została zakłócona doniesieniami na temat szczepów streptomycyno-opornych tego drobnoustroju. Wiele zagadnień z tej dziedziny zostało już wyjaśnionych, inne dopiero na to czekają. Na podstawie danych z piśmiennictwa i niektórych własnych spostrzeżeń na oddziale gruźliczym Kliniki Chorób Dziecięcych Akademii Medycznej w Poznaniu postaram się przedstawić sprawę streptomycynooporności prątka. Zanim przejdę do spraw niedawno wyjaśnionych, przypomnę najpierw już dawniej znane.

Streptomycyna przejawia swe bakteriostatyczne działanie na prątek gruźliczy w stężeniu 0,5—10 mikrogramów na ml środowiska (Finland, Youmans). Już ta 20-krotna różnica w stężeniu wskazuje, że nawet w obrębie tego samego typu prątka (ludzki czy bydlęcy) poszczególne szczepy mogą wykazywać różną wrażliwość na działanie

streptomycyny. Typ ptasi prątka jest bardziej oporny. Niezależnie od tych zwykle spotykanych stopni wrażliwości zdarza się, że poszczególne szczepy prątka świeżo wyizolowane od chorego na gruźlicę, nieleczonego streptomycyną, wykazują znacznie większą oporność na jej działanie (Pyle, Block, Yegian). Kuryłowicz nazywa to opornością naturalną. Należy tutaj zaznaczyć, że niezmiernie ważną sprawą jest metoda oznaczania wrażliwości. Poszczególni badacze dotychczas uzgodnili w tej sprawie swego postępowania i dlatego też wyniki badań nie zawsze nadają się do porównań ze sobą (Bernard, Kreis).

Jeśli prątki wrażliwe na działanie streptomycyny, w wyżej podanych granicach, hodować będziemy w obecności jej małych dawek niezupełnie hamujących wzrost, zauważymy, że część z nich stanie się bardzo oporna na streptomycynę, zmniejszając swoją wrażliwość więcej niż 1000-krotnie (Madingan). Taka zwiększona oporność prątka staje się

wtedy jego cechą stałą (Middlebrook, Yegian).

Podobnie jak w warunkach hodowli na pożywkach sztucznych zawierających streptomycynę możemy również uzyskać prątki streptomycynooporne od chorych leczonych przez dłuższy czas streptomycyną. Oporność tę oczywiście określa się znowu *in vitro* tj. na pożywkach o odpowiedniej zawartości streptomycyny.

Zarówno w warunkach hodowli *in vitro* jak *in vivo* nie wszystkie prątki stają się odporne, a tylko ich 50—70% (Karls on, Am. Council on Pharm. & Chem.). Czas występowania oporności wynosi od kilku dni do kilkunastu tygodni. Prątki odporne *in vitro* mają być tak samo odporne *in vivo* (Karls on), chociaż wielu autorów temu przeczy. Czy drobnoustroje odporne pochodzą od wrażliwych czy też znajdują się wśród nich od początku, a jedynie przez zanik wrażliwych (po leczeniu streptomycyną) zyskały możliwości własnego rozwoju? Teoretycznie jest to może sprawa ważna, ale trudna do udowodnienia. Pozostaje jednak praktycznie ważne stwierdzenie, że próbki pobierane przed leczeniem są *in vitro* wrażliwe na działanie streptomycyny, a po leczeniu takie same próbki są odporne. Na marginesie tego zagadnienia wspomnę, że znamy już dzisiaj nie tylko prątki streptomycynooporne ale i streptomycynozależne tj. ginące w razie braku streptomycyny.

Ostatnio zrobiono niezwykle ciekawe spostrzeżenie, a mianowicie: prątki Kocha pobrane od tego samego chorego w tym samym czasie, ale z dwu różnych miejsc (np. płuca, płyn mózgowo-rdzeniowy, mocz, wysięk opłucnowy, gruczoły), mogą wykazywać zupełnie różny stopień oporności na streptomycynę, a różnica ta może być więcej niż 1000-krotna (Bernard, Bariety, Kreis, Long, Vittoz). Z punktu widzenia patologii gruźlicy może to nam dostarczyć ważnych szczegółów odnośnie powstawania endo- i ex-gennyh reinfekcji. W badaniach laboratoryjnych odpowiadałoby to różnej szybkości zyskiwania oporności prątków w zależności od rodzajów podłoża, na którym prątki hodujemy (dodawanie różnych aminokwasów, ropy, tkanek martwiczych, surowicy, krwi itd.). Daddi stwierdza, że w ustroju żywym na streptomycynooporność wpływają własności biochemiczne tkanek i że stopień streptomycynooporności jest wprost proporcjonalny do ilości tkanek martwiczych i mas serowatych, a ponadto że streptomycynooporność rozwija się łatwiej tam, gdzie lek dochodzi w mniejszej ilości (masy martwicze, kość).

Prątki znajdujące w płynie mózgowo-rdzeniowym, jak zgodnie wszyscy badacze tego zagadnienia podają, wykazują mniejszą oporność niż pochodzące z innego miejsca. Ta wrażliwość ich na działanie streptomycyny utrzymuje się nawet po wielu miesiącach leczenia. Pojawienie się prątków opornych w płynie m.-rdz. jest wyjątkowe, ale

może nastąpić w krótkim okresie czasu, a chorzy, u których je znajdujemy, prędko giną.

Bardzo prędko i w dużej liczbie pojawiają się prątki odporne w jamistej gruźlicy płuc, gruźlicy kości, w rozpadowej gruźlicy węzłów chłonnych (Fouquet, Meyer). To ostatnie tłumaczyłoby uporczywość, z jaką utrzymują się powiększone węzły chłonne w gruźlicy pierwotnej u dzieci (spostrzeżenia własne). Wg Zorini'ego streptomycynooporność pojawia się po użyciu 35—45 gramów streptomycyny i osiąga swe maksimum po 100 gramach, będąc związaną z ilością zużytego antybiotyku.

Zorini utrzymuje, że oporność przeciwko działaniu kwasu paraaminosalicylowego (P. A. S.) rozwija się podobnie jak przeciwko streptomycynie i występuje najczęściej po użyciu 200—300 gramów tego leku. Oporność *in vitro* przebiega równoległe do oporności *in vivo*. Badania zaś Daddiego i Lucchesi w wypadkach leczenia kombinowanego wykazują, że oporność przeciwko streptomycynie i P. A. S.-owi występuje jednocześnie. Wskazywałoby to, że działanie tych dwu środków leczniczych powoduje w bakteriach zmiany niespecyficzne, a raczej uruchamia tylko zwykle mechanizmy obronne drobnoustrojów.

Większość badaczy twierdzi, że oporności prątka *in vitro* odpowiadają w klinice postaci gruźlicy nie poddające się leczeniu, a towarzyszy temu przesunięcie obrazu krwi w lewo oraz przyspieszenie szybkości opadania krwinek czerwonych. W związku z pojawianiem się oporności próbowano znaleźć sposoby zapobiegające jej występowaniu wzgl. odwracające jej pojawienie się, czy wreszcie przywracające wrażliwość prątkom.

Najczęściej i najchętniej stosowaną metodą jest leczenie połączone streptomycyną i innymi środkami bakteriostatycznymi, nie zawsze przejawiającymi działanie przeciwprątkowe. W tym celu posługiwano się penicyliną, sulfonami, kwasem paraaminosalicylowym (Carpenter, Chieffi, Daddi, Fanconi, Feldman, György, Hinchshaw, Lincoln, Madigan, Middlebrook, Moeschlin, Westergren i inni). Jeśli takie leczenie kombinowane stosujemy od samego początku, to nawet gdyby nie udało się nam zapobiec wystąpieniu oporności, pojawi się ona znacznie później (Cruickshank, Karls on, Middlebrook). Podobnie mają wpływać wzrastające dawki streptomycyny (Cooke), chociaż niektórzy sądzą, że najlepiej jest zaraz na początku użyć dużych dawek, aby natychmiast i całkowicie wyeliminować działanie chorobotwórcze prątka (Molitor, Nichols, H. V. Smith). Odnośnie sulfonów Lincoln twierdzi, że dotychczas nie wykazano przekonywająco ich dodatniego wpływu na opóźnienie wystąpienia oporności.

Na podstawie powyższych rozważań można by uwzględniając tylko laboratoryjną streptomycynooporność, ustalić takie wskazania lecznicze: 1) można i powinno się leczyć przez okres możliwie naj-

dłuższy przypadki gruźliczego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, prosówek uogólnionych czy ograniczonych i w ogóle tych postaci gruźlicy, w których nie spotykamy się z serowaceniem, 2) nie należy leczyć streptomycyną gruźlicy jamistej płuc, gruźlicy kości, pamiętając że przyszłe, właściwe leczenie chirurgiczne może spowodować rozsiewy i na ten czas należy zarezerwować sobie podanie tego leku, jako nieraz ostatnią deskę ratunku, 3) nie należy leczyć postaci gruźlicy rokujących dobrze, aby nie wywołać powstania prątków streptomycynopornych.

Nowe światło na znaczenie streptomycynoporności prątka rzucają nam ostatnie badania tego zagadnienia (Anderson, Chaptal, Kaake, J. D. Smith). Wskazują one, że oporność laboratoryjna prątka nie jest jednoznaczna z opornością kliniczną, występującą zwykle w 7—8 tygodniu leczenia, a czasami później. Oporności klinicznej tj. niemożliwości wyleczenia danej postaci choroby możemy w ogóle nie stwierdzić mimo niewątpliwych wyników badań laboratoryjnych, a występowanie klinicznej poprawy po streptomycynie jest równie częste wśród chorych, u których przed powtórna kuracją znaleziono prątki streptomycynoporne jak wśród tych chorych, u których przed powtórna kuracją znaleziono prątki wrażliwe. Daddi tłumaczy to przykładowo, że w wypadku gruźliczego zapalenia opon możemy znaleźć prątki odporne w płwocinie, podczas gdy prątek w obrębie worka oponowego zachowuje swoją wrażliwość i warunkuje powodzenie leczenia streptomycyną zapalenia opon. Debré natomiast wyjaśnia sprawę zjadliwości prątka streptomycynopornego, mówiąc że w przypadkach nieleczonych streptomycyną prątki odporne jak i wrażliwe dają

taką samą śmiertelność. Giraud i Cocchi w związku z powyższym twierdzą, że, jeśli tylko stosujemy leczenie kombinowane streptomycyną i PAS-em, możemy klinicznie streptomycynoporności w ogóle nie brać pod uwagę. Spostrzeżenia własne nad leczeniem gruźlicy dziecięcej wskazują, że streptomycynoporność u dzieci występuje rzadziej niż u dorosłych i praktycznie w rokowaniu nie bierzemy jej w rachubę.

Sprawa streptomycynoporności mimo olbrzymiej ilości wykonanych badań nie jest więc jeszcze wyjaśniona, a wskazania lecznicze różnią się w zależności od zapatrywań poszczególnych autorów. Wnioskiem narzucającym się jest, że spostrzeganie kliniczne pozostaje nadal najważniejszą metodą badania.

#### PIŚMIENNICTWO

Ponieważ cytowanie całego dostępnego piśmiennictwa zajęłoby zbyt dużo miejsca, ograniczam się do podania tylko pozycji z 1950 r.

1. Anderson W., Kaake M. — The Can. Med. Ass. Journal Vol. 62, 1:59, 1950.
2. Anderson W., Smith J. D. — The Can. Med. Ass. Journal Vol. 62, 1:56, 1950.
3. Chaptal J., Brunel D., Jean R. — Arch. Fr. de Pédiatrie T. VII, Nr 1:88, 1950.
4. Current Status of the Chemotherapy of Tuberculosis in Man—J. A. M. A. Vol. 142, 9:650, 1950.
5. Russel S. J. M., Mc Arthur P. — Lancet Nr 6594 : 59, 1950.
6. Sprawozdanie z Konferencji lekarzy krajów korzystających z pomocy M. F. P. Dz. (U. N. I. C. E. F.) w dniach 9—12. II, 1950.
7. E. Long — Bull. de l'U. S. contre la Tbc. Vol. XX, Nr. 4, 1950.
8. D. Yegian, R. J. Vanderlinde — Am. Rev. of Tuberc. Vol. 61, 4 : 483, 1950.
9. P. Youmans, A. Ibrahim, J. Sweany — Am. Rev. of Tuberc. Vol. 61, 4 : 569, 1950.

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

Dr med. Roman Rafiński

## Próby zastosowania preparatu torfowego w otolaryngologii u dzieci

(Doniesienie tymczasowe)

Od szeregu miesięcy pracuje się w Klinice Chorób Dziecięcych Akademii Medycznej w Poznaniu nad działaniem bakteriostatycznym preparatu torfowego. Prace nad możliwością działania bakteriostatycznego preparatu torfowego oraz nad jego wyodrębnieniem przeprowadzili dr Teodor Rafiński i mgr chemii Edmund Fojdzki. Po licznych pracach wstępnych udało się autorom przygotować pewien preparat, którego działanie bakteriostatyczne zostało przebadane na płytkach Petri'ego z odpowiednimi pożywkami i kulturami. Dotychczasowe badania wykazały, że preparaty torfowe działają bakteriostatycznie na gronkowce

złociste, gronkowce złociste hemolizujące, na dwoinki zapalenia płuc, na maczugowce błonicy, a najsilniej na paciorkowce hemolizujące, natomiast działanie na laseczkę okrężnicy nie jest ostatecznie ustalone. Działanie bakteriostatyczne na wyżej wymienione drobnoustroje zostało potwierdzone w Zakładzie Mikrobiologii Akad. Med. w Poznaniu.

Próby biologiczne, które przeprowadzono na białych myszkach oraz na świnkach morskich, wykazały bardzo małą toksyczność preparatu torfowego.

Pierwsze próby miejscowego zastosowania omawianego preparatu w lecznictwie wykonali T. Ra-



fiński i E. Fojudzki na chorych dzieciach przed kilku miesiącami. Autorzy stosowali je w postaci kompresów na niegojące się martwicze rany skórne. Okazało się, że rany te szybko oczyszczały się, bardzo dobrze ziarninowały i szybko się goiły. Podkreślić należy, że chore dzieci leczono poprzednio penicyliną oraz streptomycyną (domięśniowo i miejscowo) z wynikiem ujemnym względnie bardzo nikłym.

Po wyżej wymienionych doświadczeniach T. Rafiński i E. Fojudzki zaproponowali mi użycie preparatu torfowego w przypadkach chirurgicznego leczenia powikłań w zakresie otolaryngologii u dzieci.

Pierwsze moje próby dotyczyły leczenia zapaleń jamy sutkowej u niemowląt (antritis), leczonych nakłuciem według metody Lewenfisza. W przypadkach stwierdzenia drobnoustrojów wrażliwych na preparat torfowy, przepłukiwałem jamę sutkową i ucho środkowe tym preparatem. Wyniki takiego postępowania były na tyle zachęcające, że obecnie w przypadkach stwierdzenia drobnoustrojów wrażliwych na omawiany preparat w jamie sutkowej, stale go stosuję do przepłukiwań tej jamy. W przypadkach np. zakażenia jamy sutkowej gronkowcami złocistymi mogłem zanotować nawet szybsze wyleczenie niż po podawaniu miejscowym penicyliny. Liczba moich przypadków nie przekracza jeszcze 15, więc tym samym należy być ostrożnym w ocenianiu działania tego preparatu, co jednakże nie wyklucza wartości jego i celowości dalszych prób.

Jednym z ciekawszych przypadków leczenia miejscowego preparatem torfowym T. Rafińskiego i E. Fojudzkiego jest dziecko 9-miesięczne J. M., skierowane do naszej Kliniki z rozpoznaniem „zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych usznopochodne”. Badanie internistyczne wykluczyło sprawę oponową, natomiast przyczyną sztywności kręgosłupa i spastycznego stanu lewej kończyny dolnej był ropień okołoodbytniczny. Otiatrycznie stwierdzono ropne ostre zapalenie prawego ucha środkowego. Dziecko leczono przez 7 dni penicyliną. Do ucha zakładano sączki również z penicyliną. Bakteriologicznie stwierdzono w ropie z ucha oraz z ropnia okołoodbytniczego gronkowce złociste. Ropień okołoodbytniczny, do którego zakładano sączki z preparatem torfowym, wygoił się w kilku dniach. Ucho natomiast nie wykazywało żadnej poprawy. Od 20 dnia pobytu w klinice dziecko zaczęło septycznie gorączkować. Wykonałem aditopunkcję. Wydzieliny ropnej w aditus nie stwierdziłem. Przez igłę, tkwiącą w aditus, wstrzyknąłem preparat torfowy. Zabieg ten powtarzałem co trzeci dzień. Ucho szybko przestało wydzielać, lecz po kilku dniach wyciek zjawiał się ponownie o odmiennym co prawda wyglądzie ropy, mianowicie przed leczeniem preparatem torfowym ropa była mazista a po leczeniu miała charakter śluzowy. Ponowne badanie bakteriologiczne wykazało laseczkę okrężnicy, wobec czego dziecku zaczęto podawać streptomycynę domięśniowo oraz do przepłukiwań ucha

środkowego. Po kilku dniach ucho przestało wydzielać. W błonie bębenkowej widoczna była jedynie ziejąca perforacja. Przypadek ten przytaczam jako przykład działania preparatu torfowego na gronkowce złociste, natomiast widoczny brak działania na laseczkę okrężnicy.

Do leczenia ran po większych zabiegach operacyjnych użyłem preparatu torfowego T. Rafińskiego i E. Fojudzkiego w czterech przypadkach antrotomii oraz w trzech operacji radykalnych. We wszystkich tych przypadkach stwierdzono uprzednio drobnoustroje wrażliwe na ten preparat. Po antrotomiach rany goiły się bardzo czysto, a zupełne wygojenie następowało po 14—18 dniach. W jednym przypadku u 2 i pół-mies. niemowlęcia, u którego siłą rzeczy antrotomia nie była tak rozległa jak u starszych niemowląt, rana była całkowicie wygojona po 9 dniach. W jednym przypadku wykonałem antrotomię obustronną i w celach porównawczych założyłem do rany lewej sączek z preparatem torfowym, do rany prawej natomiast z penicyliną. Różnica w gojeniu obu ran była tak wielka na korzyść rany lewej, że zdecydowałem się dać preparat torfowy również do rany prawej. Rana ta w przeciągu kilka dni przybrała wygląd rany lewej. Przypadek ten jest o tyle znamieny, że dziecko, zanim oddano je do kliniki, chorowało na uszy od 2 miesięcy (rozp. otitis med. chron. purul. polyposa ambilat.) i było intensywnie leczone penicyliną. Być może, że wyodrębnił się szczep drobnoustrojów penicylioopornych i dlatego dobrze działał preparat torfowy. Gdyby dziecko poprzednio nie było leczone penicyliną, to należy przyjąć, że leczenie ran sączkami z penicyliną również dałoby dobry wynik.

W dwóch przypadkach wykonanej operacji doszczętnej rany za uchem były wygojone w 5 dniu. Po zdjęciu klamer w tymże dniu rany nie rozeszły się. Zwracało uwagę, że za uchem nie było żadnego obrzęku nawet w pierwszych dniach po operacji.

Bardzo dobrze zareagowała uporczywie wydzielająca rana po operacji doszczętnej, wykonanej przed 9 miesiącami u chłopca 15-letniego na leczenie preparatem torfowym. W dniu zgłoszenia się pacjenta stwierdzało się obfite wydzielanie z kąta trąbkowego; tylnogórna powierzchnia jamy pooperacyjnej kostnej niewynabłonkowana, pokryta drobną, lekko krwawiącą ziarniną. Po kilku opatrunkach preparatem torfowym niebłonkowanie zaczęło szybko postępować, a ropienie z trąbki prawie zupełnie ustało. W chwili obecnej widoczna jest niewynabłonkowana przestrzeń wielkości przekroju ziarna grochu. Chory wymaga dalszego leczenia i obserwacji.

Bardzo szybkie wyleczenie ropnia podokostnego w okolicy prawej kości nosowej uzyskałem u 6-letniej dziewczynki (B. Ch.), leczonej poprzednio innymi środkami przez kilka tygodni. Jednorazowe nakłucie i przepłukanie ropnia preparatem torfowym zlikwidowało schorzenie całkowicie. Z wydobytej ropy w ilości 1 ml wyhodowano gron-

kowce złociste hemolizujące. Nawrotu żadnego nie stwierdzono. W trzecim dniu po nakłuciu widoczne było jedynie otrębowate łuszczenie się naskórka w miejscu ropnia.

W jednym przypadku mastoiditis abscedens u 5-miesięcznego dziecka, u którego stwierdzono duży ropień podokostnowy chelbocący za lewym uchem, proces chorobowy zlikwidowano dwukrotnym przepłukaniem ropnia preparatem torfowym. Muszę zaznaczyć, że trzy dni po pierwszym nakłuciu małżowina nie odstawała, odczynu zapalnego nie stwierdzało się a wyczuwalne było jedynie ledwo uchwytnie chelbotanie tuż za małżowiną. Druga i ostatnia punkcja wykazała 0,3 ml surowiczego

plynu. Dziecko po 9 dniach zwolniono z kliniki jako wyleczone.

Wyniki wyżej podane leczenia preparatem torfowym T. Rafińskiego i E. Fojudzkiego są bardzo zachęcające, lecz liczba przypadków jest jeszcze zbyt szczupła, by mogła stanowić materiał dowodowy. Dlatego należy te przypadki potraktować jako próby stosowania w leczeniu preparatu torfowego. Pewne jednakże jest, że dotychczas nie zauważono ubocznego szkodliwego działania omawianego preparatu w miejscowym jego stosowaniu. Być może, że będzie on nam również pomocny tam, gdzie mamy do czynienia z drobnoustrojami, które uodporniły się na bakteriostatyczne działanie penicyliny.

Z Oddziału Wewnętrzznego Szpitala Miejskiego w Poznaniu.

(Ordynator: prof. dr F. Łabendziński)

Prof. dr med. Franciszek Łabendziński i dr med. Józef Maciejewski

## Wrodzone przemieszczenie serca do jamy brzusznej u osoby 30-letniej obserwowane klinicznie i ambulatoryjnie przez 3 lata

Pod mianem *ectopia (distopia, dislocatio) cordis congenita (ectocardia, exocardia)* rozumiemy każde częściowe lub całkowite wrodzone przemieszczenie serca poza obręb klatki piersiowej.

Zmiany położenia serca wewnątrz klatki piersiowej, a więc *dextrocardia* i *dextroversio cordis* nie mieszczą się w ramach tego pojęcia.

Odróżnia się zasadniczo trzy odmiany *ectopia cordis*:

- 1) *ectopia cordis suprathoracica (cervicalis, cephalica)*,
- 2) *ectopia cordis pectoralis s. externa (thoracalis extrathoracica)*, w tej liczbie także *ectopia cordis sterno-epigastrica*, stanowiąca czasem przejście do grupy następczej,
- 3) *ectopia cordis subthoracica s. abdominalis (ventralis)* (patrz poniższy podział).

### ECTOPIA CORDIS (ECTOCARDIA).

Podział wg Brescheta, Peacocka, Herxheimera, Mönckeberga i Rotha.

- |                           |   |     |   |
|---------------------------|---|-----|---|
| <i>Ectopia c. mediana</i> | }   | I   | <i>Ectopia cordis suprathoracica (cervicalis, cephalica)</i>                                  |
|                           |   | II  | <i>Ectopia cordis pectoralis s. externa — (thoracalis extrathoracica)</i>                     |
|                           |   |     | a) na wysokości <i>manubrium sterni</i>   |
|                           |   |     | b) „ „ <i>corpus sterni</i>   |
|                           |   |     | c) „ „ <i>processus xiphoideus (ectopia c. pectoralis sternoepigastrica)</i>                  |
|                           |   |     | <i>Ectopia cordis pectoralis lateralis s. parasternalis</i>                                   |
|                           |   | III | <i>Ectopia cordis subthoracica s. abdominalis (ventralis)</i><br>(proponowany podział własny) |
|                           |   |     | 1) <i>partialis</i>   |
|                           |   |     | a) <i>sub forma diverticuli cordis</i>  |
|                           |   |     | a) <i>cum translocatione ad abdomen</i><br>(np. Thugutt)                                      |
|                           | β) <i>sine translocatione ad abdomen in pedogenesi, ev. embriogenesi</i><br>(Formes frustes) (np. Arnold) |     |   |
|                           | b) <i>sub forma ectopia vera (propria)</i>  |     |   |

- a) *partialis ventriculorum*  
(np. Peacock)
- β) *ventriculorum totalis* (et ev. *partialis atriorum*)  
(np. Łabendziński i Maciejewski)
- 2) *totalis (cordis totius)* — (np. Dechamps of Laval)
- A) *manifesta (cor in positione verticali mediana postero-anteriori,*  
np. Łabendziński i Maciejewski)
- B) *non manifesta (cor in positione verticali laterali antero-posteriori,*  
np. Dechamps of Laval)

Podany tu podział jest najbardziej przejrzysty. Podziały inne np. Weesego nie są pozbawione pewnego uzasadnienia, nie podajemy ich jednak, ciekawych odsyłamy do prac Weesego, Rotha a także autorów polskich Żuralskiego i Petera, gdzie są one wyszczególnione.

Mostek jak i powłoki brzuszne w swej części ponadpępkowej są częstą siedzibą zmian towarzyszących ektokardii.

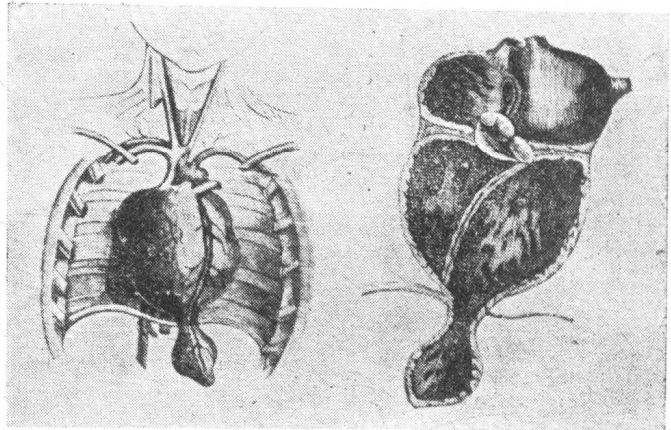
W przypadku *ectopia cordis suprathoracica* mostek bywa przeważnie nienaruszony, a serce jest przemieszczone przez otwór położony ponad wcięciem jarzmowym mostka. W *ectopia cordis pectoralis (thoracalis extrathoracica)* stwierdza się mniejsze lub większe ubytki w mostku, szczeliny mostka, braki rękojeści, trzonu, a czasem wyrostka mieczykowatego, czasem nawet całkowity brak mostka. Wielu autorów stwierdzało te lub inne odchylenia we wszystkich możliwych odmianach. Ubytki i szczeliny położone są w znacznej większości przypadków w linii środkowej ciała, toteż we wszystkich tych przypadkach serce było przemieszczone na różnych wysokościach, ale zawsze w linii środkowej ciała (*ectopia cordis mediana*).

Tylko całkiem wyjątkowo spostrzegano *ectopia cordis pectoralis lateralis sinistra*, przy czym obok braków mostka stwierdzano także zanik brzusznego końca lewych żeber.

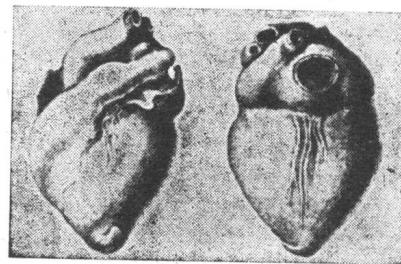
W szczególnie nas interesujących przypadkach *ectopia cordis abdominalis* stwierdzało się przeważnie brak wyrostka mieczykowatego. Obok tego obecne były ubytki w przeponie, najczęściej w jej części mostkowej, czasem stwierdzano przemieszczenie ku dołowi miejsca przyczepu przepony, przepukliny pępowinowe, pępkowe oraz ponadpępkowe (kresy białej), do których przyczyniały się niekiedy wybitne rozstępy mięśni prostych brzucha. Całkiem wyjątkowo samo serce zatykało ubytek powstały w części ponadpępkowej powłok brzusznych, zapobiegając powstawaniu przepukliny, lub jeśli ktoś woli, tworząc jedyną zawartość worka przepuklinowego (np. w opisywanym tu przypadku).

Gdy chodzi o *ectopia cordis abdominalis*, odróżnić możemy szereg odmian zależnie od tego czy przemieszczeniu uległa tylko część serca lub

całe serce, następnie zależnie od sposobu, miejsca i kierunku jego przemieszczenia (patrz podział). I tak wówczas, gdy tylko część, zwykle lewej komory, czasem obu komór ulega przemieszczeniu do jamy brzusznej, przechodząc przez przeważnie wąski i okrągły otwór w przeponie i tworzy palcowatą, na swym wolnym końcu często kolbowatą zgrubiałą wypustkę, mówimy o uchyłku serca (*diverticulum cordis*) (np. przypadek Thugutta patrz rycina 1). Najmniejszą znaną nam z literatury od-



Ryc. 1



Ryc. 2

mianą tej postaci jest opisany przez Arnolda nieduży uchyłek serca (patrz ryc. 2).

Jeżeli obie komory w mniejszej lub większej swej części, a w każdym razie bez charakterystycznego dla uchyłków przewężenia w miejscu przechodzenia przez przeponę i palcowatego wydłużenia przechodzą w obręb jamy brzusznej, mówimy o *ectopia cordis vera*. Odróżniamy tu *ectopia ventriculorum cordis partialis* lub tota-

lis, gdy część komór lub całe komory ulegają przemieszczeniu. Gdy przemieszczeniu ulega całe serce wraz z przedsionkami, mówimy o *ectopia cordis totalis*.

Uchyłki jak i same komory lub całe serce ulegają przemieszczeniu przeważnie przez ubytki w przedniej części przepony (*pars sternalis diaphragmatis*), lub w pobliżu niej i to ukośnie w kierunku od tyłu i góry ku przodowi i dołowi, przeważnie w linii środkowej ciała, ale i na lewo od niej (np. przypadek *Thugutta*). W przypadkach tych uchyłek lub wypadnięte serce lub jego część można zaobserwować i wymacać jako tętniący guz w okolicy pępkowej lub częściej ponadpępkowej, w przeważającej liczbie przypadków jako współzawartość przepukliny pępowinowej, pępkowej lub ponadpępkowej (*ectopia c. manifesta*).

W tych przypadkach uchyłki jak i przemieszczone komory były przeważnie zrośnięte ze ścianą worka przepuklinowego lub przednimi powłokami brzucha. Jeżeli, co zdarzało się bardzo rzadko, przemieszczenie następowało przez otwór położony w innych częściach przepony, to w przypadkach uchyłków dawało się je czasem stwierdzić po włożeniu palca do wrót przepuklinowych przepukliny pępkowej lub ponadpępkowej, jako tętniący, przeważnie ruchomy, twardej natury twór, natomiast w przypadkach przemieszczenia całego serca można je było wymacać dopiero głęboko w jamie brzusznej (jak np. w przypadku *Dechamps of Lavala* — serce w miejscu prawej nerki) (*ectopia c. non manifesta*).

W związku z poruszonymi co dopiero sprawami nasuwają się mimo woli pewne fakty mogące służyć za podstawę do rozpoznania różnicowego. Okazuje się bowiem, że uchyłki serca w miejscu przechodzenia przez ubytki w przeponie są prawie zawsze z nią zrośnięte. Gdy więc guz tętniący podczas wdechu pozostaje na swym miejscu lub cofa się do klatki piersiowej, chodzi raczej o *ectopia cordis vera* z dużym ubytkiem w przeponie (np. przypadek *Chaussera*, cyt. za *Rothem*), gdy jednak twór tętniący obniża się przy wdechu razem z przeponą, mamy do czynienia raczej z uchyłkiem (np. przypadek *Thugutta*). Oczywiście w pierwszym rzędzie decydować tu będzie przede wszystkim wielkość i kształt tętniącego tworu.

W przypadkach *ectopia ventriculorum cordis partialis* lub *totalis* jak i *ectopia cordis totius*, wątroba była przeważnie przemieszczona ku środkowi i przodowi, czasem była dłuższa niż szeroka (np. przypadek *Aschoffa* nr 18), a w jej płacie głównie prawym (*Schmengler*, *Aschoff*), znajdowano mniej lub więcej wybitnie wykształconą niszę, w której mieściło się serce, przeważnie komory, jak we futerales. Ściany tej niszy były wyścielone rodzajem ścięgnistego pokrycia (*Aschoff*, *Schmengler*).

Nisza wątrobowa w górnej swej części była w zrostach ścięgnistych (ze zbitej tkanki łącznej) z podstawą serca, tworząc rodzaj wnęki, w której biegły naczynia żyłne (jak np. w przypadku *Schmenglera*). Nierzadko znajdowano w tych przypadkach także wątrobę we worku przepuklinowym.

Współobecne w przypadkach przemieszczenia serca zmiany rozwojowe podzielić można na takie: a) które nieodłącznie towarzyszą ektokardii i są jak sądzą jedni wprost jej warunkiem, lub jak sądzą inni jej następstwem. (Podkreśla się ogólnie, że ektokardia nie jest właściwie anomalią rozwojową serca a jego otoczenia), b) takie, które towarzyszą jej przygodnie i nie w każdym przypadku.

Pierwsze z nich omówiliśmy wyżej. Jeżeli chodzi o drugie, to na pierwszym miejscu wymienić należy nieprawidłowości wrodzone samego serca, które występują niezależnie od jego przemieszczenia, a więc ubytki w przegrodzie międzykomorowej, w przegrodzie międzyprzedsionkowej, wrodzone wady zastawkowe do zupełnego braku zastawek włącznie, braki jednej z komór serca, zboczenia rozwojowe przedsionków i uszek serca, zboczenia rozwojowe w dużych naczyniach serca itp.

W *ectopia cordis pectoralis* w większości przypadków mamy znaczne ubytki lub zupełny brak osierdzia. Serce jest więc zupełnie obnażone (*ectopia cordis nuda*). Wyjątkowo przykryte było ono osierdziem, jeszcze rzadziej skórą. Czasem stwierdzano przejrzystą błonę surowiczą, której istoty i pochodzenia nie można było ustalić.

W *ectopia cordis abdominalis* stwierdza się często ubytki osierdzia, zupełnego jednak jego braku nie zanotowano. Uchyłki serca były przeważnie powleczone osierdziem i posiadały jakby osobny, czasem oddzielony od właściwej jamy osierdziowej woreczek osierdziowy, który często łączył się ściśle z otrzewną. Właściwe przemieszczenia brzuszne, zwłaszcza gdy dotyczyły całych komór lub większej ich części, połączone były z brakiem lub znacznymi ubytkami dna worka sercowego. Osierdzie czasem rozpościęrało się od góry namiotowato nad ubytkiem w części mostkowej przepony, powlekając część serca znajdującą się w klatce piersiowej i duże pnie naczyniowe.

Na drugim miejscu przytoczyć należy nieprawidłowości w innych częściach ciała. I tak stwierdzano w przypadkach ektokardii encephalo- i meningocele, acranie, hemicephalie, zającą wargę, rozszczepy szczęki i podniebienia, poprzeczne i ukośne rozszczepy twarzy, zaburzenia rozwojowe kończyn jak syndactylia, stopa szpotawa itp. Czasem stwierdzano *spina bifida*. W części ze znanych przypadków chodziło wprost o potworki.

Oczywiście anomalie rozwojowe przygodne decydowały nierzadko w tych przypadkach o tym czy płód lub noworodek były zdolne do życia czy nie.

Same nieprawidłowości rozwojowe nieodłącznie towarzyszące ektokardii nie zawsze, jak tego dowodzą obserwacje, uniemożliwiają życie.

Jeżeli chodzi o dwie pierwsze odmiany wrodzonego przemieszczenia serca, a więc o *ectopia cordis suprathoracica* i *ectopia c. pectoralis* z *ectopia c. sterno-epigastrica* włącznie, to rokowanie co do życia jest z reguły złe. Najdłużej żyjący noworodek doczekał się zaledwie 16 dni życia. W przeważającej liczbie przypadków śmierć następowała po kilku — kilkunastu godzinach, najdalej po kilku zaledwie dniach (Roth).

Natomiast przypadki *ectopia cordis abdominalis* mogą żyć i to dość długo. Dotyczy to wszelkich jej odmian, a więc zarówno uchyłków (np. przypadek Thugutta — chłopiec 14-letni, który zginął gwałtowną śmiercią, przypadek Rezek — 35-letni wyrobnik, ojciec kilkoro dzieci (cyt. za Rothem), oraz przypadek Dietlena — 13-letni chłopiec (cyt. za Katzem i Lehrem), jak i właściwych przemieszczeń czyli *ectopia cordis abdominalis* tak *partialis* jak i *totalis*.

W opisie Peacocka dotyczącym mężczyzny z *ectopia cordis abdominalis* śmierć nastąpiła w 47 roku życia z powodu zgorzeli płuc. Serce było przemieszczone częściowo do jamy brzusznej i leżało na lewym płacie wątroby. W najciekawszym chyba przypadku Dechamps of Lavala chodziło o odbywającego służbę wojskową osobnika, który był ojcem trojga dzieci. U tego osobnika pojawiały się w czasie większych wysiłków bóle w okolicy prawej nerki. W jej miejscu znaleziono serce, a duże naczynia przechodziły przez otwór w przeponie do klatki piersiowej. Niestety nie udało się nam uzyskać oryginalnej pracy tego autora, tak że musimy ograniczyć się do cytowania danych znalezionych u Rotha.

Przypadek tu opisywany jest trzecim, o ile nam w tej chwili wiadomo, przypadkiem dotyczącym *ectopia cordis abdominalis vera* (dokładniej: *ectopia ventriculorum cordis totalis et atriorum partialis*) w literaturze lekarskiej, obserwowanym u osoby dorosłej.

Co do częstości poszczególnych odmian ektokardii, to z zestawień Rotha wynika, że najczęstszą jest *ectopia pectoralis* (75 przypadków), dużo rzadszą *ectopia cordis abdominalis* (25 przypadków), wielką rzadkością jest *ectopia cordis suprathoracica* (*cephalica, cervicalis*) (3 przypadki). W reszcie ogólnej liczby 119 przypadków wymienionych przez tego autora, nie mógł on na podstawie posiadanych źródeł zaklasyfikować rodzaju przemieszczenia serca.

## P i ś m i e n n i c t w o

Zebranie całego piśmiennictwa dotyczącego przypadków z *ectopia cordis congenita* jest bardzo trudne, gdyż rozrzucone jest ono w najrozmaitszych działach medycyny. Znajdujemy je więc w pismach poświęconych specjalnie zaburzeniom rozwojowym, niemniej często w czasopismach i archiwach poświęconych położnictwu i ginekologii, anatomii patologicznej, pojedyncze obserwacje ogłoszono również w czasopismach poświęconych medycynie ogólnej a także chirurgii, a nie brak także publikacji w czasopismach i wzmianek w podręcznikach z innych nie wymienionych tu działów medycyny.

Interniści, a zwłaszcza kardiologowie, o ile nam wiadomo, dotąd się tym zagadnieniem nie zajmowali, choćby z tej prostej przyczyny, że przypadki te do nich nie dochodziły.

Pierwsza publikacja, która ukazała się na temat *ectopia cordis congenita* w literaturze wszechświatowej, pochodzi rzekomo (cyt. za Rothem) od Martinezza (1706) pt. „*Observatio rara de corde in monstro*”. Pierwsza i to doskonała publikacja w literaturze polskiej pt. „Przepuklina serca przeponowa” (*Hernia cordis diaphragmatica*) ukazała się w 1864 roku. Autorem jej jest Thugutt. Roth w pracy swej ogłoszonej w 1939 roku zebrał z literatury wszechświatowej 119 przypadków *ectopia cordis congenita*. Zestawienie jego, wyżej już częściowo przytaczane, nie jest kompletne. Mogliśmy to stwierdzić, opracowując nasz przypadek. Autor ten pominął w nim prace polskie, a więc wspomnianą pracę Thugutta (choć cytuje kilka przypadków uchyłków serca w swym zestawieniu dotyczącym rzekomo wszystkich przypadków *ectopia cordis abdominalis vera*) a także pracę Żuralskiego z r. 1923 pt. „*Ectopia cordis thoracica*”. Pominął on także szereg prac autorów niemieckich i innych przez tych ostatnich cytowanych.

Do co dopiero wspomnianych dwóch prac polskich doszła w r. 1948 praca Petera pt. „Wypadnięcie serca z klatki piersiowej” (*Ectopia cordis extrathoracica*). Nasza praca jest, o ile zdołaliśmy stwierdzić, czwartą polską pracą w ogóle, a pierwszą dotyczącą przypadku *ectopia cordis abdominalis vera*, praca bowiem Thugutta dotyczyła przypadku *diverticulum ventriculi sinistri cordis*.

Obok wymienionych prac oryginalnych spotykamy w czasopismach lub pamiętnikach lekarskich polskich w streszczeniach z posiedzeń towarzystw lekarskich wzmianki o demonstrowaniu przypadków później ogłoszonych lub nie ogłoszonych drukiem. I tak na posiedzeniu Towarzystwa Warszawskiego Lekarskiego z dnia 21 kwietnia 1857 roku demonstrowano przypadek opisany przez Thugutta. Dnia 18 października 1864 r. odczytał Thugutt na posiedzeniu tegoż towarzystwa wynik badania po-

śmiertnego tego przypadku, a dnia 8 listopada tegoż roku Kulesza przypomniał, że przypadek ten po raz pierwszy badał w r. 1854 Rutkowski z Jadowa. W Towarzystwie Lekarskim Krakowskim na posiedzeniu z dnia 4 marca 1908 r. przedstawił Morawski płód 9-miesięczny z tak zw. *thoracogastroschisis partialis cum fissura sterni, ectopia cordis et hepatis*. Przypadek ten zaklasyfikowalibyśmy w myśl podanego na wstępie podziału do *ectopia cordis sterno-epigastrica*.

Przypadek opisany przez Żuralskiego demonstrowany był przez niego na posiedzeniu Wydziału Lekarskiego Tow. Przyjaciół Nauk w Poznaniu dnia 22 czerwca 1923 roku.

Peter w pracy swej wspomina, że dnia 3 października 1946 r. na posiedzeniu Bydgoskiego Towarzystwa Lekarskiego Włodarczyk demonstrował 6-miesięczny płód z *ectopia cordis thoracalis extrathoracica cum fissura sterni*.

Nasz przypadek demonstrowany był po raz pierwszy przez Łabendzińskiego dnia 10 października 1947 r. na posiedzeniu Poznańskiego Towarzystwa Lekarskiego. Ostatnio znaleźliśmy wzmiankę „o pokazie przypadku przedłużenia *apex cordis* w formie guza tętniącego w okolicy pępka u niemowlęcia”, a więc o przypadku dotyczącym uchyłka serca, na posiedzeniu naukowym Towarzystwa Lekarskiego Częstochowskiego w dniu 11 października 1949 r. Przypuszczamy, że przypadek ten demonstrowano także na posiedzeniach innych Towarzystw Lekarskich, przedstawiał go bowiem Kossakowski z Warszawy.

#### Opis przypadku

K. J., panna lat 28, została przekazana dnia 3. 10. 1947 r. przez lekarza domowego dra Burchardta, opiekującego się nią od kilku lat, na Oddział Wewnętrzny Szpitala Miejskiego w Poznaniu dla dokładnego przebadania.

Serce już od urodzenia tętniło w nadbrzuszu. Jako dziecko bardzo dużo chorowała, była słabowita, lecz nie umie podać chorób wówczas przebytych, prócz „krost” (odry?) i przypu-

szcza, że pewnie najwięcej chorowała na serce oraz blednicę i brak krwi. Przed 1939 r. chorowała na nerki, w przebiegu tej choroby pojawiły się obrzęki, m. i. na brzuchu. Przed wojną był okres, w którym odczuwała klucia w okolicy tętniącego w nadbrzuszu serca. W r. 1942 i 43 chorowała znowu na niedokrwistość i blednicę, wystąpiły wtedy obrzęki na nogach. Obecnie skarży się na okresowo się nasilające bóle głowy, a czasem występujące jednocześnie wyraźne chudnięcie. Objawom tym, jak już stwierdził leczący lekarz, towarzyszy podniesienie się ciśnienia krwi do 180 mm. Hg. RR. i więcej. Ograniczona już od dzieciństwa w swej wydolności fizycznej wykonuje i obecnie tylko lekkie prace domowe, pomagając matce. Periody prawidłowe od 18 roku życia. Ojciec robotnik „lubiał wypić”, został rozstrzelany przez Niemców jako zakładnik w 1939 roku. Matka choruje tylko na żylaki i wrzody podudzi. Badana ma brata młodszego od siebie o 8 lat, zupełnie prawidłowo rozwiniętego i zdrowego; zdolnego do pracy. W rodzinie bliższej i dalszej żadnych anomalii rozwojowych, o ile wie, nie było.

Status praesens: chora wagi 51 kg, wzrostu 165 cm, budowy astenicznej, odżywiona dostatecznie. Zaznaczona sinica warg, uszu, policzków, rąk, zwłaszcza palców i przedramion do połowy ich długości oraz stóp i podudzi. Palce oprócz sinicy wykazują lekko tylko zaznaczone doboszowate zgrubienia ostatnich paliczków.

W jamie ustnej liczne (7) korzenie próchnicze. Migdałki podniebienne nieco przekrwione, po ucisku wydobywa się z nich nieco cuchnącej, żółtej ropy. Gruczoły chłonne szyjne i podszczękowe macalne, niebolesne.

Tętno dostatecznie wypełnione i napięte, miarowe i równe w obu tętnicach promieniowych, ca 70 uderzeń na minutę. Ciśnienie krwi mierzone dwukrotnie po sobie na lewym ramieniu wynosi 182/110 i 162/112, na prawym 164/108 i 167/118 mm Hg. RR.

Klatka piersiowa dość długa, płaska, międzyżebra szerokie. Wypuk nad płucami jawny, oddech pęcherzykowy. Granice płuc prawidłowe, dolne prawidłowo przesuwalne. (cdn.)

## NOTATKA TERAPEUTYCZNA

Dr med. Wiesław Nasiałowski

### Kilka uwag o durowym przedziurawieniu jelit

Przypominam sobie, kiedy będąc stażystą w niewielkim szpitalu prowincjonalnym (w miejscowości, w której panował dur brzuszny endemicznie) widziałem następujący przypadek. Na oddziale mieliśmy od przeszło dwu tygodni małego pacjenta (ok. 10 lat) chorego na dur brzuszny. Stan chore-

go był od kilku już dni dobry, był „na wyleczeniu”. Pewnego dnia w czasie wizyty porannej poskarżył się na nieznaczne pobołowanie w prawym dole biodrowym, w formie klucia, które pojawiło się przed mniej więcej godziną, i które obecnie prawie już ustąpiło. Podczas badania brzuch miękki, boles-

ność w okolicy punktu Mc Burneya na ucisk bardzo nieznaczna, żadnych objawów otrzewnowych, język wilgotny. Ordynator oddziału zawiadzał chirurga, który przybył natychmiast, zbadał chorego (pamiętam, że badanie było długie i staranne) i ku memu „niedoświadczonemu“ zdumieniu zażądał natychmiastowego przeniesienia pacjenta na salę operacyjną. Postawił rozpoznanie: Przedziurawienie jelita. Chorego operowano w godzinę później i w rzeczy samej znaleziono przedziurawienie jelita krętego w odległości kilkunastu cm powyżej zastawki Bauhina. Otwór był pojedynczy, rozmiarów niewielkich.

Maly pacjent wyzdrowiał po zabiegu operacyjnym. Na 5 przypadków operowanych z powodu durowego przedziurawienia jelit — jakie widziałem w życiu — to był jedyny, który nie skończył się zejściem śmiertelnym. Zasadniczym elementem powodzenia operacyjnego był — to nie ulega żadnej wątpliwości — wczesny zabieg chirurgiczny. (Według moich obliczeń od 2 do 3 godzin po przedziurawieniu).

Według Hepp'a (rozdział „Patologia jelita cienkiego“ w podręczniku: „Nouveau précis de Pathologie Chirurgicale“, Paryż 1947, wyd. Masson et Ci, na każdym 3 chorych, którzy umierają z duru brzuszego, jeden ginie z powodu peritonitis perforativa.

Zabieg operacyjny musi być wczesny. Operacje wczesne (mniej niż 7 godzin) dają około 60% wyzdrowień. Późne (więcej niż 12 godzin) — około 93,5% śmiertelności.

Nie mam zamiaru opisywać dokładnego obrazu klinicznego przedziurawienia jelit w przebiegu duru brzuszego. To jest zadanie podręczników chirurgii i interny. Stawiam sobie za zadanie przy-

pomnienie tylko kilku spraw związanych z tym zagadnieniem.

Często rozpoznanie napotyka na duże trudności ze względu na stan ogólny chorego i na minimalne natężenie objawów. Badanie chorego, w przypadkach kiedy rozpoznania nie można ustalić, winno być kilkakrotne (wielu autorów radzi badać co dwie godziny), winno ono być bardzo szczegółowe, należy wykonać zawsze badanie przez odbytnicę oraz zawsze kiedy to jest możliwe wykonać badanie radiograficzne brzucha. (Obecność powietrza pod przeponą jest objawem częstym w tych przypadkach). Wszyscy chirurdzy zdają sobie doskonale sprawę z tego, że lepiej w przypadku podejrzanym wykonać otwarcie jamy brzusznej niepotrzebnie (zabieg minimalny w znieczuleniu miejscowym) niż nie operować w przypadku przedziurawienia jelita — z tego muszą sobie również zdać sprawę lekarze praktycy.

Ostatnie doniesienia w sprawie leczenia duru brzuszego chloromycetyną pozwalają przypuszczać, że śmiertelność z powodu przedziurawienia jelita w czasie tej choroby, dotychczas bardzo wysoka, ulegnie zmniejszeniu. Tego zdania są autorzy artykułu, który ukazał się w piśmie La Semaine des Hopitaux de Paris (1950 nr 6 str. 219—223). Antybiotyk ten w leczeniu pooperacyjnym odda niewątpliwie bardzo cenne usługi. Powikłania, zresztą, w przebiegu duru brzuszego leczonego chloromycetyną zdarzają się rzadziej i są na ogół mniej groźne.

Penicylina nie polepszyła wcale rokowania. Streptomycyna zaś zdaniem niektórych polepszyła je w nieznacznym stopniu. Wczesne rozpoznanie pozostaje w dalszym ciągu najważniejszym problemem.

## Komunikaty Izby Lekarskiej

Okręgowa Izba Lekarska  
w Poznaniu

### KOMUNIKAT 69

Poznań, dnia 7. 6. 1950 r.

Zarząd Okręgowej Izby Lekarskiej w Poznaniu w porozumieniu z Dyrekcją Ligi Lotniczej w Poznaniu podaje do wiadomości, że dotychczasowa praktyka wykazała zbyt pochopne używanie samolotów sanitarnych do przewozu chorych.

Samolot może służyć do przewozu chorych tylko w nagłych i nieszczęśliwych wypadkach, zagrażających życiu wzgl. w wypadku konieczności nagłego umieszczenia chorego w szpitalu w ciężkiej chorobie (np. nagła operacja), wtenczas gdy inny środek lokomocji mógłby zaważyć na życiu chorego.

Podaje się następujące instrukcje użycia samolotu sanitarnego:

1. Samolot wzywać ma prawo tylko lekarz, po stwierdzeniu i uzasadnieniu na piśmie nagłości wypadku i konieczności transportu samolotem.
2. Do wiadomości Ligi Lotniczej przy wezwaniu samolotu podać dokładnie najbliższe miejsce lądowania

(teren równy bez rowów i dołów). Podać orientacyjne drogi dojazdowe (szosy).

3. Znakować miejsce lądowania np. przez 4 palące się ogniska wydzielające duży dym (mokra słoma) wzgl. latem płachty białe a zimą czarne, ułożone w kształcie litery T — linia poprzeczna ma być ułożona w kierunku wiatru.
4. Usunąć z miejsca lądowania wszelkie przeszkody (ludzie, bydło itp.) w porozumieniu z władzami milicyjnymi.
5. Za ewtl. komplikacje chorobowe powstałe w czasie lotu odpowiada lekarz wzywający, który powinien określić, czy stan chorego pozwala na przelot.
6. Choremu musi towarzyszyć pielęgniarz wzgl. pielęgniarka, wytrzymali nerwowo i nie obawiający się lotu.
7. Wezwania należy skutecznie telefonicznie — Liga Lotnicza posiada telefon, Poznań nr 20-21, czynny od 8 do 16. — Lotnisko telefon Poznań nr 26-61, czynny od 8 do 17.
8. Według autorytatywnej wypowiedzi Oddziału Poznańskiego Towarzystwa Pediatrycznego błędne jest mniemanie, że lot jest decydującym czynnikiem w leczeniu krztuśca, natomiast istnieją liczne prze-

ciwwskazania dla lotu dziecka chorego. Dlatego też należy zalecać rodzicom loty samolotem jedynie w szczególnie uzasadnionych przypadkach. O dopuszczeniu do lotu decydować będzie ostatecznie komisja, w skład której wchodzić będzie czynnik fachowy i społeczny.

Sekretarz Okr. I. Lek.

Prezes Okr. I. Lek.

(—) Dr med. B. Piechowski (—) Dr med. J. Jankowiak

### PROTOKÓŁ

#### z posiedzenia Rady Okręgowej Izby Lekarskiej w Poznaniu

w dniu 26. 3. 1950 r.

Obecni członkowie Rady: dr Andrzejewski Stanisław, dr Ceptowski Józef, dr Chmielewski Seweryn, dr Frąckowiak Tadeusz, dr Hundtowa Anna, dr Jankowiak Józef, dr Jeszke Witold, dr Kibler Kazimierz, dr Piechowski Bolesław, dr Schreiber Aleksander, prof. dr Straszynski Adam, dr Słuzar Jarosław, dr Śmigieński Michał, dr Widy Władysław i dr Wrzyszczyński Stefan.

Nieobecni: dr Babiak Ludwik, dr Bednarek Franciszek, prof. dr Jonscher Karol i lek. Wierusz Lech — (uspr.).

Poza tym byli obecni: prezes Sądu Dyscyplinarnego Okręgowej Izby Lekarskiej dr Piekarski Czesław oraz członek Komisji Rewizyjnej dr Smoliński Józef.

#### Porządek obrad

1. Zagajenie.
2. Przyjęcie porządku obrad.
3. Odczytanie protokołu z posiedzenia Rady Okr. Izby Lekarskiej w Poznaniu w dniu 27. 3. 1949 r. (protokół został ogłoszony w „Nowinach Lekarskich“ z dnia 15. 6. 49 r. nr 12).
4. Komunikaty.
5. Sprawozdanie z działalności Zarządu Okr. Izby Lekarskiej w Poznaniu za rok 1949.
6. Sprawozdanie kasowe Okr. Izby Lekarskiej w Poznaniu za rok 1949.
7. Sprawozdanie kasowe Funduszu Zapomóg Pośmiertnych Okr. Izby Lekarskiej w Poznaniu za rok 1949.
8. Sprawozdanie z działalności Funduszu Zapomogowego Okr. Izby Lekarskiej w Poznaniu dla członków Izby oraz wdów i sierot po lekarzach za rok 1949.
9. Sprawozdanie kasowe Funduszu Zapomogowego Okr. Izby Lekarskiej w Poznaniu dla członków Izby oraz wdów i sierot po lekarzach za rok 1949.
10. Sprawozdanie z działalności Sądu Dyscyplinarnego Okr. Izby Lekarskiej w Poznaniu za rok 1949.
11. Sprawozdanie i wniosek Komisji Rewizyjnej Okr. Izby Lekarskiej w Poznaniu za rok 1949.
12. Zatwierdzenie preliminarza budżetowego Okr. Izby Lekarskiej oraz Funduszu na rok 1950, ustalenie wysokości składek i innych opłat na rzecz Okr. Izby Lek. oraz inne wnioski finansowe.
13. Ustalenie granic wysokości składek na rzecz Funduszu Zapomogowego Okr. Izby Lek. w Poznaniu dla członków Izby oraz wdów i sierot po lekarzach.
14. Udzielenie pełnomocnictw.
15. Zgłoszone wnioski.
16. Wolne głosy.

Przewodniczy prezes dr Jankowiak Józef, protokołuje sekretarz Okr. Izby Lekarskiej dr Piechowski Bolesław.

ad 1.

Po zagajeniu prezes Okr. Izby Lekarskiej dr Jankowiak Józef odczytuje listę członków Okr. Izby Lekarskiej w Poznaniu zmarłych w czasie od 27. 3. 1949 r. do 26. 3. 1950 r.:

1. dr Bieliński Władysław, lat 65, zam. w Poznaniu, zmarł dnia 29. 5. 1949 r.

2. dr Paszkiet Hieronim, lat 65, zam. w Poznaniu, zmarł 25. 8. 1949 r.
3. dr Barański Józef, lat 49, zam. w Krośnie, zmarł dnia 13. 8. 1949 r.
4. dr Kowalski Włodzimierz, lat 67, zam. w Poznaniu, zmarł 16. 9. 1949 r.
5. lek. Maciński Zygmunt, lat 40, zam. w Kole, zmarł dnia 12. 12. 1949 r.
6. dr Samulski Władysław, lat 43, zam. w Witkowie, pow. Gniezno, zmarł dnia 25. 1. 1950 r.

Rada uczciła pamięć zmarłych członków przez powstanie i chwilę milczenia.

W dalszym ciągu prezes podaje, że Rada Okr. Izby Lekarskiej została zwołana na zwyczajne posiedzenie zgodnie z obowiązującymi przepisami i posiedzenie to w dniu dzisiejszym jest prawomocne. Powiadamia dalej Radę, że nieobecni członkowie dr dr Babiak Ludwik, Bednarek Franciszek, prof. dr Jonscher Karol i lek. Wierusz Lech złożyli usprawiedliwienia, co Rada przyjmuje do zatwierdzającej wiadomości.

ad 2.

Wobec niezgłoszenia wniosków proponuje prezes zmianę porządku obrad w tym sensie, iż skreśla się przewidziany punkt 15 „Zgłoszone wnioski“. W związku z tym Rada ustala dalszy porządek obrad jak następuje:

3. Odczytanie protokołu z posiedzenia Rady Okr. Izby Lekarskiej w Poznaniu w dniu 27. 3. 1949 r. (protokół został ogłoszony w „Nowinach Lekarskich“ z dnia 15. 6. 1949 r. nr 12).
4. Komunikaty.
5. Sprawozdanie z działalności Zarządu Okr. Izby Lekarskiej w Poznaniu za rok 1949.
6. Sprawozdanie kasowe Okr. Izby Lekarskiej w Poznaniu za rok 1949.
7. Sprawozdanie kasowe Funduszu Zapomóg Pośmiertnych Okr. Izby Lekarskiej w Poznaniu za rok 1949.
8. Sprawozdanie z działalności Funduszu Zapomogowego Okr. Izby Lekarskiej w Poznaniu dla członków Izby oraz wdów i sierot po lekarzach za rok 1949.
9. Sprawozdanie kasowe Funduszu Zapomogowego Okr. Izby Lekarskiej w Poznaniu dla członków Izby oraz wdów i sierot po lekarzach za rok 1949.
10. Sprawozdanie z działalności Sądu Dyscyplinarnego Okr. Izby Lekarskiej w Poznaniu za rok 1949.
11. Sprawozdanie i wniosek Komisji Rewizyjnej Okr. Izby Lekarskiej w Poznaniu za rok 1949.
12. Zatwierdzenie preliminarza budżetowego Okr. Izby Lekarskiej oraz Funduszu na rok 1950, ustalenie wysokości składek i innych opłat na rzecz Okr. Izby Lekarskiej oraz inne wnioski finansowe.
13. Ustalenie granic wysokości składek na rzecz Funduszu Zapomogowego Okr. Izby Lekarskiej w Poznaniu dla członków Izby, wdów i sierot po lekarzach.
14. Udzielenie pełnomocnictw.
15. Wolne głosy.

ad 3.

Na wniosek sekretarza dra Piechowskiego Rada przyjmuje protokół z ostatniego zwyczajnego posiedzenia Rady Okręgowej Izby Lekarskiej w Poznaniu w dniu 27. 3. 1949 r. bez zmian i uwag, ponieważ protokół został ogłoszony w „Nowinach Lekarskich“ z dnia 15. 6. 1949 r. nr 12, a członkowie Rady nie zgłosili żadnych uwag do powyższego protokołu.

ad 4.

Sekretarz Okr. Izby Lekarskiej podaje do wiadomości Rady poniższe komunikaty:

a) Wobec tego, że norma ilościowa lekarzy dla m. Poznania dopuszczona do wykonywania praktyki lekarskiej na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14. 6. 1949 r. (D. U. R. P. nr 38 z dnia 28. 6. 49 r.



poz. 277) w ilości 336 lekarzy okazała się w praktyce niedostateczną, Zarząd Okr. Izby Lekarskiej wystąpił do ob. Ministra Zdrowia przez Naczelną Izbę Lekarską z wnioskiem o podwyższenie normy ilościowej co najmniej do 500 lekarzy. W uzasadnieniu Zarząd podał, że na terenie m. Poznania znajduje się Akademia Lekarska, Urząd Wojewódzki, Dyrekcja Okr. Kolei Państwowych oraz szereg zakładów przemysłowych, które to instytucje potrzebują większą ilość lekarzy poza lekarzami pracującymi w instytucjach leczniczych. Okazało się, że mimo przekroczenia podanej normy (ilość lekarzy zarejestrowanych w Okr. Izbie Lekarskiej na terenie m. Poznania wynosi obecnie 441) instytucje takie jak Ubezpieczalnia Społ., Dyr. Okr. Kolei Państw., zakłady przemysłowe itp. odczuwają brak lekarzy (np. Ubezpiecz. Społ. posiada 10 rejonów lekarzy w Poznaniu nie obsadzonych). Prócz tego zwraca się do Okr. Izby Lekarskiej szereg instytucji z zapotrzebowaniem lekarzy na terenie m. Poznania. Zapotrzebowania te z powodu braku lekarzy zostają bez uwzględnienia. Podkreślić należy, że norma lekarzy dla m. Krakowa ustalona została na 560 lekarzy. W związku z tym zrozumiałym jest, iż norma dla m. Poznania wynosząca 336 lekarzy musiała okazać się jako niewystarczająca. Prócz powyższego wniosku do ob. Ministra Zdrowia Zarząd Okr. Izby Lekarskiej zwrócił się również do Prezydium Wojew. Rady Narodowej ob. Wicewojewody, Wydziału Zdrowia Urzędu Wojew. Pozn., Wydziału Zdrowia Dyr. Okr. Kolei Państw. oraz Dyrekcji Ubezpiecz. Społ. o poparcie ze swej strony starań Zarządu Okr. Izby Lekarskiej o podwyższenie normy ilościowej lekarzy dla m. Poznania.

b) W związku z przewidzianą likwidacją Izb Lekarskich Naczelna Izba Lekarska przesłała w dniu 9. I. br. nowy projekt dekretu o zniesieniu Izb Lekarskich w celu wydania opinii. Zarząd Okr. Izby Lekarskiej rozpatrzył projekt na specjalnym posiedzeniu i przesłał Naczelnej Izbie Lek. następującą opinię:

„Zarząd Okręgowej Izby Lekarskiej w Poznaniu rozpatrzył na posiedzeniu w dniu 13. I. br. projekt dekretu o zniesieniu Izb Lekarskich i Lekarsko-Dentystycznych, otrzymanego dnia 11. I. br. przy piśmie z dnia 9. I. 1950 r. L. dz. 5/50.

W stosunku do powyższego projektu Zarząd Okręgowej Izby Lekarskiej w Poznaniu podnosi następujące zastrzeżenia:

1. Z przewidzianych w art. 7 projektu dekretu ruchomości mających być przekazanych Związkowi Zawodowemu Prac. Służby Zdrowia należałoby wyłączyć bibliotekę izbową i przekazać ją Wydziałowi Lekarskiemu Akademii Lekarskiej w Poznaniu. Biblioteka izbowa składa się w przeważającej części z fachowych lekarskich czasopism i dzieł naukowych, które nie byłyby wykorzystane w dostatecznej mierze na terenie Związku Zawodowego Prac. Służby Zdrowia a z pewnością spełnią swe zadanie w Wydziale Lekarskim Akademii Lekarskiej.
2. W uzasadnieniu do wymienionego projektu dekretu nie podano, że do zakresu działania izb należy (vide art. 4 ustawy o izbach lekarskich) także a) krzewienie i strzeżenie etyki, godności i sumiennosci zawodowej wśród członków, b) sądownictwo dyscyplinarne i c) sądownictwo polubowne. Brak też w projekcie dekretu zupełnie postanowień dot. sądownictwa dyscyplinarnego. Nie przewidziano załatwienia spraw dyscyplinarnych, znajdujących się w toku postępowania dyscyplinarnego i dalszej działalności sądów dyscyplinarnych. Zarząd Okr. Izby Lekarskiej powołuje się w tej sprawie na swój projekt przesłany Zarządowi Naczelnej Izby Lekarskiej przy piśmie z dnia 31. I. 1949 r. L. dz. 275/49.
3. W projekcie dekretu nie została zupełnie poruszona sprawa przyznawania lekarzom tytułu specjalisty, co winno być jednak załatwione bezwzględnie przed wprowadzeniem w życie likwidacji izb lekarskich. Zarząd Okręgowej Izby Lekarskiej podtrzymuje

w tym względzie swój projekt z dnia 31. I. 49 r. o konieczności wydania rozporządzenia Ministra Zdrowia zgodnie z art. 10(2) rozporządzenia Prez. R. P. z dnia 25. 9. 32 r. o wykonywaniu praktyki lekarskiej (D. U. R. P. nr 81, poz. 712).

Z powyższą sprawą łączy się również wydanie aktualnych przepisów dot. nadzoru nad reklamą lekarską.

c) Wobec tego, że w r. 1949 nie zostało zwołane nadzwyczajne posiedzenie Rady w celu uchwalenia preliminarza budżetowego na rok 1950, Zarząd Okr. Izby Lekarskiej zwrócił się do Zarządu Nacz. Izby Lekarskiej o zatwierdzenie prowizorium preliminarza budżetowego na I kwartał 1950 r. Pismem z dnia 10. 3. 50 r. L. dz. 52/50 Zarząd Nacz. Izby Lekarskiej zatwierdził prowizorium preliminarza budżetowego na I kwartał 1950 r.

d) W „Dzienniku Ustaw R. P.“ z dnia 15. 3. 1950 r. nr 7 ukazało się pod poz. 69 rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30. 11. 49 r. w sprawie zasad powoływania fachowych pracowników na stanowiska w społecznych zakładach służby zdrowia. Rozporządzenie powyższe przewiduje specjalne komisje konkursowe, jednakże bez udziału delegata Izby Lekarskiej.

ad 5.

Zgodnie z wnioskiem sekretarza Rada Okr. Izby Lekarskiej uchwała nie odczytywać sprawozdań dot. pkt. 5—10, ponieważ sprawozdania te każdy z członków Rady otrzymał równocześnie z zaproszeniem. Wobec powyższej uchwały prezes otwiera dyskusję nad sprawozdaniem Zarządu Okr. Izby Lekarskiej za rok 1949.

Dr Śmigieński zapytuje na marginesie sprawozdania, czy czynsz ulgowy obowiązuje w dalszym ciągu. Sekretarz wyjaśnia, iż od 1 sierpnia 1949 r. obowiązuje w stosunku do lekarzy zatrudnionych co najmniej 7 godzin w zakładach społecznej służby zdrowia czynsz z roku 1939, a w stosunku do lekarzy zatrudnionych co najmniej w połowie wymiaru godzin 50% zniżka nowego czynszu ustalonego na podstawie dekretu z dnia 20. 7. 1949 r. (D. U. R. P. nr 42 poz. 313).

Dr Śluzar podnosi w związku z przewidzianą likwidacją Izb Lekarskich, że Izby te odegrały swego czasu wielką rolę, jednakże obecnie działalność ich stała się nieaktualna i raczej hamująca dalszy rozwój powszechnej służby zdrowia. W związku z tym należy powitać z zadowoleniem postanowienie przewidujące likwidację Izb. Oczywiście sprawa sądownictwa oraz działalność zapomogowa musi być przejęta przez inne właściwe instytucje.

Prof. dr Straszynski zwraca się z apelem, by „Centrosan“ przesyłał lekarzom próbki nowych środków leczniczych, aby lekarze mogli zapoznać się z wytwórczością krajową. Ogół bowiem lekarzy jest obecnie niezorientowany, jakie środki lecznicze wytwórczości krajowej są dostępne.

Dr Jankowiak uważa powyższe uwagi za słuszne i podnosi, że należałoby sprawą tą zainteresować również czynnik społeczny, tym bardziej że stwierdzono, że cały szereg kierowników aptek nie występuje z inicjatywą w celu uzupełnienia braków środków leczniczych przez wytwórnice krajowe. Podaje równocześnie fakt, że szereg lekarzy w stosunku do nowej penicyliny polskiej, która ukazała się w aptekach społecznych i posiada szary kolor, odnosi się negatywnie, uważając ją z powodu tego koloru za zepsutą. Tymczasem właściwe instytucje uznały ją za pełnowartościową. Dr Piechowski podkreśla, że winę tu ponosi niewątpliwie brak dostatecznej propagandy, która by umożliwiła lekarzom zapoznanie się z obecnym stanem wytwórczości krajowej. Sprawą tą zajmie się Zarząd Okr. Izby Lekarskiej.

Po wyczerpaniu dyskusji prezes oddaje sprawę przyjęcia sprawozdania z działalności Zarządu Okr. Izby Lekarskiej w Poznaniu za r. 1949 pod głosowanie. Rada przyjmuje sprawozdanie jednogłośnie bez zmian.

ad 6.

Do sprawozdania kasowego skarbnik dr Ceptowski wyjaśnia, że przeprowadzone egzekucje administracyjne dały doskonały efekt. Chociaż niektórzy lekarze czuli się obrażeni powyższą formą pobierania składek, to trudno było w stosunku do tych lekarzy, którzy zalegali ze składkami na rzecz Izby i Funduszu nieraz od przeszło roku, inaczej postąpić. W wyniku powyższej akcji oraz przeprowadzonej akcji oszczędnościowej Zarząd Okr. Izby Lekarskiej nie wykazał przekroczenia budżetu z roku 1949 a przeciwnie dużą oszczędność. Rada przyjęła sprawozdanie kasowe jednogłośnie.

ad 7.

Skarbnik dr Ceptowski wyjaśnia, że obecnie Zarząd Okr. Izby Lek. ustalił I ratę premii pogrzebowej na 100.000,— zł a nie 60.000,— zł tak że wdowa po zmarłym lekarzu otrzymuje od razu większą kwotę na bieżące potrzeby. Dr Jankowiak stwierdza, że chociaż suma nie jest wysoka, jest jednak pewną pomocą dla wdów. W celu podwyższenia pomocy dla wdów apeluje do lekarzy, którzy opłacają składki na Społeczny Fundusz Oszczędnościowy, by ubezpieczyli się niezależnie od Izby Lekarskiej również w Zakładzie Ubezpieczeń Wzajemnych, w którym składki pokrywać można ze Społecznego Funduszu Oszczędnościowego. Dr Śmigielski zapytuje, jak będzie wyglądała sprawa Funduszu Zapomóg Pośmiertnych w razie likwidacji Izby Lekarskiej. Skarbnik wyjaśnia, że w dalszym ciągu lekarze będą przymusowo ubezpieczeni w Zakładzie Ubezpieczeń Wzajemnych. Po zakończeniu dyskusji Rada przyjmuje sprawozdanie jednogłośnie.

ad 8.

Dr Schreiber podaje, że zaległości Funduszu Zapomogowego Okr. Izby Lekarskiej w Poznaniu dla członków Izby oraz wdów i sierot po lekarzach wynosiły 500.000 złotych, jednakże obecnie wszczęte egzekucje administracyjne odnoszą skutek i zaległości zmniejszają się stale. Uchwala się jednogłośnie przyjąć sprawozdanie działalności Funduszu Zapomogowego Okr. Izby Lekarskiej dla członków Izby oraz wdów i sierot po lekarzach.

ad 9.

Skarbnik dr Ceptowski podaje, że dawne zaległości są przeważnie już zlikwidowane a jedynie pozostają zaległości świeże odnoszące się do ostatniego półrocza. Podkreśla poza tym, że niejednokrotnie lekarze nie zdają sobie sprawy z tego, że opłaty na rzecz Funduszu Zapomogowego Okr. Izby Lekarskiej dla członków Izby oraz wdów i sierot po lekarzach są przymusowe a nie dobrowolne i podlegają również w razie niespłacenia ich egzekucji w drodze administracyjnej. Po wyjaśnieniu skarbnika Rada uchwala jednogłośnie przyjąć sprawozdanie kasowe Funduszu Zapomogowego Okr. Izby Lek. dla członków Izby oraz wdów i sierot po lekarzach.

ad 10.

Prezès dr Jankowiak zwraca uwagę, że należałoby przyspieszyć załatwienie spraw dyscyplinarnych, które jeszcze zalegają, ponieważ urzędy domagają się załatwienia powyższych spraw. Przewodniczący Kolegium Rzeczników Dyscypl. dr Frąckowiak podaje, iż sprawa zaległości wynika z tego, że strona techniczna nie funkcjonuje dostatecznie sprawnie czy to z powodu choroby, czy też urlopu danego rzecznika dyscyplinarnego. Poza tym regulamin rzeczników dyscyplinarnych wymaga przesłania oskarżenia w celu wyjaśnienia obwinionemu, który w terminie 14 dni zobowiązany jest udzielić odpowiedzi. Często tej odpowiedzi nie przesyła w terminie i rzecznik dyscyplinarny monituje go niejednokrotnie dwa i trzy razy. Dr Piechowski podaje, iż celem usprawnienia działalności Sądu Dyscyplinarnego należy trzymać się bezwzględnie terminu przewidzianego w regulaminie i w razie niedotrzymania go przez obwinionego sprawę załatwić bez odczekania odpowiedzi. Przy sprawach zamiejscowych należy zwrócić się do Zarządu

Okr. Izby Lekarskiej o wyznaczenie rzeczownika zamiejscowego wzgl. zażądać przesłuchania świadków czy obwinionego przez Sądy Państwowe. Dr Jankowiak apeluje, by Sąd Dyscyplinarny nie traktował spraw zbyt koleżeńsko i stanął na wysokości zadania. Dr Śluzar wyraża przekonanie, że licznych skarg na lekarzy nie należy brać zbyt tragicznie, ponieważ krytyka jest konieczna, chociażby nawet okazało się, że tylko w 5% jest słuszna. Lekarze muszą się liczyć z opinią i poddawać się krytyce. Po przeprowadzonej dyskusji Rada uchwala jednogłośnie przyjąć sprawozdanie Sądu Dyscyplinarnego.

ad 11.

W imieniu Komisji Rewizyjnej dr Smoliński odczytuje protokół z dnia 21. 3. 1950 r. i wnosi o udzielenie absolutorium Zarządowi Okr. Izby Lekarskiej. Rada przyjmuje wniosek jednogłośnie.

ad 12.

Dr Ceptowski powiadamia, że wobec braku uchwały budżetowej na rok 1950 Rady Okr. Izby Lekarskiej Zarząd uchwalił preliminarz budżetowy tymczasowy na I kwartał 1950 r. w wysokości 1/4 budżetu 1949 r. Preliminarz ten został przez Zarząd Naczelnej Izby Lekarskiej zatwierdzony. W nowym preliminarzu budżetowym przewiduje się udzielenie znacznych ulg w usprawiedliwionych wypadkach na wniosek zainteresowanych. W dalszym ciągu skarbnik przedstawia preliminarz budżetowy Okr. Izby Lekarskiej, Funduszu Zapomóg Pośmiertnych oraz Funduszu Zapomogowego Okr. Izby Lekarskiej dla członków Izby oraz wdów i sierot po lekarzach na rok 1950, oraz przedstawia wnioski finansowe. Dr Jankowiak wnosi, aby podwyższyć wysokość stypendium do 7.000,— zł miesięcznie wzgl. do takiej wysokości jaka przewidziana jest przez Ministerstwo, oraz proponuje, by Rada upoważniła Zarząd do korygowania w ciągu roku wysokości stypendium zależnie od ewtl. podwyżek ustalonych przez Ministerstwo. Dr Piechowski wnosi w związku z powyższą propozycją o podwyższenie przewidzianej w preliminarzu budżetowym Okr. Izby Lekarskiej pod punktem „składki zaległe do dnia 13. I. 49 r.“ sumy 100.000,— zł na 150.000,— zł oraz odpowiednią zmianę w rozchodzie pod punktami: „stypendia“ i „różne“. Poza tym wnosi o podwyższenie mnożnej 80-krotnej wzgl. 40-krotnej dot. opłat sądowych na 100-krotną. W związku z powyższymi propozycjami skarbnik przedstawia w imieniu Zarządu Okr. Izby Lek. w Poznaniu preliminarz budżetowy Okr. Izby Lek., Funduszu Zapomóg Pośmiertnych i Funduszu Zapomogowego Okr. Izby Lekarskiej dla członków Izby oraz wdów i sierot po lekarzach z podanymi zmianami (vide załącznik) oraz następujące wnioski finansowe:

#### A. Składki członkowskie:

- Kat. I. — lekarze, których łączny dochód (praktyka prywatna, pobory mies. itd.) wynosi mies. przeciętnie co najmniej 75.000,— złotych, opłacają składki w wysokości 500,— zł mies.
- Kat. II. — lekarze, których dochód łączny (praktyka prywatna, pobory mies. itd.) wynosi mies. przeciętnie od 25.000,— zł do 75.000,— zł opłacają składkę w wysok. 250,— zł mies.
- Kat. III. — lekarze, których dochód łączny (praktyka prywatna, pobory mies. itp.) wynosi przeciętnie mies. poniżej 25.000,— zł mogą na własny wniosek na mocy uchwały Zarządu Okr. Izby Lek. uzyskać zniżkę składek od 100,— do 200,— zł.

Rada Okr. Izby Lekarskiej udziela poza tym Zarządowi Okr. Izby Lekarskiej pełnomocnictwa do stosowania w wypadkach uzasadnionych dalszych obniżek aż do całkowitego zwolnienia ze składek oraz anulowania częściowego lub całkowitego zaległych składek.

#### B. Inne opłaty na rzecz Okr. Izby Lekarskiej:

za świadectwo specjalistyczne — 1.000 zł

za wystawienie duplikatu legitymacji	—	50 zł
za sporządzenie odpisu z akt izbowych	—	50 zł
za wpisowe	—	200 zł

### C. Należności sędziów, rzeczników dyscyplinarnych, świadków itd.:

należność sędziów, rzeczników dyscyplinarnych i protokolanta-lekarza za udział w rozprawie wynosi po ..... 10.— zł

Uwaga: Wyżej wymienionym nie przysługują należność za posiedzenie gospodarcze.

Należność protokolanta (nie lekarza) wynosi si za udział w posiedzeniu gospodarczym 3.50 zł za udział w rozprawie ..... 7.— zł  
należność świadków i biegłych zamiejscowych za udział w rozprawie wynosi po .... 10.— zł oraz zwrot kosztów przejazdu koleją II klasy.

Należność Przewodniczącego Kolegium rzeczników dyscypl. za przeprowadzenie sprawy wynosi ..... 10.— zł

Do powyższych norm stosuje się mnożnik 100-krotny.

### D. Diety dla członków Rady za udział w posiedzeniu Rady:

a) dla miejscowych ..... 500.— zł  
b) dla zamiejscowych ..... 1.000.— zł.  
oraz zwrot kosztów podróży.

E. 1. Nadwyżki Okr. Izby Lekarskiej z roku 1949 w wysok. 397.252.— zł. Rada przekazuje do dyspozycji Zarządu Okr. Izby Lekarskiej.

2. Nadwyżki Funduszu Zapomóg Pośmiertnych z r. 1949 w wysok. 215.848.— zł przelewa się do kapitału zapasowego.

3. Nadwyżki Funduszu Zapomogowego Okr. Izby Lekarskiej dla członków Izby oraz wdów i sierot po lekarzach z roku 1949 w wysok. 405.655.— zł przekazuje się do Funduszu Zapomogowego Okr. Izby Lekarskiej dla członków Izby oraz wdów i sierot po lekarzach.

4. Zatwierdza się uchwałę Zarządu Okr. Izby Lekarskiej w Poznaniu z dnia 12. 12. 48 r. o przenianiu do Funduszu Zapomogowego dla członków Izby oraz wdów i sierot po lekarzach nadwyżek izbowych za rok 1945 i 1946 w sumie zł 190.742.04.

Rada Okr. Izby Lekarskiej w Poznaniu uchwała jednogłośnie przedłożone powyżej preliminarze i wnioski finansowe oraz pełnomocnictwa.

ad 13.

Zgodnie z § 5 regulaminu Funduszu Zapomogowego Okr. Izby Lekarskiej dla lekarzy oraz wdów i sierot po lekarzach skarbnik wnosi o ustalenie granic wysokości składek na rzecz powyższego Funduszu w dotychczasowej wysokości tzn. w granicach od 100.— do 1.000 zł mies. Rada uchwała jednogłośnie ustalić granice wysokości składek na rzecz Funduszu Zapomogowego w wysokości od 100.— do 1.000.— zł oraz udziela Zarządowi Okr. Izby pełnomocnictwa do stosowania w wypadkach uzasadnionych dalszych obniżek aż do całkowitego zwolnienia ze składek oraz anulowania częściowego lub całkowitego zaległych składek.

ad 14.

Sekretarz Okr. Izby Lekarskiej dr Piechowski stawia wniosek o udzielenie następujących pełnomocnictw:

„Rada Okręgowej Izby Lekarskiej w Poznaniu na posiedzeniu w dniu 26. 3. 50 r. udziela aż do następnego zebrania Rady Okr. Izby Lekarskiej w Poznaniu Zarządowi Okr. Izby Lekarskiej w Poznaniu pełnomocnictwa do działania i występowania w jej imieniu we wszystkich sprawach kierowniczych, reprezentacyjnych, organizacyjnych, opiniodawczych i wykonawczych leżących w zakresie jej działalności oraz do udzielania pełnomocnictw w jej imieniu.

Ponadto Rada Okręgowej Izby Lekarskiej w Poznaniu na zasadzie art 13 ustawy o izbach lekarskich z

dnia 15. 3. 34 r. (D. U. R. P. nr 31 poz. 275) przekazuje Zarządowi Okr. Izby Lekarskiej w Poznaniu swe uprawnienia w sprawach:

z art. 13(4) ewtl. zmian regulaminu Izby oraz regulaminu Sądu Dyscyplinarnego jak i niektórych przepisów regulaminu i statutów instytucji utworzonych przy Izbie,

z art. 13(5) w szczególności wydania opinii o tymczasowych przepisach o tytule specjalisty,

z art. 13(6) wydania norm pracy i płacy lekarzy pracujących na najrozmaitszych odcinkach oraz ewtl. zmian w cenniku opłat lekarskich“.

Rada uchwała jednogłośnie pełnomocnictwa w brzmieniu podanym przez sekretarza.

Do punktu 15 nie zabiera nikt głosu.

Wobec wyczerpania porządku obrad prezes dr Jankowiak zamyka posiedzenie.

Sekretarz Okr. Izby Lek. Prezes Okr. Izby Lek.

(—) Dr med. B. Piechowski (—) Dr med. J. Jankowiak

### Preliminarz budżetowy Okręgowej Izby Lekarskiej w Poznaniu za rok 1950

#### Dochód:

Składki członkowskie:

50 członk. po 500,—	=	25.000,—
500 „ po 250,—	=	125.000,—
200 „ po 200,—	=	40.000,—
75 „ po 150,—	=	11.250,—
100 „ po 100,—	=	10.000,—

925 członk. miesięcz. 211.250,—

rocznie × 12

= 2.535.000,—

Wpisowe 45 × 200,— = 9.000,—

Świadczenia specjalne 20 × 1.000,— = 20.000,—

Legitym. i inne zaświadcz. 50 × 50 zł = 2.500,—

Czynsz z własnych nieruchomości = 511.000,—

Składki zaległe do 31. 12. 49 r. = 150.000,—

3.227.500,—

#### Rozchód:

Składki do Nacz. Izby Lekarskiej = 253.500,—

#### Wydatki osobowe:

Pobory 1.114.150,—

Ubezp. Społ. (25,75%) 293.950,—

Fundusz Akcji Socjalnej (3,5%) 39.000,—

Wczasy pracowników 11.200,—

#### Wydatki rzeczowe:

Opał, światło 50.000,—

Znaczki, port., telef., wydatki kancel. 150.000,—

Drobne naprawy maszyn, piecy itd. 25.000,—

Posiedzenie Rady Izby i koszty diet 75.000,—

Abonamenty i oprawy książek 50.000,—

Przebitki i ogłoszenia 20.000,—

#### Koszty ogólne

Prawne (Syndyk) 48.000,—

Koszty utrzym. domów, podatek i pensje 450.000,—

Za zbadanie ksiąg przez zaprzysiężonego rzeczoznawcę 30.000,—

Ofiary 30.000,—

Stypendium 3 × od 7.000,— do 9.000,— 300.000,—

#### Sąd Izby:

Wynagrodzenie Syndyka i urzędnika 183.780,—

Umorzony składki zaległe 1,—

Różne (nagrody itp.) 103.919,—

3.227.500,—

### Preliminarz

### Funduszu Zapomogowego Okr. Izby Lekarskiej w Poznaniu dla członków Izby oraz wdów i sierot po lekarzach na rok 1950

#### Dochód:

Składki członkowskie 2.400.000,—

Zaległe składki do 31. 12. 49 r. 1,—

Inne 1,—

2.400.002,—

**Rozchód:**

Zapomogi dla lekarzy, wdów i sierot 2.066.256,—

**Koszty administracyjne**

Pobory	238.875,—	
Ubezp. Społ. (25,75%)	61.510,—	
Fundusz akcji socjalnej (3,5%)	8.360,—	
Portoria, wydatki biurowe	15.000,—	
Rewizor	10.000,—	333.745,—
Umorzenie zaległych składek		1,—
		<u>2.400.002,—</u>

Skarbnik

Dr med. J. Ceptowski

Sekretarz

Prezes

(—) Dr med. B. Piechowski (—) Dr med. J. Jankowiak

**Preliminarz budżetowy Sądu Dyscyplinarnego Okręgowej Izby Lekarskiej w Poznaniu na rok 1950****Dochód:**

Koszty postępowania dyscyplinarnego 2/3 spraw zasadzonych czyli 551.350 — 2/3 =	367.570,—
Dopłaty z budżetu administracyjnego Okręgowej Izby Lekarskiej	<u>183.780,—</u>
	551.350,—

**Rozchód:****Zestawienie kosztów 1 rozprawy**

1. Koszty portoryjne	160,—
2. „ świadków (1)	1.000,—
3. „ Przewod. Koleg. Rzeczn. Dysc.	400,—
4. „ Rzecznika	400,—
5. „ Protokolanta	560,—
6. „ Sędziów (3) a 400 zł (1) a 800 zł	1.200,— 800,—
7. „ Administr.	160,—
	<u>4.680,—</u>

przypuszcz. spraw

70,—

	<u>327.600,—</u>
Honorarium Syndyk	96.000,—
Wynagrodzenie sekretarki Sądu	68.250,—
Woźny 70×250 zł	17.500,—
Ubezpieczalnia Społeczna	17.000,—
Wydatki kancelaryjne	15.000,—
Różne	10.000,—
	<u>551.350,—</u>

**Preliminarz budżetowy Funduszu Zapomóg Pośmiertn. Okręgowej Izby Lekarskiej w Poznaniu za rok 1950****Dochód:**

12 zgonów po 200 zł × 840 członk.	= 2.016.000,—
12 zgonów po 100 zł × 45 członk.	= 54.000,—
Składki zaległe do dnia 31. 12. 1949 r.	= 1,—
	<u>2.070.001,—</u>

**Rozchód:**

Zapomogi pośm. 3/4 × 2.070.000,—	= 1.552.500,—
Pobory pracowników	= 226.590,—
Ubezp. Społ. (25,75%)	= 58.360,—
Fundusz Akcji Socjalnej (3,5%)	= 7.930,—
Wydatki kancelaryjne	= 50.000,—
Przelew na Fundusz Zapomógowy	
Zapomogi Pośmiertne wg statutu	<u>174.621,—</u>
	2.070.001,—

**Zjazd Chirurgów Polskich w r. 1951**

Zarząd Towarzystwa Chirurgów Polskich podaje tematy, które będą przedmiotem obrad XXXV Zjazdu Chirurgów Polskich w 1951 roku w Lublinie.

1. Leczenie chirurgiczne choroby wrzodowej żołądka i dwunastnicy.  
Referenci: Prof. K. Michejda i Prof. F. Skubiszewski.

2. Chirurgia spraw urazowych i spraw zapalnych kończyny górnej (zwłaszcza rąk).  
Referenci: Prof. T. Sokołowski i Doc. Z. Ambros.

3. Leczenie oparzeń.  
Referent: Dr med. W. Poradowska.

**Program VIII Zjazdu Pediatrów Polskich**

VIII Zjazd Pediatrów Polskich odbędzie się w dniach 5, 6, 7, 8 października 1950 r. w Krakowie.

5. 10. 1950 r.

Godz. 9—10 Otwarcie Zjazdu. Przemówienie Sekretarza Stałego Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego prof. dr W. Szenajcha.

Godz. 10—12 Odżywianie dziecka i walka z dietami niedoborowymi.

1. Prof. dr Svejcar (Praga): Niedobór białka i składników mineralnych w odżywianiu dzieci.
2. Doc. dr T. Giza: Stany niedoboru i głodu witaminów u dzieci.
3. Prof. dr B. Skarżyński: Aktualne problemy witaminologii.

Godz. 12—14 Dyskusja i ewentualne wnioski.

Godz. 14—16 Przerwa.

- Godz. 16—18
1. Prof. dr Fr. Groer, prof. dr M. Michalowicz, prof. dr H. Brokman: 3 referaty — Zakres pediatrii i jej nauczanie.
  2. Dyr. dr H. Słomczyńska: Osiągnięcia w organizacji Opieki nad Matką i Dzieckiem w Polsce w ciągu ostatnich dwu lat.
  3. Dr med. I. Bielicka: Organizacja opieki nad wcześniakami.
  4. Doc. dr R. Barański, dr Łącki: Analiza śmiertelności dzieci polskich.

Godz. 18—20 Dyskusja i ewentualne wnioski.

Godz. 21 Zebranie Towarzystwskie.

6. 10. 1950 r.

Godz. 8—9 Walne Zebranie Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego.

Godz. 9—10 Doc. dr M. Obtulowicz, doc. dr T. Nowak: Zjawisko alergii w wieku dziecięcym. — 2 referaty.

Godz. 10—11 Prof. dr Fr. Groer i dr. A. Margolisowa: Nowe zdobycze w zakresie leczenia gruźlicy dziecięcej. — 2 referaty.

Godz. 11—13 Dyskusja i ewentualne wnioski.

Godz. 13—15 Zwiedzanie Wawelu.

Godz. 15—16 Przerwa.

Godz. 16—17 Dr. K. Lejman i prof. dr Wł. Mikułowski: Leczenie i zapobieganie kiły wrodzonej u dzieci.

Godz. 17—18 Dyskusja i ewentualne wnioski.

Godz. 19 Teatr.

7. 10. 1950 r.

Godz. 9—13 Posiedzenie z referatami 10-minutowymi na tematy dowolne.

Godz. 13—15 Przerwa.

Godz. 15—18 Dalszy ciąg referatów na tematy dowolne. Dyskusja.

Godz. 18—20 Odczytanie rezolucji i zamknięcie Zjazdu.

8. 10. 1950 r.

Wyjazd do Rabki — zwiedzanie Sanatorium Kolejowego i Śląskiego.

Zgłoszenia uczestników przyjmuje sekretariat Kliniki Chorób Dzieci Akademii Medycznej w Krakowie, ul. Strzelecka 2, do 1. 9. 1950 r. Koszty uczestnictwa wynoszą 1.000,— zł.

**Komitet Organizacyjny****VIII Zjazdu Pediatrów Polskich w Krakowie**