

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, Bydgoskiego Towarzystwa Lekarskiego i Związku Zawodowego Pracowników Służby Zdrowia w Poznaniu

Naczelny Redaktor: *Prof. dr Karol Jonscher*

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

Komitet Wydawniczy: dr T. Frąckowiak, dr J. Jankowiak, dr A. Maciejewski, dr W. Widy, dr St. Wrzyszczyński, doc. 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.

Д-р Э. Хрущелевский

Два случая вскрытия врожденной атрезии пищевода

Автор описывает два случая вскрытия в которых обнаружено врожденную атрезию пищевода с фистулой между пищеводом и трихеей.

Осложнение другими врожденными пороками.

E. CHRÓSCIELEWSKI, M. D.

SUMMARY

The author describes two cases of autopsy of congenital atresia oesophagi and tracheo-oesophageal fistula complicated with other congenital malformations.

Д-р Е. Маевский

Аллергические воспаления в местах соприкосновения с кожей резиновых чулочных поддерживателей.

Краткое изложение

Установлено, что сенсибилизация на резину чулочных подвязок всегда появляется в начале в местах соприкосновения кожи с резиновыми частями подвязок, проявляя признаки воспитательной реакции, которая может затем обобщиться, распространяясь на все конечности нижние, а даже на туловище и конечности верхние.

Факторами сенсибилизации в наших 9 случаях были незначительные следы химических соединений, применяемых при процессах вулканизации натурального каучука, а также синтетического, т. е. мы имели дело в 7 случаях с резиной, происходящей из вулканизации на холодно, содержащей следы двухлористой серы, употребляемой для вулканизации каучука на холодно, а в 2 случаях сенсибилизационные воспалительные изменения появились на почве сенсибилизации на резину вулканизированную на горячо, о чем свидетельствовали следы mercaptobenzothiazol'a.

C. MAJEWSKI, M. D. —

SUMMARY

There is stated that an sensitization to the garters of stockings appears for the first time always

where the skin comes into contact with the rubber portions of garters and shows the signs of eczematous dermatitis what afterwards may extend and take up the lower extremities or even trunk and upper extremities. In our 9 cases the causative antigens there are the insignificant traces of chemical compounds used in vulcanization of natural and synthetic caoutchouc. In 7 cases we are meeting with rubber derived from cold vulcanization containing the traces of sulphur bichloride. In 2 other cases allergic dermatitis appeared after sensitization to the rubber derived from hot vulcanization containing mercaptobenzothiazol.

Д-р Куровская-Тайлёр и Д-р О. Щепский Первые исследования применения антибиотиков при брюшном тифе у детей

Краткое изложение

В лечении находилось четверо детей больных брюшным тифом. Это были исключительно тяжелые случаи.

Авторы применяли маленькие дозы антибиотиков (ауреомицин, хлоромицин), достигая снижения температуры, возврата сознания, улучшения жажды и испражнений.

Реакция хлоромицина на тифозные бактерии оказалась более быстрой и отчетливой чем ауреомицина.

SUMMARY

A. KUROWSKA-TAYLOR, M. D. & O. SZCZEPKI, M. D. — The first trials of antibiotics administration in typhoid fever of children in Pediatric Clinic of Medical Academy of Poznań.

There are reported four cases of typhoid fever in infants treated with aureomycin and chloromycetin. All treated cases were very serious ones. The authors obtained with small doses of antibiotics fall of fever, senses recover, improvement of appetite and stools. The action of chloromycetin on *Salmonella typhi* is quicker and more evident than that one of aureomycin.

Z Zakładu Medycyny Sądowej Akademii Medycznej w Poznaniu

(Dyrektor: prof. dr S. Schilling-Siengalewicz)

Dr med. Edmund Chróścielewski

Adiunkt Zakładu

Dwa przypadki sekcyjne wrodzonej niedrożności przełyku skojarzonej z przetoką przełykowo-tchawiczą

(Opisane przez dr Jerzykowską-Kuleszynę — Nowiny Lekarskie zeszyt 9/10 — dwa przypadki kliniczne wrodzonej niedrożności przełyku rozpatrywałem z punktu widzenia anatomopatologicznego).

Rzadko spotykaną, lecz typową wadą rozwojową przełyku jest wrodzona jego niedrożność w połączeniu z przetoką przełykowo-tchawiczą. W materiale sekcyjnym Zakładu Medycyny Sądowej U. P. w okresie od 1945 do 1950 roku oprócz niżej opisanych dwóch przypadków nie spotkano tej wady. Happich zebrał z piśmiennictwa 59 tego rodzaju przypadków. W piśmiennictwie polskim wada ta szczegółowo została opisana przez W. Pykę.

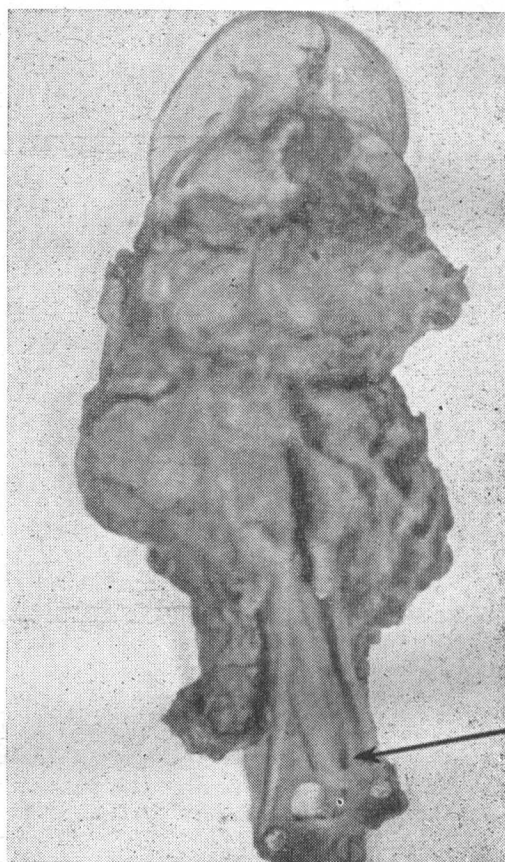
Opisane niżej dwa przypadki wrodzonej niedrożności przełyku skojarzonej z przetoką przełykowo-tchawiczą znalazłem u dwóch sekcjonowanych noworodków przesłanych z Państwowego Szpitala Ginekologiczno-Położniczego w Poznaniu.

Przypadek I

Zwłoki noworodka dwudniowego przesłane z rozpoznaniem klinicznym: Stan po operacji (gastrostomia), niedrożność w obrębie $\frac{1}{3}$ górnej przełyku.

Dane sekcyjne: Nr protokołu sekcyjnego 155/49. Zwłoki noworodka płci żeńskiej, dług. 54 cm, wagi 3400 g, wymiary główki — obwód 36 cm, wymiar skośny duży 13,5 cm, wymiar prosty 11,5 cm, dwuskroniowy 8 cm, dwuciemieniowy 9,8 cm. Na skórze brzucha w linii środkowej tuż poniżej wyrostka mieczykowatego rana chirurgiczna długości 4 cm, spięta 7 szwami jedwabnymi. W dolnej części rany tkwi dren gumowy o średnicy światła 3 mm, dren draży do jamy brzusznej. Mózg — przekrwienie i obrzęk. Płuca — obrzęk. Serce: wada wrodzona — przemieszczenie głównych naczyń — tętnica główna jak i tętnica płucna nie krzyżują się ze sobą i leżą na tym samym poziomie. Łuk tętnicy głównej skierowany jest ku stronie prawej, przechodzi między górną i dolną częścią przełyku i przebiega po prawej stronie kręgosłupa. Przemieszczone są również naczynia odchodzące od łuku tętnicy głównej, przy czym tętnica bezimienna utworzona jest po stronie lewej. Przewód Botalla otwarty, szeroki. Otwór owalny drożny. Przełyk — górna część przełyku w odległości 4 cm od nasady języka kończy się ślepo. Ściana jego jest zgrubiała w porównaniu ze ścianą części dolnej. Oś górnej części przełyku nie pokrywa się zupełnie z osią części dolnej, kikut części górnej jest skierowany ku stronie prawej. Komunikacji między częścią górną a dolną nie stwierdziłem. Między nimi przebiega łuk tętnicy głównej. Dolna część przełyku rozpoczyna się lejkowato w postaci wąskiej przetoki, wychodzącej z tchawicy, w dalszym swym przebiegu rozszerza się i uchodzi prawidłowo do żołądka. Jelita — wzdęte. Żołądek — w ścianie części odźwiernikowej drugi koniec drenu gumowego.

Ściana żołądka w tym odcinku zgrubiała. W jamach ciała stwierdza się małą ilość płynu przejrzystego, żółtawo podbarwionego. Poza tym znacznego stopnia zastój wszystkich narządów i sinica powłok. — Rozpoznanie: Status post operationem gastrostomiam. Vitium congenitum sub forma atresiae partialis superioris oesophagi et tracheoesophago — anastomosis; transpositio truncorum vasorum cordis; ductus Botalli apertus, latus; foramen ovale apertum; oedema cerebri et pulmonis utriusque; venostasis omnium organorum; cyanosis. Rys. Tab. I, II, III.



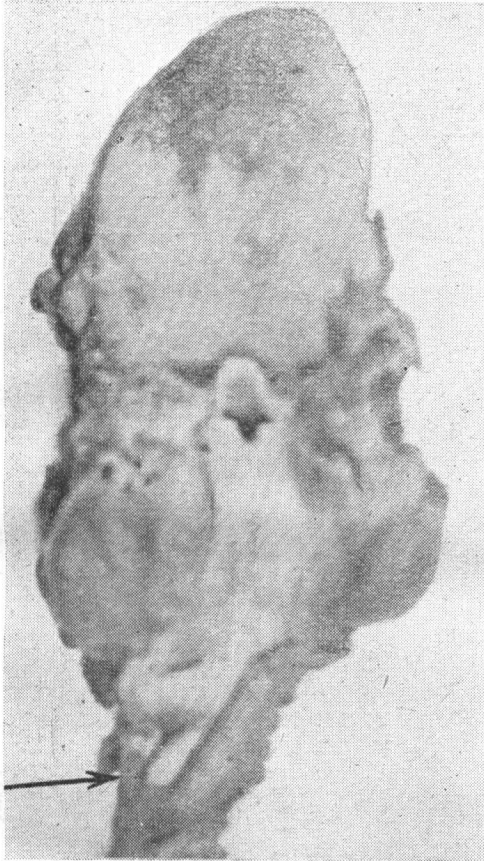
przetoka
przełykowa

Tab. I. Tchawica z przetoką przełykową.

Przypadek II.

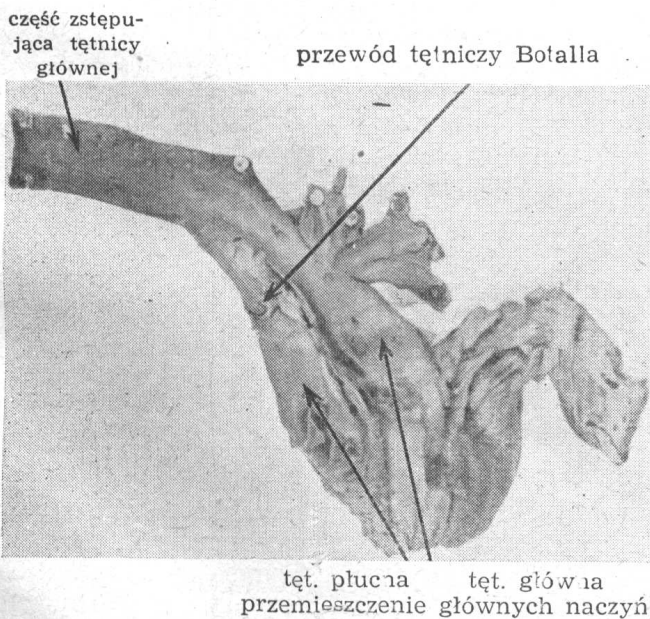
Zwłoki noworodka 5-dniowego płci żeńskiej. Rozpoznanie kliniczne — atresia oesophagi. Status post operationem gastrostomiam. Dane sekcyjne: Nr protokołu sekcyjnego 162/49. Noworodek płci żeńskiej, długość 45 cm, odżywienia średniego, budowy prawidłowej. Skóra poza plamami opadowymi żółtaczkowo podbarwiona. Na skórze barków i grzbietu meszek. Kończyny górne — paznokcie nie dochodzą do opuszek palców. Wymiary główki: skośny duży 12 cm, prosty 10 cm, dwuskroniowy 7 cm, dwuciemieniowy 8 cm. Szerokość barków 10 cm, wymiar dwukrętarzowy 7 cm. Wargi

sromowe większe nie zakrywają warg sromowych mniejszych. Płuca — prawe. Płuco szaro-różowe, w dolnym płacie u podstawy oraz w części przykregosłupowej obmacywaniem wyczuwa się ograniczone opory. Na rozkroju w tych miejscach stwierdza się ogniska wielkości śliwki, o brzegach niewyraźnych, i o powierzchni nieco wystającej ponad poziom, bezpowietrzne, szaro-wiśniowe. Miąższ w tych miejscach jest kruchy. Podobne ogniska stwierdza się w płacie środko-



ślepo kończący się górny odcinek przełyku

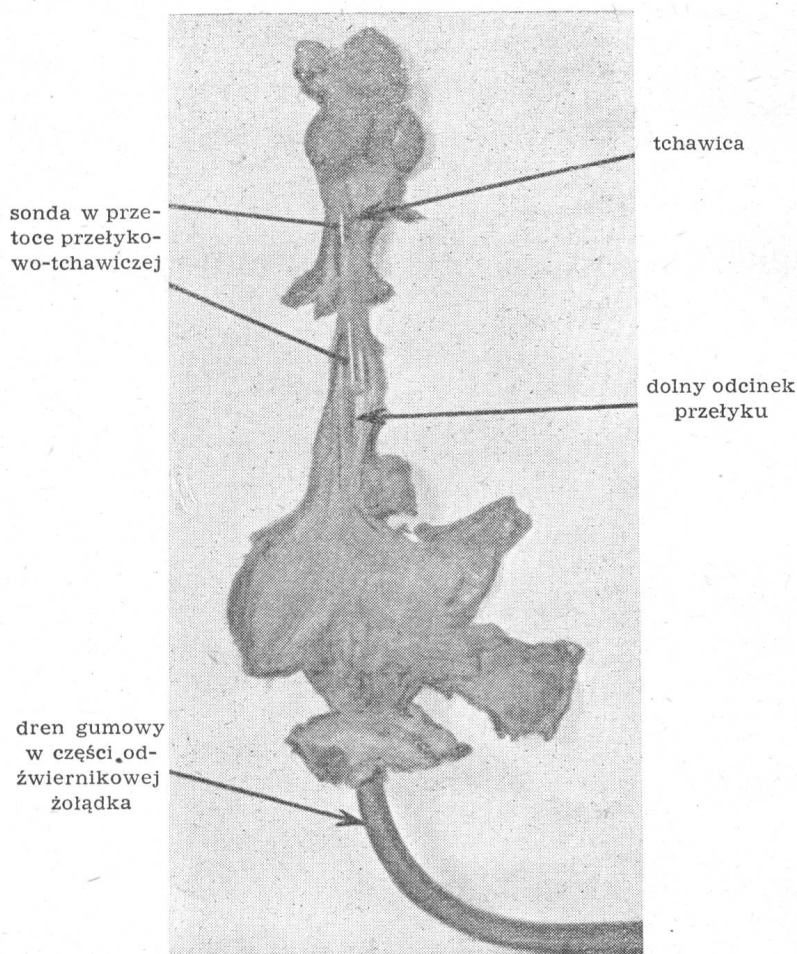
Tab II. Niedrożność górnej części przełyku.



Tab. III. Wada wrodzona głównych naczyń

wym płuca prawego oraz w dolnym płacie płuca lewego. Oskrzela dolnego płatu zawierają treść ciągnącą się szaro-białawą. Powierzchnia rozkroju pozostałych odcinków płuc jest szaro-różowa, sucha, powietrzna. Serce: koniuszek nieco rozdwojony, utworzony przez obie komory. Na wolnym brzegu płatków zastawki trójdzielnej drobne brodawkowate wyniosłości. Otwór owalny drożny. Przewód Botalla otwarty. Nerki — zrazowatość nerek zaznaczona. W piramidach nerek widać złogi szaro-złocistego barwika, ułożone promienisto. Jelita — silnie wzdęte. Żołądek pusty. W części odźwiernikowej widać koniec drenu gumowego o średnicy 4 mm. Szwy chirurgiczne trzymają dobrze. Błona śluzowa wybitnie sina. Przełyk: odcinek górny — kończy się ślepo w odległości 3,6 cm od jamy ustnej. Oś górnego odcinka przełyku w przedłużeniu pokrywa się z dolną jego częścią. W świetle widać białawą gęstą masę (masa kontrastowa Rg.). Odcinek dolny zweża się stożkowato. Fałdy podłużne śluzówki schodzą się w najniższym punkcie ślepego odcinka. Połączenia między odcinkiem górnym a dolnym brak. Odcinek dolny — nad wpustem — 1/5 cm szeroki, 4,5 cm ponad wpustem żołądka przełyk lekko zweża się i łączy się za pomocą przetoki z tchawicą. Średnica przetoki 4 mm. Przetoka przełykowo-tchawicza znajduje się 1 cm ponad rozwidleniem tchawicy. Rozpoznanie sekcyjne: Status post operationem gastrostomiam. Atresia oesophagi et fistula oesophago-trachealis congenita (communicatio partis inferioris oesophagi cum trachea). Bronchopneumonia confluens lobi inferioris et medialis pulmonis dextri et lobi inferioris pulmonis sinistri. Endocarditis foetalis valvulae tricuspidalis. Infarctus acidi urici renum. Renes lobati. Foramen ovale apertum et ductus Botalli apertus. Hyperaemia passivi omnium organorum. Icterus neonatorum gradus minoris. Apex cordis bifidus. Rys. Tab. IV.

W obu wyżej opisanych przypadkach sekcyjnych spotykamy tę samą sprzężoną wadę rozwojową przełyku, polegającą na niedrożności górnego odcinka i obecności przetoki przełykowo-tchawicznej. W przypadkach tych mamy podzielenie przełyku na dwa nie komunikujące się z sobą bezpośrednio odcinki. Górna część w obu przypadkach kończy się ślepo, a ściany jej są zgrubiałe. Dno ślepego odcinka kończy się ponad rozwidleniem tchawicy. Oś górnego odcinka w przypadku pierwszym zbaczała nieco na prawo, a w drugim była przedłużeniem pierwotnej osi przełyku. Liczni autorzy podają, że oś w górnej części przełyku często zbacza od pierwotnej osi i to najczęściej w lewo. Tak w jednym i w drugim przypadku nie stwierdziłem zupełnie części pośredniej, która by łączyła bezpośrednio odcinek górny z dolnym. Poza tym spotykamy w obu przypadkach kombinowanie się sprzężonej wady rozwojowej przełyku z innymi wadami rozwojowymi. W pierwszym przypadku między częścią górną i dolną przechodzi łuk tętnicy głównej, przebiegający nieprawidłowo na prawą stronę klatki piersiowej. W drugim wystąpiło rozdwojenie koniuszka serca. W przypadku opisanym przez Illota (1876) prawa tętnica podobojczykowa odchodziła od zstępującej części tętnicy głównej i przechodziła na stronę prawą między tchawicą a niedrożną częścią przełyku.



Tab. IV. wrodzona niedrożność przełyku skojarzona z przetoką przełykowo-tchawiczą.

Powstanie tej wady według wielu autorów, a m. i. również wg zdania Pyki ma być ściśle związane z zaburzeniami rozwojowymi u płodów 1—2 miesięcznych. Połączenie przełykowo-tchawicze powstaje w następstwie niedostatecznego odsznurowania się ryny tchawiczo-płuc-

nej w dolnym odcinku wskutek zahamowania pocusu odsznurowania. Momentem wywołującym powstanie wady ma być zaburzenie czasowe w rozwoju przełyku i płuc. W następstwie przedwczesnego rozwoju zawiązka płuc czy też wzrostu przełyku wzdłuż następuje powstrzymanie procesu zbliżania się do siebie pierwotnych listewek przełykowo-tchawicznych w dolnej części uniemożliwiając w ten sposób ich wzrost. Umieszczenie przetoki zależne jest od czynnika hamującego proces odzielania się zawiązka tchawiczo-płucnego. W przypadkach przedwczesnego rozwoju płuc, przetokę przełykowo-tchawiczą spotyka się ponad rozwidleniem tchawicy lub nawet w oskrzeli, przy czym równocześnie przełyk w tym miejscu zostaje przytwierdzony do tchawicy i podzielony na dwa odcinki nie komunikujące się bezpośrednio ze sobą.

PIŚMIENNICTWO

1. W. Pyka — Wady rozwojowe przełyku. Warszawa 1938. Archiwum Nauk Biologicznych Tow. Naukowego Warszawskiego. Z. 3, t. 7.
2. J. Kossakowski — Wskazania do zabiegów chirurgicznych u noworodków i niemowląt. Warszawa 1949.
3. W. Nowicki — Anatomia patologiczna szczegółowa I. str. 411—412. Kraków 1935 r.
4. M. Lelong — La diagnosis précoce de l'atrésie oesophagienne par le cathete. Quasi systematique de l'oesophagi. (Arch. Franc. de Pédiatrie t. IV, nr 5, 1947, str. 443).
5. Rosenthal A. H. — Congenital atresia of the oesophagus with trachel-oesophageal fistula — report of eight cases. Arch. of Pathol. XII. 756, 1931.
6. Polson C. J. — Congenital atresia of the oesophagus (Lancet, 1930, II. 195).
7. Fritz E. — Eine seltene Missbildung der oberen Luftwege. Virchovs Archiv. 289, 1933.

Z Kliniki Dermatologicznej Akademii Medycznej w Poznaniu

(Dyrektor: Prof. Dr Adam Straszyński)

Dr med. Majewski Czesław
st. asystent Kliniki

Zmiany alergiczne wypryskowe w miejscu przylegania do skóry gumowych podtrzymywaczy pończoch

Wraz z rozwojem kopalnictwa i przemysłu pojawiły się schorzenia, które dały początek nowej gałęzi wiedzy lekarskiej — medycynie przemysłowej, mającej za zadanie zapobieganie schorzeniom zawodowym. Równocześnie ze schorzeniami zawodowymi skóry u robotników

pracujących w przemyśle, także wśród odbiorców gotowych produktów fabrycznych pojawiły się stany wypryskowe, będące wynikiem uczulającego działania na skórę pewnych grup chemicznych wchodzących w skład gotowego produktu fabrycznego.

I tak w przemyśle gumowym zdarzają się schorzenia skóry pateryczne i alergiczne zawodowe u robotników tego przemysłu, a u odbiorców korzystających z towarów przemysłu gumowego spotykamy się również ze stanami wypryskowatymi w skórze będącymi zazwyczaj następstwem uczulenia skóry na pewne związki chemiczne zawarte w gotowym towarze gumowym.

W przemyśle gumowym amerykańskim, w 1926 r. u około 3% robotników zdarzały się choroby zawodowe skóry, związane z pracą przy wulkanizacji kauczuku tak naturalnego jak i syntetycznego. Procent tych schorzeń uległ do 1933 r. zmniejszeniu do 1% — dzięki ścisłemu przestrzeganiu higieny pracy (Schwartz i Tulipan). W Anglii obliczają, że rocznie zdarza się 18.000 do 19.000 świeżych zachorowań, objawiających się pod postacią zmian wypryskowatych w skórze, będących następstwem uczulenia na gumę, przy czym cyfry te obejmują łączną liczbę przypadków dotyczących robotników pracujących w przemyśle gumowym wraz z osobnikami korzystającymi z wyrobów tego przemysłu.

Produkcji gumy jest procesem z punktu widzenia chemicznego bardzo złożonym. Gumę otrzymujemy, bądź z surowca roślinnego, jakim jest kauczuk naturalny, bądź też z surowca sztucznego, tj. z kauczuku syntetycznego (buna, neopren, thiol i in.), będącego połączeniem terpenów z kwasami węglowymi. Tak kauczuk naturalny, jak i syntetyczny zostaje poddany procesowi wulkanizacji, który odbywać się może na zimno lub na gorąco, a celem wulkanizacji jest nadanie gotowemu produktowi, tj. gumie takich cech jak: elastyczność, ciągliwość, trwałość, nierozpuszczalność. W procesie wulkanizacji na zimno dodaje się w tym celu połączeń siarki z chlorem (chlorek i dwuchlorek siarki), a w procesie wulkanizacji na gorąco wchodzi w grę aromatyczne nitrozwiązki, oraz połączenia anilinowe, przy czym obecnie najczęściej używa się w procesie wulkanizacji na gorąco pochodnych gnanidyny (dwu- i trzy-phenylgnanidyny), oraz mercaptobenzothiazol i jego pochodnych a także najrozmaitszych wulkanizatorów, których skład chemiczny jest tajemnicą fabryczną.

Uczulenie skóry na ten sam kauczuk tak naturalny, jak i sztuczny zdarza się rzadko (1 przypadek opisany przez Hallorana oraz 2 przypadki opisane przez Rokstada). Natomiast u robotników zatrudnionych w produkcji gumy oraz u osobników stykających się z gumowymi przedmiotami występują stany wypryskowe na tle uczulenia na połączenia chemiczne, używane w procesie przygotowywania surowca do wulkanizacji (tlenki cynku, ołowiu, węglany magnezu, wosk, parafina, dziegieć, oleje, barwniki: jak pięciosiarczek antymonu

barwiący gumę na czerwono, rozpuszczalniki: benzol, benzyna, czterochlorek węgla). Poza tym działanie uczulające wywierają połączenia chemiczne używane do wulkanizacji kauczuku (chlorek i dwuchlorek siarki, tetramethylthiuramidisulfid, headinitrophenylamina, paranitrosodimethylamina heametylenamina, 2 i 3 phenylgnanidyna, mercaptobenzothiazol), przy czym ślady tych związków chemicznych w gotowym produkcie fabrycznym mogą być przyczyną stanów wypryskowatych w skórze u osobników korzystających z towarów przemysłu gumowego. Uczulenie zjawia się po kilku dniach do kilku tygodni od chwili zetknięcia się skóry z przedmiotem gumowym, przy czym u większości chorych zmiany wypryskowe ograniczają się do miejsca przylegania przedmiotu gumowego, a u niektórych po wystąpieniu zmian w miejscu działania przetworu gumowego na skórę pojawia się uogólnienie zmian wypryskowatych na całej powierzchni skóry.

Najczęściej spotykamy się ze zmianami wypryskowatymi na stopach wskutek noszenia gumowego obuwia. Obuwie zrobione częściowo albo całkowicie z gumy jest obecnie często używane, ze względu na nieprzemakalność oraz taniość produkcji. Na 102 chorych ze zmianami wypryskowatymi na skórze stóp P. Marcussen stwierdził u 11 z nich uczulenie na gumowe części obuwia, przy czym skórnymi próbami płatkowymi wykazał on u tych chorych uczulenie na mercaptobenzothiazol, znajdujący się w śladach w gumie wulkanizowanej na gorąco. Stany wypryskowe powstające wskutek noszenia obuwia gumowego zdarzają się latem, ponieważ uczulające substancje zawarte w gumie stają się lotne w wyższej temperaturze i parowanie ich wzrasta, co umożliwia ich przenikanie przez warstwę wkładki skórzanej czy skarpet.

Prócz obuwia gumowego cały szereg innych przedmiotów gumowych wywołuje zmiany wypryskowe powstające w miejscach bezpośredniego stykania się z nimi skóry. Opisano takie zmiany na tle bezpośredniego stykowego działania na skórę następujących przedmiotów gumowych: 1. gumowe bandaże (Thomas S. Sanders, Niles), 2. gumy do wycierania (Adkinson, Walker), 3. gumowe części aparatów do wyrównywania brwi (Fox), 4. gumowe podtrzymywacze pończoch (Hübner, Ratner 1935 r.), 5. gumowe palce, przylepce (Schwartz, Albaum, Peck), 6. prezerwatywy (Obermayer, Hübner), 7. gumowe podtrzymywacze pończoch (Hübner, mowe części szkieł ochronnych (George, Curtis), 9. gumowe części przyrządów optycznych samolotów (Burchhardt), 10. gumowe rękawiczki używane przez personel lekarski, oraz gospodynie domowe (Obermayer,

Osborne, Putman, Downing, Bailly, Zitzke).

W przypadkach zmian wypryskowych wywołanych używaniem gumowych rękawiczek stwierdzono, że rękawiczki wyrabiane były z gumy wulkanizowanej na zimno, a substancją uczulającą skórę (jak wykazały próby płatkowe) był dwuchlorek siarki. Rękawiczki te poddane działaniu zasad traciły uczulające właściwości. Również zmiana takich rękawiczek na inne nie zawierające śladów dwuchloru siarki, (a więc pochodzące z wulkanizacji na gorąco), była korzystna, bo nie powodowały one powstawania zmian chorobowych u osobników uczulonych na dwuchlorek siarki.

W Klinice Dermatologicznej Akademii Medycznej w Poznaniu, oraz w ambulatorium Ubezpieczalni Społecznej w Poznaniu miałem sposobność spostrzegać 9 przypadków zmian wypryskowych skóry, które powstały na tle uczulenia na gumowe podtrzymywacze pończoch.

Badania chemiczne gumowych podtrzymywaczy pończoch przeprowadzone przez Doc. Dr K. Kapitanić zyka w Szkole Inżynierskiej w Poznaniu, wykazały w 7 przypadkach obecność śladów dwuchloru siarki używanego w procesie wulkanizacji kauczuku na zimno. To też w tych przypadkach można przyjąć uczulające działanie dwuchloru siarki. W dwóch pozostałych przypadkach stwierdzono obecność śladów mercaptobenzothiazolu używanego w procesie wulkanizacji kauczuku na gorąco, którego ślady mają również działać na skórę uczulając wywołując w niej stany wypryskowe.

Stwierdziwszy wypryskowe zmiany w miejscu przylegania gumowych podtrzymywaczy pończoch, wykonywaliśmy próby płatkowe u chorych oraz próby kontrolne u zdrowych osobników w następującej kolejności:

1. próby płatkowe z gumowymi podtrzymywaczami pończoch,
2. próby płatkowe z 50% roztworem toluolu w oliwie, który jako rozpuszczalnik dwuchloru siarki może działać uczulająco,
3. próby płatkowe z 1% roztworem dwuchloru siarki w toluolu, a gdy te wypadły ujemnie, wykonywano próby płatkowe z 2% roztworem mercaptobenzothiazolu w oliwie. Równocześnie wykonywano w każdym przypadku analizę chemiczną gumowych podtrzymywaczy pończoch, mającą na celu wykazanie śladów związków chemicznych, działających uczulająco na skórę.

Opis przypadków własnych

Przypadek I: Chora J. F. lat 53. Zgłosiła się do badania 11. II. 1949 r. Obserwację zakończono 28. IV. 1949 r.

Rozpoznanie: *Epidermodermatitis disseminata*.

Wywiady: Obecna choroba zaczęła się w 1948 r. na wiosnę, po założeniu nowych gumowych podtrzymywaczy pończoch. Na obu udach pojawiły się najpierw ru-

mienie i swędzenie, a następnie pęcherzyki i sączenie, w miejscach odpowiadających przyleganiu gumowych podtrzymywaczy pończoch do skóry ud. Chora udała się po poradę do dermatologa, który zabronił jej nosić gumowych podwiązek, oraz zapisał mazidło. W lecie 1948 r. wykwyty na skórze obu ud ustąpiły całkowicie. W jesieni 1948 r. chora założyła znowu te same gumowe podtrzymywacze pończoch i zauważyła po kilku dniach na obu udach w miejscach przylegania gumowych uchwytów pończoch pojawienie się rumieni oraz sączenia. Sprawa chorobowa stopniowo nasilała się tak, że w lutym 1949 r. zmiany chorobowe pojawiły się na skórze tułowia i kończyn górnych. Stan skóry: Na skórze kończyn górnych i tułowia istnieją liczne plamy rumieniowe, oraz wykwyty drobnogrudkowe. Na skórze ud i podudzi poniżej kolan, widoczne jest rozlane zaczerwienienie skóry pokryte pęcherzykami oraz sączącymi nadżerkami. W miejscach przylegania do skóry gumowych podtrzymywaczy pończoch stwierdza się liczne wykwyty pęcherzykowe i drobnogrudkowe. Chora skarży się na silne swędzenie tych zmian.

Po zabronieniu noszenia gumowych podtrzymywaczy pończoch i uspokojeniu objawów zapalnych wykonano u chorej próby płatkowe z gumowymi podtrzymywaczami pończoch, oraz z 1% roztworem dwuchloru siarki w toluolu.

Próby te wypadły u chorej dodatnio (rumień i wykwyty drobnogrudkowe), podczas gdy te same próby u osobnika kontrolnego wypadły ujemnie. Analiza chemiczna gumowych podtrzymywaczy pończoch wykazała obecność śladów dwuchloru siarki.

Przypadek II: Chora W. F. lat 28. Zgłosiła się do badania 22. II. 1949 r. Obserwację zakończono 3 kwietnia 1949 r.

Rozpoznanie:

Epidermodermatitis femoris utriusque.

Wywiady: Trzy lata temu jesienią w kilka tygodni po zmianie gumowych podtrzymywaczy pończoch, wystąpiły u chorej na obu udach rumienie oraz wzmoczone złuszczenie się naskórka. Wykwitom tym towarzyszyło silne swędzenie tych miejsc. Na wiosnę i w lecie, gdy chora przestała nosić pończochy, sprawa chorobowa ustępowała, a jesienią z chwilą ponownego użycia gumowych podtrzymywaczy pończoch zmiany wypryskowe na udach pojawiły się ponownie. Podczas obecnej trzeciej z kolei zimy, zmiany chorobowe obficie sączyły i pokryte były licznymi wykwitami pęcherzykowymi.

Stan skóry: Na skórze obu ud widoczne są rumienie, wzmoczone złuszczenie się naskórka, liczne wykwyty pęcherzykowe i nadżerki, oraz obfite sączenie, szczególnie nasilone w miejscach przylegania do skóry gumowych podtrzymywaczy pończoch.

Próby płatkowe z gumowymi podtrzymywaczami pończoch oraz 1% roztworem dwuchloru siarki w toluolu wypadły u chorej dodatnio (rumień + wykwyty drobnogrudkowe), natomiast u osobnika kontrolnego obie próby wypadły ujemnie. Analiza chemiczna gumowych podtrzymywaczy pończoch wykazała obecność śladów dwuchloru siarki.

Przypadek III: Chora G. S. lat 26, nr karty amb. 252/49. Zgłosiła się do badania 18. III. 1949 r. Obserwację zakończono 8. V. 1949 r.

Rozpoznanie:

Epidermodermatitis femoris utriusque.

Wywiady: Czują się zawsze zdrowa. W marcu 1948 r. kupiła sobie nowy pas z gumowymi podtrzymywaczami pończoch. W połowie kwietnia 1948 r., na skórze obu ud w miejscach przylegania gumowych podtrzymywaczy pończoch wystąpiły rumienie, oraz wzmoczone złuszczenie się naskórka i mierne swędzenie skóry. Latem chora przestała nosić pończochy, a więc i podwiązki, toteż zmiany chorobowe na udach ustąpiły. Z chwilą ponownego nałożenia podwiązek w jesieni 1948 r. już po kilku dniach pojawiły się na obu udach w miejscach przylegania do skóry gumowych podtrzymywaczy poń-

czoch, rumienie i pęcherzyki i nadżerki, oraz wzmożone złuszczenie się naskórka i swędzenie. W ciągu zimy rumienie rozlały się na całe zewnętrzne i wewnętrzne powierzchnie ud.

Stan skóry: Na skórze obu ud widoczne są jasnoczerwone, rozlane rumienie i złuszczenie się naskórka, a w miejscach przylegania do skóry gumowych podtrzymywaczy pończoch rumień jest silniej zaznaczony, pokryty pęcherzykami, nadżerkami i sączeniem.

U chorej wykonano próby płatkowe z gumowymi podtrzymywaczami pończoch, które wypadły dodatnio (rumień nacieczony). Próba płatkowa z 1% roztworem dwuchlorku siarki z toluolu wypadła ujemnie, natomiast próba płatkowa z 2% roztworem mercaptobenzothiazolu w oliwie wypadła dodatnio (rumień + wykwity drobnogrudkowe). Podane próby kontrolne u osobnika zdrowego, wypadły ujemnie. Analiza chemiczna gumowych podtrzymywaczy pończoch wykazała obecność w nich śladów mercaptobenzothiazolu, używanego w wulkanizacji kauczuku na gorąco.

Przypadek IV: Chora K. M. lat 28, nr karty ambulatoryjnej 1598/49. Zgłosiła się do badania 20. III 1949 r. Obserwację zakończono 2. VI. 1949 r.

Rozpoznanie:

Epidermodermatitis femoris utriusque.

Wywiady: Dotychczas nie chorowała. W miesiąc po założeniu gumowych podtrzymywaczy pończoch pojawiły się u chorej na obu udach rumienie, oraz wykwity drobnogrudkowe w miejscach odpowiadających przyleganiu do skóry gumowych części podwiązek. Wykwitom tym towarzyszyło silne swędzenie.

Stan skóry: Na skórze obu ud w miejscach przylegania do skóry gumowych podtrzymywaczy pończoch widoczne są jasnoczerwone rumienie. W obrębie nich stwierdza się silnie wzmożone złuszczenie się naskórka, liczne wykwity drobnogrudkowe, pęcherzykowe, nadżerki i obfite sączenie. U chorej wykonano próby płatkowe z gumowymi podtrzymywaczami pończoch, oraz 1% roztworem dwuchlorku siarki w toluolu. Próby te wypadły u chorej dodatnio (rumień nacieczony), podczas gdy u osobnika kontrolnego wypadły ujemnie. Analiza chemiczna gumowych podtrzymywaczy pończoch wykazała obecność w nich śladów dwuchlorku siarki.

Przypadek V: Chora P. B., lat 24. Zgłosiła się do badania 18. IV. 1949 r. Obserwację zakończono 5. VII. 1949 r.

Rozpoznanie: *Epidermodermatitis disseminata.*

Wywiady: Przed trzema laty pojawiły się u chorej na skórze grzbietów obu dłoni wykwity rumieniowe, wzmożone złuszczenie się naskórka oraz sączenie. Po kilku tygodniach leczenia zmiany te ustąpiły, bo chora zauważyła szkodliwe działanie na jej skórę proszku do prania i przestała się nim posługiwać. Obecnie przed 8 tygodniami chora zmieniła gumowe podtrzymywacze pończoch i podaje, że w siedem tygodni po założeniu nowych gum pojawiły się na skórze obu ud rumienie oraz sączenie w miejscach przylegania do skóry gumowych podtrzymywaczy pończoch.

Stan ten szybko uległ pogorszeniu i w ciągu krótkiego czasu powstały również zmiany na skórze tułowia i kończyn górnych (rumienie, wzmożone złuszczenie się naskórka oraz liczne wykwity pęcherzykowe i drobnogrudkowe). Wykwitom tym towarzyszyło silne swędzenie skóry.

Stan skóry: Na skórze tułowia, kończyn górnych i dolnych istnieją liczne plamy rumieniowe, a obok nich pęcherzyki, wykwity drobnogrudkowe oraz wzmożone złuszczenie się naskórka. Na skórze obu ud w miejscach przylegania do skóry gumowych podtrzymywaczy pończoch stwierdza się sączenie oraz liczne nadżerki i wykwity pęcherzykowe.

U chorej wykonano próby płatkowe z gumowymi podtrzymywaczami pończoch oraz z 1% roztworem dwuchlorku siarki w toluolu. Próby te wypadły u cho-

rej dodatnio (rumień + wykwity drobnogrudkowe), podczas gdy próby kontrolne u osobnika zdrowego wypadły ujemnie. Analiza chemiczna gumowych podtrzymywaczy pończoch wykazała obecność u nich śladów dwuchlorku siarki.

Przypadek VI: Chora T. M., lat 42. Zgłosiła się do badania 28. IV. 1949 r. Obserwację zakończono 12. VI. 1949 r.

Rozpoznanie:

Epidermodermatitis femoris utriusque.

Wywiady: Dwa lata temu cierpiała na uogólnione zmiany wypryskowe na tułowiu i kończynach. Leczyła się u dermatologa w Poznaniu, poza tym nie chorowała. Obecna choroba zaczęła się w 6 tygodni po założeniu nowych gumowych podtrzymywaczy pończoch, wystąpieniem zmian wypryskowych na udach w miejscach przylegania do skóry tych podtrzymywaczy.

Stan skóry: na skórze obu ud istnieją jasnoczerwone rumienie, pęcherzyki, nadżerki i obfite sączenie, obok licznych wykwitów drobnogrudkowych oraz wzmożonego złuszczenia się naskórka. Chora skarży się na silne swędzenie skóry obu ud.

U chorej wykonano próby płatkowe z gumowymi podtrzymywaczami pończoch oraz z 1% roztworem dwuchlorku siarki w toluolu. Próby płatkowe u chorej wypadły dodatnio (rumień nacieczony w miejscu przylegania gumy, rumień + grudki w miejscu przylegania gazika zwilżonego 1% roztworem dwuchlorku siarki w toluolu). U osobnika kontrolnego próby płatkowe z gumowymi podtrzymywaczami pończoch oraz z 1% roztworem dwuchlorku siarki w toluolu wypadły ujemnie. Analiza chemiczna gumowych podtrzymywaczy pończoch wykazała obecność w nich śladów dwuchlorku siarki.

Przypadek VII: Chora R. M., lat 46, nr karty ambulatoryjnej 585/49. Zgłosiła się do badania 8. VI. 1949 r. Obserwację zakończono 28. VII. 49 r.

Rozpoznanie:

Epidermodermatitis femoris utriusque.

Wywiady: W kwietniu 1949 r. zmieniła gumowe podtrzymywacze pończoch, a w osiem tygodni potem pojawiły się na skórze obu ud silnie swędzące jasnoczerwone rumienie oraz nieznaczne stopnia sączenie w miejscach odpowiadających przyleganiu do skóry gumowych podtrzymywaczy pończoch. Stan skóry: Na skórze obu ud widoczne są w miejscach przylegania gumowych podtrzymywaczy pończoch jasnoczerwone rumienie pokryte pęcherzykami, nadżerkami i wskazujące nieznaczne sączenie. Chora skarży się na uporczywe swędzenie skóry obu ud.

U chorej wykonano próby płatkowe z gumowymi podtrzymywaczami pończoch oraz z 1% roztworem dwuchlorku siarki w toluolu. Obie próby płatkowe wypadły u chorej dodatnio (rumień + wykwity drobnogrudkowe). Próby kontrolne u osobnika zdrowego wypadły ujemnie. Analiza chemiczna gumowych podtrzymywaczy pończoch wykazała obecność w nich śladów dwuchlorku siarki.

Przypadek VIII: Chora G. A., lat 38, nr karty ambulatoryjnej 1094/49. Zgłosiła się do badania 2. VII. 1949 r. Obserwację zakończono 9. IX. 1949 r.

Rozpoznanie:

Epidermodermatitis femoris utriusque.

Wywiady: Poważniej nie chorowała. W pierwszych dniach maja 1949 r. kupiła nowe podwiązki. W trzy tygodnie potem pojawiły się na wewnętrznych i zewnętrznych powierzchniach obu ud jasnoczerwone rumienie w miejscach przylegania do skóry gumowych podtrzymywaczy pończoch, a w kilka dni potem w obrębie tych rumieni powstały wykwity drobnogrudkowe, pęcherzyki, nadżerki i nieznaczne sączenie.

Stan skóry: Na skórze obu ud widoczne są jasnoczerwone rumienie, najintensywniej wysyczone w miejscach znacznego stopnia sączenia i wzmożone złuszczenie się naskórka. Chora uskarża się na silne swędzenie skóry obu ud. U chorej wykonano próby płatkowe z gumowymi podtrzymywaczami pończoch, oraz z 1% roztworem dwuchlorku siarki w toluolu. Próby płatkowe wypadły u chorej dodatnio (rumień + grudki), podczas gdy próby kontrolne u osobnika zdrowego dały wynik ujemny. Analiza chemiczna gumowych podtrzymywaczy pończoch wykazała obecność w nich śladów dwuchlorku siarki.

Przypadek IX: Chora P. Z., lat 30, nr karty ambulatoryjnej Wojewódzkiej Centralnej Przychodni Skórno-Wenerologicznej 171/50. Zgłosiła się do badania 30. I. 1950 r. Obserwacje zakończono 15. III. 1950 r.

Rozpoznanie:

Epidermodermatitis femoris utriusque.

Wywiady: W trzy tygodnie po zmianie gumowych podtrzymywaczy pończoch wystąpiły u chorej na obu udach rumienie, wzmożone złuszczenie się naskórka, oraz swędzenie skóry.

Stan skóry: Na skórze obu ud, w miejscach odpowiadających przyleganiu gumowych podtrzymywaczy pończoch istnieją jasnoczerwone rumienie, pęcherzyki, nadżerki wzmożone, złuszczenie się naskórka, oraz sączenie. Chora skarży się na silne swędzenie skóry obu ud.

U chorej wykonano próbę płatkową z gumowymi podtrzymywaczami pończoch. Próba ta wypadła dodatnio (rumień nacieczony). Ponieważ próba płatkowa z 1% roztworem dwuchlorku siarki w toluolu wypadła ujemnie, wykonano próbę płatkową z 2% roztworem mercaptobenzothiazolu w oliwie. Próba ta wypadła dodatnio (rumień + wykwyty drobnogrudkowe). Kontrolne próby płatkowe u osobnika zdrowego dały wyniki ujemne. Analiza chemiczna gumowych podtrzymywaczy pończoch wykazała obecność u nich śladów mercaptobenzothiazolu.

Stwierdzono, że uczulenie na gumę podtrzymywaczy pończoch pojawia się zawsze pierwotnie w miejscu stykania się skóry z gumowymi częściami podtrzymywaczy i wykazuje cechy odczynu wypryskowego, który może się następnie uogólnić zajmując całe kończyny dolne, a nawet tułów i kończyny górne. Czynnikiem uczulającymi były w naszych przypadkach nieznaczące ślady połączeń chemicznych używanych w procesie wulkanizacji kauczuku tak naturalnego, jak i syntetycznego, tj. mieliśmy do czynienia 7 razy z gumą pochodzącą z wulkanizacji na zimno, która zawierała ślady dwuchlorku siarki używanego do wulkanizacji kauczuku na zimno, a w 2 przypadkach zmiany uczuleniowe wypryskowe powstały na tle uczulenia na gumę wulkanizowaną na gorąco, o czym świadczyły ślady mercaptobenzothiazolu.

W naszych przypadkach rozpoczynano leczenie od natychmiastowego usunięcia gumowych podtrzymywaczy pończoch, po czym w zależności od charakteru zmian chorobowych stosowano okłady lub obojętne mazidła. Przeważnie stosowano mazidła z zawartością kwasu garbnikowego, które działały bardzo korzystnie.

Wielkie znaczenie przywiązywaliśmy do poczynania uczulonych chorych, aby starały się

uniknąć noszenia gumowych podtrzymywaczy pończoch lub też zabezpieczyły skórę przed ich działaniem.

Wnioski

Na podstawie przytoczonych spostrzeżeń można wysnuć następujące wnioski:

1. Przemysł gumowy, wypuszczając na rynek przedmioty gumowe codziennego użytku, powinien dążyć do takiego usprawnienia produkcji, żeby o ile to możliwe, w toku produkcji chemicznej usuwano ślady związków chemicznych działających następnie uczulająco na skórę.
2. Z chwilą wystąpienia stanu wypryskowego na udach w miejscach stykania się ze skórą gumowych podtrzymywaczy pończoch, należy chore pouczyć o właściwej przyczynie tych zmian oraz zabronić stykania się z tym materiałem uczulającym.
3. Po wyleczeniu stanu wypryskowego na udach można zastąpić gumowe podtrzymywacze pończoch, pochodzące z wulkanizacji kauczuku na zimno, innymi przetworami gumowymi, pochodzącymi z wulkanizacji na gorąco, naturalnie po przeprowadzeniu przed ich użyciem prób płatkowych i obserwacji.
4. W wielu jednak przypadkach zabronić należy w ogóle stykania się skóry z gumowymi częściami podtrzymywaczy pończoch, albo zalecić odpowiednie zabezpieczenie przed ich działaniem.

PIŚMIENNICTWO

1. Bonnevie P. — Aetiologie und Pathogenese der Ekzemplkrankheiten 1939 r., str. 55—81, str. 182—184, str. 341—344.
2. Bonnevie P. — Rubber Products as Widespread Cause of Eczema. Report of 80 Cases. Acta Dermato — Venerologica. Vol. XXV MCMXLV 1945 r., str. 163—177.
3. Boring Fr., Zitzke E. — Die Beruflichen Hautkrankheiten, 1935 r., str. 1—22 i str. 124—129.
4. Burckhardt W. — Ekzem Literaturreferat über die Arbeiten des Jahres 1941. Dermatologica Vol. 85, 1942 r., str. 199—210.
5. Burckhardt W. — Ekzem. Dermatologica, Vol. 83, 1941 r., str. 252—264.
6. Curtis G. H. — Contact dermatitis of eyelids caused by an antioxidant in rubber fillers of eyelash curlers. Archives of Dermatology and syphilology. Volume 52, 1945 r., str. 262—265.
7. Frow E. Y. — Industrial dermatoses. Zentralblatt für Haut- und Geschlechtskrankheiten. 54 Band, 1937 r., str. 20.
9. Halloran. Chris R. — Contact dermatitis from rubber on an eyelash curler. Arch. of. Dermat. 28, 222, 1933 r.
9. Halloran. Chris R. — Contact dermatitis from rubber tips of stethoscope. Arch. of. Dermat. 36, 140—141, 1937 r.
12. Obermayer M. E. — Eczema due hypersensit-Dermatiden. Handbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten, 6 Band, str. 1—282. Berlin 1927 r.
11. Marcussen P. — Rubber Footwear as a Cause of Foot Eczema. Acta Dermato — Venereologica. Vol. XXIII MCMXL III, 1943 r., str. 331—342.

12. Obermayer M. E. — Eczema due hypersensitivennes to rubber. Arch. of. Dermat. 27, 25—35, 1933 r.
13. Perutz A., Zieler K., Arzt L. — Berufliche Schädigungen durch chemische Substanzen. Die Haut- und Geschlechtskrankheiten. II Band, 1935 r., str. 503—539.
14. Rotner H. — Dermatitis of the penis from rubber. J. amer. med. assoc. 105, 189, 1935 r.
15. Ratner B. — Physiological Patology of Allergic Phenomena Alergy, Anaphylacsis and Immunotherapy, 1943 r., str. 624—678.
16. Schwartz, Lonis and Tulipan L. — An outbreak of dermatitis among workes in rubber manufacturing plant. Zentralblatt für Haut- und Geschlechtskrankheiten. 46 Band, 1933 r. str. 738 do 739.
17. Urbach E. — Antigene (Allergene). Klinik und Therapie Allergischer Krankheiten. Wien, 1935 r. str. 65—147.

Z Kliniki Chorób Dziecięcych Akademii Medycznej w Poznaniu

(Dyrektor: prof. dr K. Jonscher)

Dr med. Aleksandra Kurowska-Taylorowa
i dr med. Olech Szczepski

Pierwsze próby stosowania antybiotyków w durze brzusznej u dzieci

Zakażenia drobnoustrojami typu Salmonella, a więc przede wszystkim dur brzuszny, należą do zakażeń opornych na działanie penicyliny i streptomycyny. Doświadczenia wykazały, że streptomycyna, mimo działania na pałeczki duru *in vitro*, klinicznie nie wywierała dodatniego wpływu w leczeniu duru brzusznej.

Z chwilą wykrycia szeregu nowych antybiotyków przeprowadzono, między innymi, badania w kierunku działania ich zarówno *in vitro*, jak *in vivo* na zakażenia pałeczkami typu Salmonella. Badania te wykazały skuteczność dwu antybiotyków a mianowicie: aureomycyny i chloromycetyny w leczeniu wyżej wymienionych zakażeń.

Aureomycyna, antybiotyk uzyskany z szczepu *Streptomyces aureofaciens* (B. M. D u g g a r), działa na szereg drobnoustrojów gramoujemnych i gramododatnich. Zaletami tego antybiotyku są: prawie zupełny brak toksyczności, szybki wpływ leczniczy oraz możliwość podawania drogą doustną. Aureomycyna podana drogą doustną łatwo i szybko przenika przez śluzówkę przewodu pokarmowego i dostaje się do krwi, dając w krótkim czasie potrzebną koncentrację. Wysokie stężenie antybiotyku w krwi obniża się szybko wskutek wydalania się w wielkich ilościach z moczem, który przybiera wtedy żółte zabarwienie. Wydalanie osiąga podobno swoje maximum 4 godziny po podaniu 0,5 g aureomycyny. Wskutek szybkiej absorpcji i zarazem szybkiego wydalania antybiotyku z ustroju poleca się podawanie go co 4—6 godzin w celu utrzymania stałego wysokiego stężenia w krwi. Aureomycyna nie przenika zupełnie do tkanki mózgowej.

Działanie aureomycyny jest w zasadzie bakteriostatyczne, w dużych stężeniach bakteriobójcze. Badania *in vitro* wykazały, że wachlarz działania antybakteryjnego aureomycyny jest

szeroki; działa ona między innymi na drobnoustroje gramoujemne, szczególnie odporne na działanie penicyliny i streptomycyny. Doświadczenia laboratoryjne stwierdziły skuteczność aureomycyny w zakażeniach drobnoustrojami z grupy Salmonella: w niektórych przypadkach zastosowanie aureomycyny dało poprawę, w innych uchroniło od śmierci. Spostrzeżenia kliniczne pokrywają się z laboratoryjnymi i wykazują właściwości lecznicze aureomycyny w zakażeniach pałeczką duru brzusznej; natomiast skuteczność tego antybiotyku w leczeniu zakażeń paradurowych stoi pod znakiem zapytania.

Chloromycetyna czyli *chloramphenicol* jest antybiotykiem wyodrębnionym przez Ehrlich (1947) z szczepu *Streptomyces Venezuelae*. Obecnie otrzymujemy ją już syntetycznie. Chloromycetyna ma działanie podobne do aureomycyny, zakres jej działania antybakteryjnego jest szeroki. Antybiotyk ten jest środkiem mało toksycznym; łatwo wchłania się z przewodu pokarmowego: już 30 minut po podaniu doustnym pojawia się w moczu. Po 8 godzinach od chwili podania poziom chloromycetyny w krwi i moczu spada do zera. Wskutek tego, aby utrzymać pewne stałe stężenie chloromycetyny w ustroju, poleca się podawać ją co najmniej w odstępach czasu 4—6 godzin (Long, Ley i in.). Działanie chloromycetyny jest bakteriostatyczne, a nie bakteriobójcze i skierowane przeciwko dużej grupie gramododatnich i gramoujemnych drobnoustrojów.

Szczególnie pomyślne wyniki spostrzeżono w leczeniu chloromycetyną duru brzusznej (Sma del, Woodward, Cook, Stiller, Rumball, Ramli i in.). Zarówno autorzy angielscy, jak amerykańscy i francuscy podają, że skutek działania chloromycetyny w durze jest prawie natychmiastowy: najczęściej krytyczny spadek ciepłoty ciała do normy, ogólna poprawa

kliniczna, wyjałowienie krwi, stolca i moczu. Gorzej przedstawia się sprawa leczenia nosicielstwa. Wykazano (Good, Mackenzie, Rumball, Moore), że chloromycetyna w tych przypadkach albo wcale nie daje wyjałowienia, albo w nielicznych przypadkach pod wpływem stosowania nawet dużych dawek antybiotyku pałeczki duru przejściowo znikają z kału i w krótkim czasie po odstawieniu leku zjawiają się na nowo.

Obydwa wyżej opisane antybiotyki, aureomycyna i chloromycetyna, posiadają wspólną cechę, a mianowicie nawet długie podawanie ich nie powoduje wytwarzania się szczepów bakteryjnych opornych na ich działanie.

W klinice naszej pierwsze próby stosowania antybiotyków w durze brzuszny rozpoczęliśmy w grudniu 1949 roku. Spostrzegaliśmy dotychczas 4 przypadki, w których mogliśmy zastosować bądź to aureomycynę, bądź też chloromycetynę. Antybiotyki te były nam dostarczane przez rodziców i w związku z tym ilość ich była niezmiernie ograniczona, a tym samym dawki odbiegały od tych, jakie podaje literatura zagraniczna.

Krótki spis przypadków:

Przypadek 1: chłopiec, J. J., 1. 5½, nr historii choroby 538/49. Przyjęty do kliniki w 10 dniu choroby w stanie dość ciężkim. Dotychczas leczony z powodu anginy; mimo leczenia gorączka nie ustępowała, lecz wzrastała.

W chwili przyjęcia: stwierdzano następujące odchylenia od normy: skóra wyraźnie blada z drobną różową wysypką na brzuchu, język obłożony szarobrązowym nalotem, brzuch wzdęty, bolesny, wątroba powiększona, miękka, tkliwa.

Badania dodatkowe: w 11 dniu choroby-leukopenia: 5600. Odczyn Widala dodatni: „O”-1:200 „H”-1:400; z krwi wyhodowano pałeczki duru brzusznego.

Przebieg: od 17 dnia choroby wyraźne pogorszenie stanu, 20 dnia stan wybitnie ciężki, apatia, osłabienie, niepokój, zupełna utrata łaknienia, bóle brzucha, stolce wolne częste, ciężkie uszkodzenie mięśnia sercowego, częściowe zamroczenie; dziecko bezwiednie oddaje stolec pod siebie. Gorączka zwalniająca, wysoka. Wobec tego rozpoczęto podawanie aureomycyny w dawce 375 mg na dobę. Już po 24 godzinach od chwili podania wystąpiła poprawa stolców oraz nieznaczna poprawa stanu ogólnego; po 48 godzinach łaknienie dużo lepsze, chłopiec przytomny, zaczyna się interesować otoczeniem; w 3 dniu stosowania aureomycyny obfite poty. Z powodu utrzymywania się w dalszym ciągu wysokiej gorączki zwiększono dawkę aureomycyny z 375 mg na dobę na 625 mg/dobę. Od tego dnia ciepłota ciała zaczęła się wyraźnie obniżać, tak że w 7 dniu leczenia spadła do normy. Aureomycynę odstawiono po 10 dniach stosowania. W ciągu następnych 9 dni chłopiec nie gorączkował, czuł się doskonale; w 10 dni po odstawieniu antybiotyku rozpoczął się nawrót choroby, lecz przebieg jego był łagodny i krótkotrwały. Dwukrotne badanie bakteriologiczne kału po ustąpieniu nawrotu pałeczek duru nie wykazało. Chłopca wypisano w stanie zupełnie dobrym do domu.

Dawkowanie aureomycyny w tym przypadku: w ciągu pierwszych 4 dni pacjent otrzymał 26 mg/kg wagi/dobę,

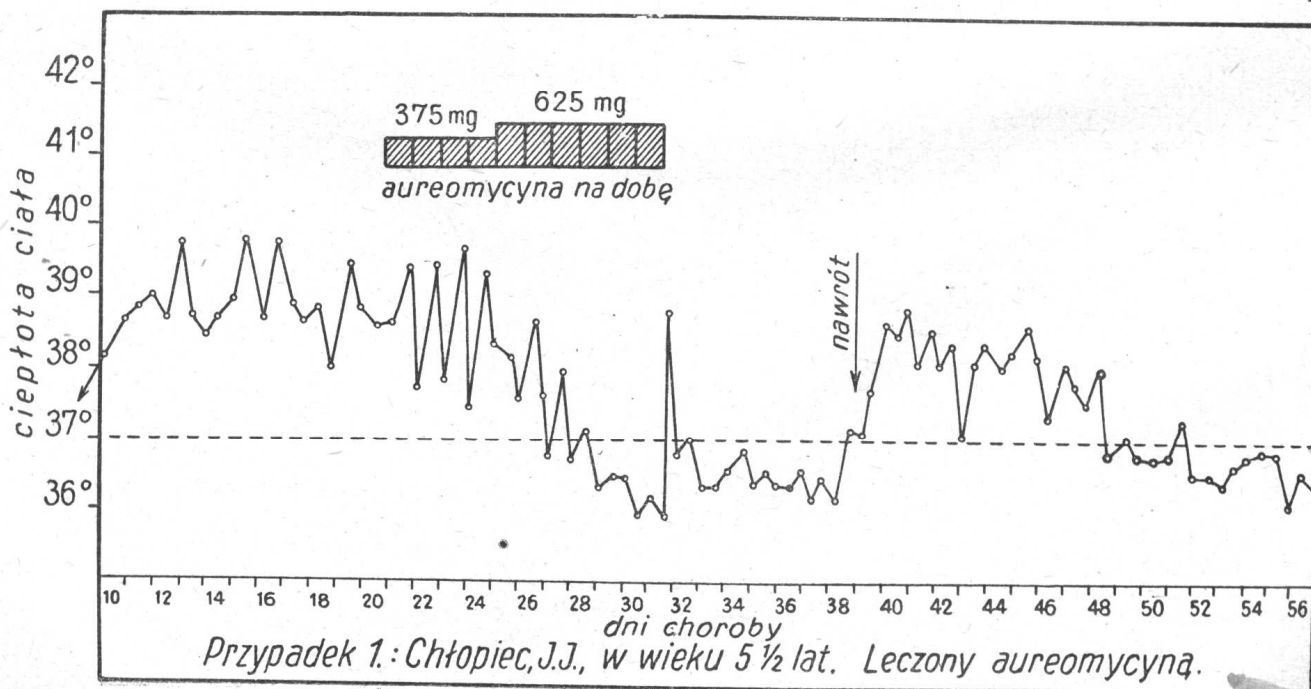
w ciągu następnych 6 dni — 44 mg/kg wagi/dobę.

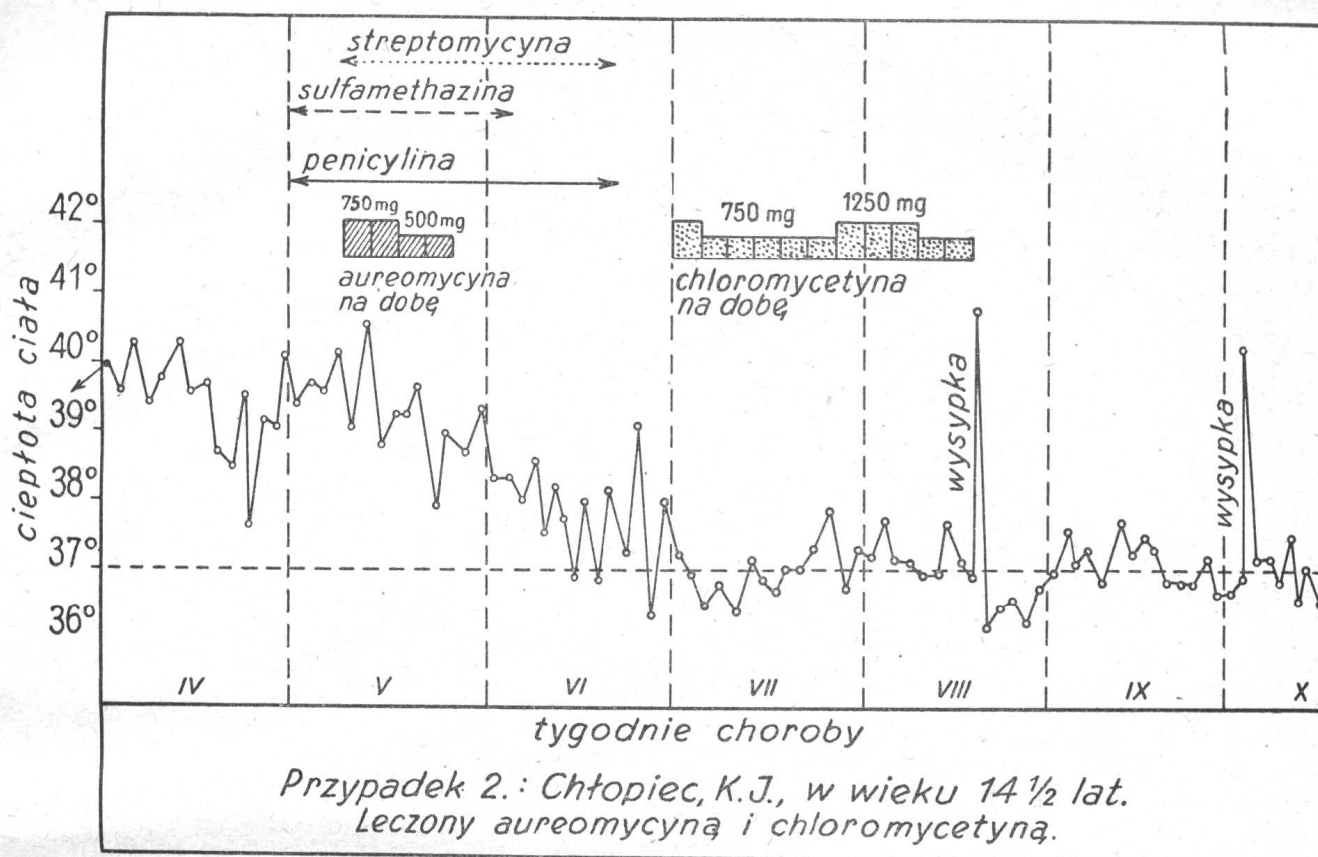
w sumie na całą kurację otrzymał: 5,25 g aureomycyny.

Przypadek 2: chłopiec K. J., 1. 14½, nr historii choroby 127/50. Przyjęty do kliniki na początku IV tygodnia choroby w stanie bardzo ciężkim.

Choroba zaczęła się 3 tygodnie przed przyjęciem do kliniki; w pierwszym tygodniu gorączka do 38°, w drugim tygodniu wzrastała do 40°, w trzecim tygodniu chłopiec leżał w szpitalu na prowincji, gdzie gorączka wahała się w granicach 38,6°—41,1° C; stwierdzono jednocześnie niedokrwistość średniego stopnia oraz leukopenię dochodzącą do 800 (?) krw. b., wobec czego leczono go licznymi przetaczaniami krwi. Do kliniki naszej skierowany z podejrzeniem agranulocytozy.

Stan w chwili przyjęcia: bardzo ciężki; chłopiec przytomny. Stwierdzono następujące odchylenia od normy: skóra blado-żółta z pojedynczymi drobnymi różowawymi wykwitami na skórze brzucha; język obłożony szarawym grubym nalotem, zajady; kaszel wilgotny, osłuchowo nad płucem prawym słyszalne drobne po-





jedyncze rżenia; brzuch wzdęty, bolesny, w okolicy prawego podbrzusza „przelewanie“, wątroba powiększona, tkliwa; zaparcie (wypróżnienia tylko po wlewach przeczyszczających).

Badania dodatkowe: badanie krwi: Hb 80%, krw. cz. 4 460 000, krw. b. 6200; w rozmazie — pał. 2%, segm. 32%, limfoc. 66%; ziarnistości toksyczne i wodniczki w granulocytach.

Rozpoznanie nasze wahało się między dudem brzuszynym i posocnicą. W tym czasie, a więc na początku IV tygodnia choroby, odczyn Widala wypadł: „O“-1 : 100, „H“-1 : 200. Z krwi wyhodowano gronkowce białe hemolizujące.

Ze względu na wynik posiewu krwi podano chłopcu penicylinę i sulfonamidy.

Przebieg: Mimo wyżej stosowanego leczenia stan dziecka nie tylko nie poprawiał się, lecz odwrotnie stale i szybko się pogarszał. Powtórne badanie krwi w połowie V tygodnia choroby wykazało: odczyn Widala: S. typhi-„O“-1 : 200,

„H“-1 : 200,

S. paratyphi: „O“-1 : 50

odczyn Weil Felixa: ujemny

B. abortus Banga: ujemny

Obraz krwi: leukopenia: 4300, w rozmazie: pał. 2%, segm. 50%, limf. 48%.

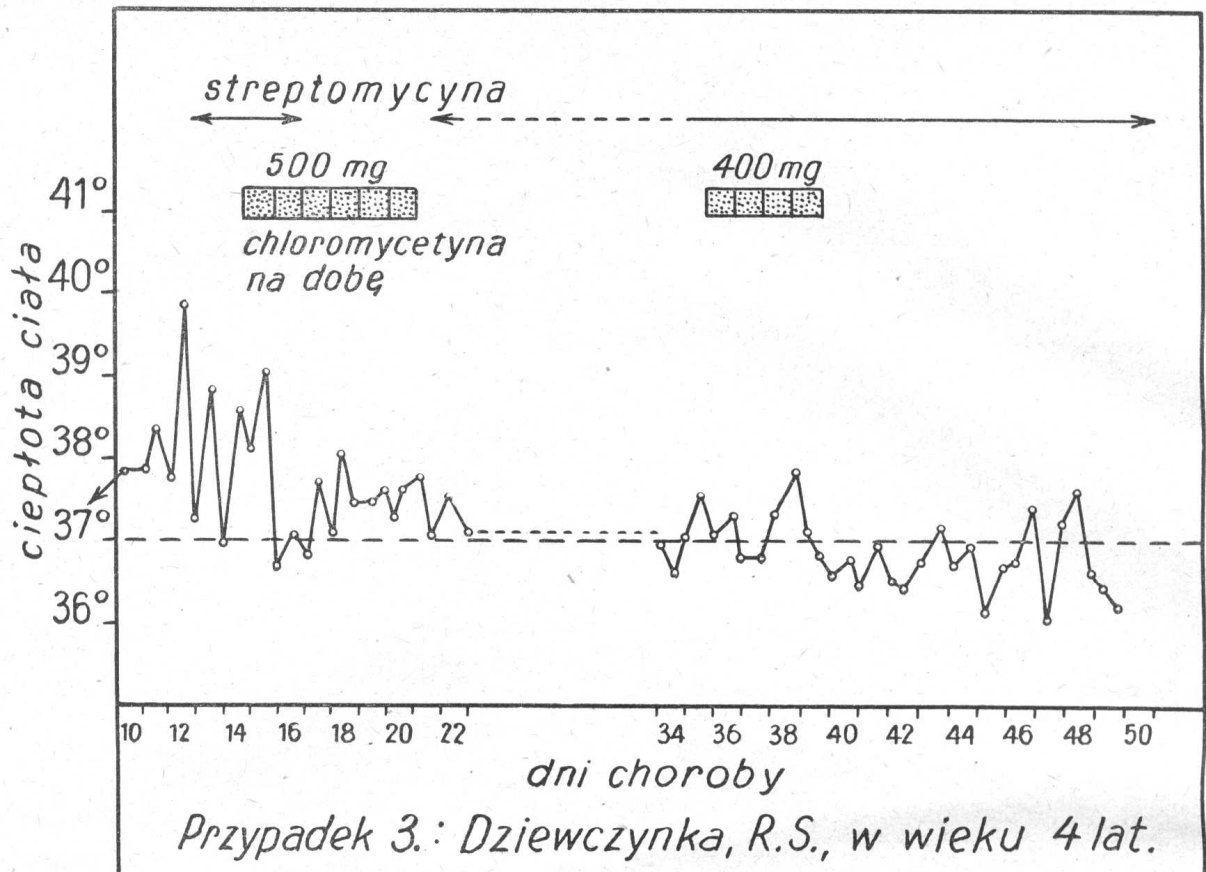
Z krwi bakteriologicznie nic nie wyhodowano wobec czego pierwszy wynik posiewu krwi uważano za zanieczyszczenie. Biorąc pod uwagę wyżej podane wyniki badań oraz dotychczasowy przebieg kliniczny ustalono rozpoznanie duru brzuszego. Od początku V tygodnia choroby stan dziecka z godziny na godzinę się pogarszał; ciepłota ciała mimo jednoczesnego stosowania chininy, pyramidonu i krzyżowników utrzymywała się na poziomie około 40°C. W połowie V tygodnia choroby chłopiec stracił przytomność, wystąpiło uszkodzenie mięśnia sercowego. Stan jego był taki, że każdej chwili spodziewano się zejścia śmiertelnego. W tym okresie rozpoczęto podawanie aureomycyny doustnie w dawce 750 mg na dobę — przez 2 dni, potem 500 mg na dobę przez dalsze 2 dni. Już po 24 godzinach od

chwili rozpoczęcia leczenia zaznaczyła się wyraźna poprawa: chłopiec robił wrażenie przytomniejszego, gorączka obniżyła się o 1°C i utrzymywała się na tym poziomie przez cały okres podawania aureomycyny. Niestety z powodu braku tego antybiotyku byliśmy zmuszeni go odstawić po 4 dniach stosowania. W dalszym ciągu w połowie VI tygodnia choroby ciepłota ciała jeszcze się obniżyła i utrzymywała się w granicach 36,6—38°C; nastąpił całkowity powrót świadomości. W tym czasie ojciec dziecka dostarczył nam chloromycetynę, wobec czego rozpoczęliśmy stosowanie jej w dawce 1250 mg na dobę. Po 24 godzinach od podania jej ciepłota ciała powróciła całkowicie do normy; od tej chwili zaznaczyła się wyraźnie szybko postępująca poprawa stanu ogólnego, poprawa łaknienia; objawy płucne i uszkodzenie mięśnia sercowego ustąpiło. Po 11 dniach stosowania chloromycetynę odstawiono wskutek wystąpienia wysypki i uczuleniowej. Chłopca wypisano pod koniec 11 tygodnia choroby po uprzednim dwukrotnym ujemnym wyniku bakteriologicznego badania kału.

Dawkowanie antybiotyków w powyższym przypadku: aureomycyny; chloromycetynę podano w dawce 33 mg/ przez okres 2 dni, następnie w dawce 14 mg/kg/dobę przez dalsze 2 dni w sumie na całą kurację podano 2,5 g aureomycyny; chloromycetynę podano w dawce 33 mg/kg wagi/dobę przez okres 4 dni, następnie w dawce 20 mg/kg/dobę przez 7 dni, w sumie na całą kurację podano 10,25 g chloromycetyny w ciągu 11 dni.

W okresie stosowania aureomycyny podawano chłopcu również penicylinę i streptomycynę zapobiegawczo ze względu na niezmiernie ciężki stan i możliwość powstania w związku z tym powikłań dodatkowych niezależnych od samego duru.

Przypadek 3: dziewczynka, R. S. (nr historii choroby 332/50), przyjęta do kliniki w 10 dniu choroby, w stanie ciężkim, zamroczone. Obecna choroba zaczęła się stanami podgorączkowymi, które stopniowo wzrosły po 3—4 dniach do 39°. Od tego czasu do chwili przyjęcia do kliniki gorączka wahała się w granicach 38—39°,



stolce wolne, zielonawo-brązowe, kilka razy na dobę, czasami wymioty.

W chwili przyjęcia: ciepłota ciała 38°, dziecko szaro-błede, zamroczone, kaszle; język obłożony białawym nalotem, brzuch wzdęty, „przelewanie“ w prawym i lewym podbrzuszu; wątroba powiększona, śledziona powiększona, twarda. Nieznaczna sztywność karku; zaznaczone objawy Kerniga i Brudzińskiego. W gardle objawy przewlekłego nieżytu.

Badania dodatkowe: Badanie krwi: Hb 74%, krw. cz. 3 860 000, krw. b. 6000; w rozmazie: mł. 9%, pał. 13%, segm. 44%, limf. 33%, kwasochł. 1%. Opad. krw. 18/32. Z krwi wyhodowano pałeczki duru brzuszego. Odczyn Widala dodatni: „O“-1 : 1600, „H“-1 : 1600.

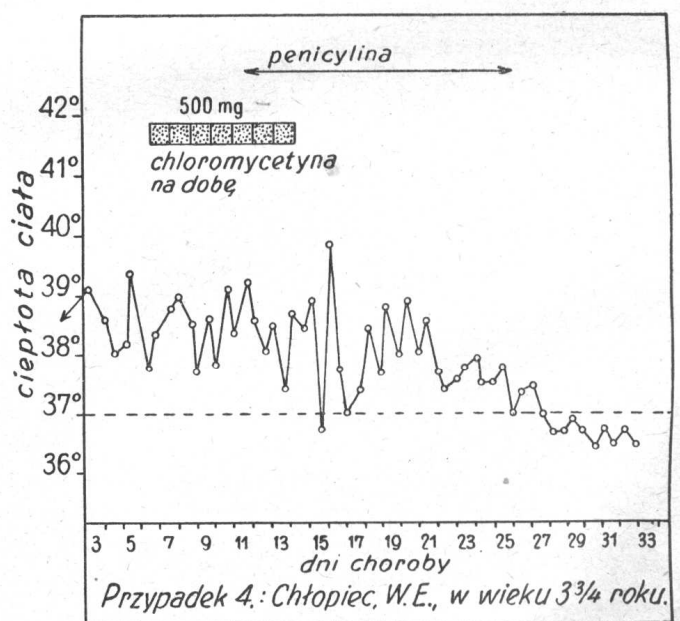
Ze względu na objawy oponowe wykonano punkcję lędźwiową: płyn mózgowo-rdzeniowy wodojasny, wypływał pod normalnym ciśnieniem; odczyn Pandeyego ujemny; pleocytoza: 5/3.

Przebieg: Stan dziecka od początku pobytu w klinice stale się pogarszał; stolce wolne, częste, wymioty nasilające się, zupełny brak łaknienia; dziecko półprzytomne; gorączka zwalnająca, wahała się od 37,9° do 39,8°. W 13 dniu choroby rozpoczęto podawanie streptomycyny. Z powodu braku poprawy w 15 dniu choroby odstawiono streptomycynę i rozpoczęto podawanie chloromycetyny w dawce 500 mg/dobę. Po 24 godzinach podawania chloromycetyny dziecko przytomne, spadek ciepłoty ciała do 36,8°. W następnych dniach zjawia się znów gorączka i utrzymuje się przez następne 3 tygodnie w granicach 37°—38°. Chloromycetynę odstawiono po 6 dniach stosowania. Podawanie 2% pyramidonu nie dało obniżenia gorączki. Powtórne podanie chloromycetyny przez okres 4 dni (począwszy od 36 dnia choroby) dało trwały powrót ciepłoty ciała do normy, znaczną poprawę łaknienia, wzrost wagi; powiększenie wątroby i śledziona ustąpiło. Dwukrotne badanie kału dało wynik ujemny. Dziecko zostało zwolnione w stanie zupełnie dobrym do domu.

Dawkowanie chloromycetyny: w powyższym przypadku podano 30,3 mg/kg wagi/dobę przez okres 6 dni, następnie podano 24,2 mg/kg/dobę przez okres 4 dni, w sumie dziecko otrzymało na całą kurację 4,6 g chloromycetyny.

Przypadek 4: chłopiec, W. E., w wieku 3 l. 9 m. (nr historii choroby 580/50). Przyjęty w 3 dniu choroby z powodu ostrych zaburzeń przewodu pokarmowego.

W chwili przyjęcia: poza białością skóry, wolnymi i częstymi stolcami, wahającą się gorączką, klinicznie innych odchyłeń od normy nie stwierdzono.



Badania dodatkowe: w piątym dniu choroby z krwi wyhodowano pałeczki duru brzuszego.

Przebieg: w piątym dniu choroby wskutek pogarszania się stanu ogólnego dziecka, wyraźnego zatrucia ustroju oraz uszkodzenia m. sercowego rozpoczęto podawanie chloromycetyny w dawce 500 mg na dobę. Mimo podawania chloromycetyny przez okres 7 dni wyraźnej poprawy nie spostrzegano: zaznaczyło się jedynie nieznaczne odtrucie ustroju, nieznaczna poprawa łaknienia, poprawa stanu serca; jednocześnie zupełny brak wpływu na przebieg gorączki. Przebieg dalszy choroby był taki, jak gdyby dziecko było nieleczzone. Dziecko zostało wypisane w stanie zupełnie dobrym na początku VII tygodnia choroby, po dwukrotnym ujemnym wyniku badania bakteriologicznego kału.

Dawkowanie chloromycetyny w powyższym przypadku: podano 32 mg/kg wagi/dobę przez 7 dni, w sumie chłopiec otrzymał 3,5 g chloromycetyny na całą kurację.

We wszystkich wyżej spostrzeganych przypadkach nie zaniedbano leczenia ogólnego i objawowego oraz prawidłowej i troskliwej pielęgnacji.

Dawkowanie i sposób podania

Aureomycynę podajemy przeważnie doustnie, rzadziej w wstrzykiwaniach domięśniowych (tylko w ciężkich przypadkach). Dawka dobową w lżejszych przypadkach waha się od 25—50 mg/kg wagi/dobę, w cięższych przypadkach dochodzi do 100 mg/kg. Pierwsza dawka podana w pierwszej godzinie leczenia wynosi 10—20 mg/kg wagi, resztę dawki dobowej dzielimy na 6—4 części i podajemy co 4—6 godzin. Leczenie prowadzimy przez cały okres podwyższonej gorączki oraz przez co najmniej 48 godzin okresu bezgorączkowego.

W naszych 2 przypadkach: w pierwszym podawaliśmy z początku 26 mg/kg wagi/dobę doustnie i wtedy, mimo poprawy stanu ogólnego, poprawy stolców, gorączka utrzymywała się na wysokim poziomie. Dopiero zwiększenie dawki dobowej do 44 mg/kg wagi dało powrót ciepłoty do normy w przeciągu 3 dni. Aureomycynę w tym przypadku podawaliśmy przez 3 dni okresu bezgorączkowego, jednakże mimo tego nie zapobiegliśmy wystąpieniu nawrotu choroby, który nastąpił 10 dni po odstawieniu antybiotyku. W drugim przypadku zastosowaliśmy aureomycynę w dawce 20 mg/kg wagi/dobę przez okres 2 dni, następnie 14 mg/kg wagi przez dalsze 2 dni; w sumie leczenie aureomycyną trwało 4 dni. Uzyskaliśmy obniżenie gorączki o 1^o C, oraz wyraźną, ale małą poprawę kliniczną; nie spowodowaliśmy powrotu ciepłoty ciała do normy. Byliśmy zmuszeni przerwać stosowanie aureomycyny z powodu jej braku. Skutek leczniczy tego antybiotyku w tym przypadku był stosunkowo słaby, przede wszystkim z powodu zbyt małej dawki (wielkość jej była mniejsza od najmniejszej dawki zalecanej) oraz z powodu zbyt krótkiego okresu podawania (w czasie gorączki przerwano). W tym przy-

padku po kilku dniach podaliśmy chloromycetynę.

Chloromycetynę podajemy wyłącznie drogą doustną. Dawki polecane przez różnych autorów są dość rozbieżne. Long Cook, Rumball polecają w stanach średniociężkich 30—60 mg/kg wagi/dobę, w ciężkich 60—120 mg/kg w. Pierwszą dawkę podają w przeciągu pierwszych 3 godzin leczenia i to w ilości 60 mg/kg w., resztę dawki dobowej dzielą na 4—6 części. Natomiast Ramli (1950) zaleca dawkę 50 mg/kg wagi podaną w pierwszych 2 godzinach leczenia, następnie 25 mg/kg w. co 12 godzin aż do spadku ciepłoty do normy, i w końcu 12,5 mg/kg w. co 12 godzin przez okres 14 dni ciepłoty normalnej.

Ramli opiera się na dużym materiale spostrzeganych przypadków a mianowicie 200, leczonych wyłącznie chloromycetyną. Poczynił on przy tym ciekawe spostrzeżenie, że najmniejszy odsetek nawrotów był w grupie przypadków, które otrzymywały chloromycetynę w 2 dawkach na dobę (zamiast 4—6) oraz których leczenie było kontynuowane przez 14—15 dni normalnej ciepłoty. Powyższe spostrzeżenia są ogromnej wagi z punktu widzenia klinicznego.

W pierwszym przypadku przez nas leczonym (przypadek 2) podaliśmy chloromycetynę w okresie, kiedy ciepłota ciała wahała się w granicach 36,6^o—38^o oraz stan dziecka się poprawiał. Dawka dobową 20—33 mg/kg wagi była stosowana przez 10 dni. W przeciągu 24 godzin nastąpił powrót ciepłoty ciała do normy, znaczna poprawa łaknienia i znaczna szybko postępująca poprawa stanu ogólnego. W drugim przypadku (przypadek 3) podaliśmy dawkę 30,3 mg/kg wagi/dobę przez 7 dni. W przeciągu 24 godzin nastąpił powrót przytomności, spadek gorączki do normy, ustąpiły wymioty. Przez dalsze 3 tygodnie ciepłota ciała jednakże wahała się w granicach 37^o—38^o. Powtórne podanie chloromycetyny w dawce 24,2 mg/kg wagi/dobę przez okres 3 dni dało trwały powrót ciepłoty ciała do normy. W trzecim przypadku (przypadek 4) dawka chloromycetyny 32 mg/kg wagi/dobę była podawana przez 7 dni. Spadku gorączki nie uzyskaliśmy, lecz jedynie nastąpiła nieznaczna poprawa kliniczna i odtrucie dziecka. Przebieg choroby w tym przypadku był taki, jak gdyby chloromycetyny nie stosowano. W żadnym z powyższych przypadków nie wystąpił nawrót.

Objawy toksyczne związane z samym antybiotykiem.

Aureomycyna należy do leków mało toksycznych, jak to podają autorzy zagraniczni. Poza tym jest duża rozpiętość między jej dawką leczniczą i trującą. W wyjątkowych tylko przypadkach występują objawy łagodne nietoleran-

cji: nudności, wymioty; w razie podawania domięśniowego — bolesność i odczyn w miejscu wstrzyknięcia. W przypadkach leczonych przez nas objawów nietolerancji aureomycyny nie spostrzegaliśmy.

Chloromycetyna natomiast częściej daje objawy nietolerancji pod postacią utraty łaknienia, nudności, wymiotów, zapalenia jamy ustnej, a najczęściej wysypki uczuleniowej. Wśród naszych przypadków tylko w jednym spostrzegaliśmy wysypkę uczuleniową z obrzękami, ciepłotę ciała do 41° bez upośledzenia stanu ogólnego. Te objawy ustąpiły po podaniu antistyny. W tym samym przypadku po raz drugi wystąpiły podobne objawy, po 10 dniach od odstawienia leku i również ustąpiły po zastosowaniu antistyny.

Wnioski

Spotrzeganie 4 przypadków duru brzuszego u dzieci leczonych antybiotykami nie upoważnia nas do wysnuwania daleko idących wniosków. Przypadki te podajemy przede wszystkim ze względów kazuistycznych, jako pierwsze przypadki duru leczone u nas antybiotykami. Pragniemy tylko podać uwagi krytyczne dotyczące naszych spostrzeżeń. Wszystkie 4 przypadki należały do wyjątkowo ciężkich, rzadko spotykanych w wieku dziecięcym; szczególnie przypadek 2 miał nikłe szanse wyleczenia. Podanie aureomycyny czy chloromycetyny dawało wyraźny skutek leczniczy, którego wyrazem było obniżenie lub spadek gorączki, szybka poprawa stolców (w przypadkach w których były częste i wolne), poprawa łaknienia, powrót przytomności, ustępowanie objawów zatrucia, przy czym działanie chloromycetyny było szybkie, prawie natychmiastowe. Te spostrzeżenia pokrywają się z podanymi w literaturze zagranicznej, przy czym chloromycetynę, jako lek swoisty dla leczenia duru, stawia się na pierwszym miejscu, przed aureomycyną.

W jednym przypadku (przypadek 4), leczonym chloromycetyną, poza nieznaczną poprawą kliniczną wyraźnego wpływu leczniczego nie spostrzegaliśmy (zupełny brak reakcji ze strony ciepłoty ciała). Dziecko to otrzymało dawkę 32 mg/kg wagi/dobę, tzn. najmniejszą zalecaną dawkę leczniczą. Być może, że ta dawka była zbyt mała dla danego przypadku, lecz nie jest wykluczone, że był to przypadek oporny na leczenie chloromycetyną. Ramli wśród 200 spostrzeganych przypadków podaje również odporne na chloromycetynę, mimo podawania większej dawki.

Dalsze nasze badania pójdą przede wszystkim w kierunku ustalenia najmniejszej skutecznej dawki leczniczej dla dzieci. Poza tym mamy zamiar klinicznie opracować synergetyczne działanie chloromycetyny i sulfadiazyny. Zostało to opracowane doświadczalnie na białych myszkach przez Borolossy'go i Buttle'go (1949), którzy na podstawie swoich doświadczeń wykazali, że pożądaný efekt leczniczy chloromycetyny można otrzymać za pomocą dużo mniejszej dawki, kombinując ją z sulfadiazyną. Zmniejszenie dawki chloromycetyny jest ważne z punktu widzenia oszczędności oraz zmniejszenia ryzyka występowania objawów toksycznych związanych z tym lekiem. Poza tym Borolossy i Buttle wysuwają przypuszczenie, że leczenie kombinowane może zmniejszyć odsetek występowania nawrotów, które jeszcze są zbyt częste w przypadkach leczonych wyłącznie chloromycetyną.

Chwilowo sprowadzamy chloromycetynę z zagranicy, lecz już ostatnio, na posiedzeniu Komitetu Chemoterapii w Instytucie Gruźliczym w dniu 17. X. 1950 prof. Supniewski podał, że chloromycetyna może być produkowana w kraju. Wiadomość tę przekazano do Ministerstwa Zdrowia. Korzystanie z tego cennego leku byłoby wtedy udostępnione na szerszą skalę.

Poznań, 28. X. 1950.

Piśmiennictwo.

1. Cook A. T., Marmion D. E. — Lancet 6587:975, 1949.
2. Ley H. L., Smadel J. E., Crocher T. T. — Proc. of the Soc. for Exp. Biol. & Medicine 1948, 68. Wg Excerpta Med. Sect. II, Nr 3783, 1949.
3. Long P. H., Chandler C. A., Bliss E. A., Schoenbach E. B. — Journal Am. Med. Ass. Vol. 141, 5:315, 1949.
4. Lancet 6587:1000, 1949 (Art. red.).
5. Medecine et Hygiene Nr 156:336, 1949 (Art. red.).
6. Medical Newsletter, Nov. 1948, Wa 58. (Art. red.).
7. Rumball C. A., Moore L. G. — Brit. Med. Journal 1949, 4612.
8. Stiller R. — Journal of Ped. 1949, 35. Wg Excerpta Med. Sect. VII, Nr 126, 1950.
9. Lancet 6487:952, 1947 (Art. red.).
10. Lancet 6529:618, 1948 (Art. red.).
11. De Gennes, Bricaire, Benhamau, Varinaud — Presse Medicale, 1948.
12. Foster W. D., Cordon R. J. — The Journal Am. Med. Ass. Vol. 141, 2:131, 1949.
13. A. W. El Borolossy, Buttle G. H. — Lancet 6578:559, 1949.
14. Briggs J. N. — The Lancet 6595:115, 1950.
15. Gray J. D. — The Lancet 6596:150, 1950.
16. Good R. A., Mackenzie R. D. — The Lancet 6605:611, 1950.
17. Rankin A. L. K., Grimble A. S. — The Lancet 6605:615, 1950.
18. El Ramli A. H. — The Lancet 6605:618, 1950.

STRESZCZENIA

Gray M. B.

Doświadczenia z preparatem „diparcol”
(Experiences with „diparcol”)

British Medical Journal, 18 February 1950
str. 416.

Dotychczasowe próby leczenia choroby Parkinsona okazały się bezskuteczne ze względu na różnorodną etiologię tego schorzenia.

W roku 1947 Ziegwald wprowadził w tym zakresie nowe lekarstwo, zwane „diparcol” (ditasinhydrochlorid), którym autor leczył 9 przypadków choroby Parkinsona. W czterech z tych przypadków schorzenie to wystąpiło po zapaleniu mózgu, w trzech w związku ze zmianami starczymi, w jednym etiologia była nieznana, w jednym zaś przyczyną choroby Parkinsona był glejak w okolicy łupinki (putamen).

Wszystkie opisane przypadki były poprzednio leczone bezskutecznie różnymi alkaloidami.

Autor stosował „diparcol” w ilości 1 g dziennie, w trzech równych dawkach.

U jednego z chorych objawy ustąpiły zupełnie, u trzech cofnęły się w takim stopniu, że chorzy mogli wrócić do normalnego zajęcia, zaś w pięciu pozostałych leczenie nie odniosło żadnego skutku, przy czym u jednego z nich badanie pośmiertne wykazało glejaka mózgu.

Szkodliwego działania preparatu „diparcol” autor nie zauważył z wyjątkiem stanów depresji, którą leczono podawaniem amfetaminy (amphetamin).

Bożek Józef (Szczecin)

G. Maurer, Schatzalp

Bezpośrednie leczenie jam płucnych przez otwarcie i tamponowanie streptomycyną

(Traitement direct des cavernes pulmonaires par cavernostomie et tamponnement a la streptomycine).

La Presse Médicale, Nr 1, strona 5, 1949 r.

Autorzy podają nowy sposób leczenia gruźlicy jamistej płuc, polegający na trzech zabiegach:

1) nakłucie jamy specjalnymi igłami, które pozostawia się przez 24 godz. a następnie zastępuje się je drenami od cienkich począwszy, dochodząc do drenów o grub. 18 mm;

2) drugim etapem jest założenie do jam gruźliczych tamponów nasyconych streptomycyną;

3) zamknięcie otworu zewnętrznego za pomocą elektrokoagulacji, nie naruszając samego kanału.

Tym sposobem leczono 25 beznadziejnie chorych. Wszyscy przestali prątkować, a 23 jest zupełnie bez gorączki.

Krystyna Bożkova, Szczecin

SPRAWOZDANIA

Sprawozdanie

z Zebrania Naukowego Poznańskiego Towarzystwa Lekarskiego z dnia 19 maja 1949 r.

Obecnych: 31 osób.

Przewodniczył: kol. Łabendziński podaje dwa komunikaty:

1. złożono 5.000,— zł (pięć tysięcy złotych) na samolot sanitarny P.C.K.
2. odczytano apel Polsk. Tow. Pediatr. w sprawie badania dzieci, wyjeżdżających na kolonie.

I. Wykład

Kol. Teodor Rafiński: „Obecny stan wiedzy o szczepieniu BCG.” (Streszczenia nie nadesłano).

W dyskusji zabiera głos kol.: Słoniński, Raczyński, May, Jonscher, Łabendziński i Adamski.

1. Kol. Słoniński zapytuje jaki jest odsetek dzieci, które doustnie szczepionki BCG nie znoszą.
2. Kol. Raczyński zapytuje czy stosowano B.C.G. jako środek terapeutyczny u dzieci

już chorych a wracających w otoczenie gruźlicze i narażanych na silne, nawet masowe superinfekcje. Statystyki wykazują, że śmiertelność dzieci izolowanych jest o wiele mniejsza od śmiertelności dzieci nieizolowanych i wracających do otoczenia mogącego zakażać.

3. Kol. Jonscher: Na posiedzeniu Państwowego Instytutu Przeciwgruźliczego, które odbyło się w ostatnich tygodniach, usiłowano storpedować szczepienie doustne noworodków jako mało skuteczne. Dzięki zdecydowanej postawie Ośrodków w Poznaniu i Wrocławiu usiłowania te zostały szczęśliwie unicestwione i konferencja uchwaliła zalecenie szczepień doustnych dla noworodków. Lekarze nie powinni już obecnie występować przeciwko szczepieniu wobec laików, gdyż brak ku temu naukowych podstaw, a również i dotychczasowe bardzo rozległe doświadczenia przemawiają bezwzględnie za ich skutecznością i nieszkodliwością.
4. Kol. Adamski: Za szczepieniem B. C. G. przemawiają również aspekty immunologiczne. Nie posiadamy innego sposobu wytwa-

rzania odporności; przeciwciała możemy sztucznie wywołać w ustroju szczepionkami zabitymi itp., lecz nie dają one tej odporności, której ustrój potrzebuje, tzn. odporności śródzakaznej.

Próby wytwarzania szczepionki przeciwgruźliczej o silniejszym działaniu (prątki gruźlicy małych gryzoniów) dotychczas nie dały wyniku.

5. Kol. Ł a b e n d z i ń s k i zapytuje o możliwości otrzymania szczepionki dla wsi. Odpowiada kol. Rafiński (streszczenia nie nadesłano).

S p r a w o z d a n i e

z Zebrania Naukowego Poznańskiego Towarzystwa Lekarskiego wspólnie z Oddziałem Poznańskim Towarzystwa Badań Naukowych nad Gruźlicą z dnia 12 maja 1949 r.

Obecnych 21 osób.

Przewodniczył: kol. Ł a b e n d z i ń s k i.

W y k ł a d

kol. J. J u r k o w s k i i J. M o l l: „Wrażenia z podróży naukowej po sanatoriach przeciwgruźliczych w Czechosłowacji”. (Streszczenia nie nadesłano). W dyskusji nikt nie zabrał głosu.

S p r a w o z d a n i e

z zebrania naukowego Poznańskiego Towarzystwa Lekarskiego z dnia 28 kwietnia 1949 r.

Obecnych 30 osób.

Przewodniczył: kol. Ł a b e n d z i ń s k i.

Na wstępie przewodniczący wezwał do wzięcia udziału w uroczystym posiedzeniu Poznańskiego Towarzystwa Lekarskiego z okazji święta 1 maja.

I. P o k a z y:

Kol. W i e r z e j e w s k i „Rzadkie powikłania po zatruciu weronalem”:

Przedstawia przypadek zatrucia środkami nasennymi, w którego następstwie wystąpiły powikłania w postaci licznych odleżyn.

Przypadek dotyczy chorej lat 47 przywiezionej w dniu 31 marca br. w godzinach popołudniowych do tutejszego szpitala w stanie nieprzytomnym.

Po 4 dniach chora odzyskała przytomność i z wywiadów zebranych od niej dowiadujemy się, że w dniu przybycia do szpitala między godziną 7 a 8 rano zażyła około 20 tabletek Veronalu (5 g). Chora od 10 lat cierpi na bezsenność, od 1/2 roku bezsenność wzmogła się, wskutek czego stale używała środki nasenne jak Luminol, Veronal, Sedormit w ilości około 3 tabl. dziennie. Od 2 lat pozostaje w opiece neurologa, który stwierdził u niej stany depresyjne z następstwami na tle klimakterycznym. Z wywiadów podałem tylko te dane, które dotyczą obecnej choroby. W chwili przybycia do szpitala stwierdziliśmy następujące odchylenia od stanu prawidłowego:

Chora nieprzytomna, ciepłota ciała 36,6° C., skóra zaczerwieniona, usta nieco zaślinione, źrenice wąskie, nie oddziałują na światło, odruch rogówkowy zniesiony. Czynność serca przyspieszona, liczba skurczów 112 min. Ciśn. tętnicze krwi 120/170. Ze strony układu oddechowego i pokarmowego nie stwierdziliśmy żadnych odchylenia od stanu prawidłowego. Odruchy kolanowe i ze ścięgien Achillesa zniesione.

Z badań dodatkowych wymienię tylko odchylenia od stanu prawidłowego:

W składzie morfologicznym krwi we wzorze odsetkowym krwinek białych wystąpiło przesunięcie w lewo wraz z limfopenią. Odczyn Biernackiego 35—54.

W 3 dniu pobytu w szpitalu ciepłota ciała podniosła się do 39°C i tego dnia pojawiły się odleżyny w okolicy łopatek w postaci wyraźnego zaczerwienienia wielkości około 2 cm, w okolicy pośladków zauważyliśmy silne zaczerwienienie z wyraźnym odcieniem fioletowym, oraz podobny obraz na obu piętach — wielkości 5—7 cm.

Drobne odleżyny stwierdziliśmy między palcami obu kończyn dolnych. W okolicach paluchów pęcherze wypełnione płynem surowicznym. W 5 dniu chora odzyskała przytomność — jednocześnie w dolnym płacie płuca lewego stwierdziliśmy ognisko odoskrzelowego zapalenia płuc potwierdzone radiologicznie. W następnych dniach stan chorej polepszył się, ciepłota zaczęła stopniowo opadać, objawy ze strony płuca lewego cofnęły się. Odleżyny przybrały wyraźny charakter martwicowy. Pod koniec 3 tygodnia chora zaczęła wstawać, uskarżając się na bóle w miejscach odleżyn.

Przypadek powyższy pozwoliłem sobie przedstawić ze względu na rzadkość pojawiania się licznych odleżyn w przebiegu zatrucia środkami nasennymi. W obserwowanych przypadkach zatruciu środkami nasennymi nie spostrzegaliśmy dotychczas tego rodzaju powikłań. W literaturze podobne przypadki są opisywane. Wspomina je m. in. F ü h n e r (Medizinische Toksykologie — str. 159).

Wykład: Prof. Dadlez: „Z zagadnień toksykologicznych niektórych środków, używanych do znieczulenia miejscowego”. (Streszczenia nie nadesłano). W dyskusji zabierają głos: kol.: Gorzkowski, Zakrzewski, Siengalewicz, Roguski, Woroszyński i Seifried, oraz kol. Horst.

1. Kol. H o r s t uważa, że podawanie barbituratów ma na celu zmniejszenie objawów psychicznego wstrząsu, który występuje po wykonywaniu zabiegów chirurgicznych w stanie świadomości.
2. Kol. W o r o s z y ł s k i zapytuje, czy prelewent zwrócił uwagę na notatkę w P. T. L. o dobrym działaniu wina w zatruciu kokainą.

Wykład Prof. Siengalewicza: „W sprawie używania i nadużywania preparatów sulfami-

dowych bez wskazań lekarskich". (Streszczenia nie nadesłano). W dyskusji zabierają głos: Kol.: Jonscher, Frackowiak, Smoliński, Roguski oraz Kwaśniewski i Kowalski.

1. Kol. Jonscher stwierdza, że nadużywanie sulfamidów spotyka się w równym stopniu ze strony lekarzy jak i samej publiczności. Sulfamidy dzielą tutaj los wszystkich leków będących w danej chwili w modzie. Przeciwdziałanie tym nadużyciom jest konieczne.
2. Kol. Kowalski: W maju 1946 r. przywiezieni zostali do Szpitala Okręgowego w Poznaniu w odstępnie czterodniowym dwaj żołnierze w stanie euforii, przechodzącej w ciągu godziny w stan lekkiego podniecenia. Lekka sinica przeszła w kolor atramentowy. Po upuście krwi (700 ml) objawy te do siedmiu godzin minęły i pacjenci po 4 godzinach zostali wypisani jako zdrowi. Dostali doustnie i domięśniowo potajemnie sulfapirydynę w związku z rzeżączką. Zarząd postanowił zająć stanowisko w związku z postulatami kol. Siengalewicz.

Sprawozdanie z czynności
Kaliskiego Towarzystwa Lekarskiego w 1949 r.
Protokół dorocznego Walnego Zebrania
dnia 15. XII. 1949 r.

Posiedzenie zagał przewodniczący Towarzystwa Prof. Dr A. Januszkie wicz, witając na wstępie nowego członka T-wa, Dr Stanisława Topolskiego. Stwierdziwszy prawomocność Zebrania, w którym wzięło udział 20 członków, zaproponował na przewodniczącego Zebrania D-ra A. Abramskiego. Wniosek przyjęto przez aklamację. Dr Abramski zaprosił do protokołowania Dra L. Bartz.

Na wezwanie Dra Abramskiego, sekretarz Towarzystwa Dr J. Mierosławski odczytał protokół z poprzedniego Walnego Zebrania, oraz 3 protokoły z nadzwyczajnych Walnych Zebrań. Protokoły przyjęto bez poprawek.

Następnie wysłuchano sprawozdania ustępującego Zarządu:

- a) Sprawozdanie ogólne odczytał Dr J. Mierosławski, sekretarz.
- b) Sprawozdanie skarbnika odczytał Dr St. Nowak. Pozostałość w kasie w roku sprawozdawczym wynosiła 150.— zł.
- c) Sprawozdanie Komisji Rewizyjnej odczytał Dr K. Piotrowski, przewodniczący Komisji, kończąc je wnioskiem o udzielenie absolutorium ustępującemu Zarządowi.
- d) Preliminarz budżetowy na rok 1950 przedstawił skarbnik Dr St. Nowak. Po stronie wpływów i wydatków przewidziana jest kwota 36.150 zł. Przyjęto bez dyskusji.

Po udzieleniu absolutorium przewodniczący Zebrania składa podziękowanie ustępującemu Zarządowi i zarządza wybory władz Towarzystwa na 1950 rok.

Dr J. Mierosławski uprzedza, że ze względu na przewidziane w następnym roku częste wyjazdy, nie mógłby się podjąć obowiązków sekretarza.

Powołano do Zarządu na przewodniczącego Prof. Dra A. Januszkiewicza, na zastępcę przewodniczącego Dra Z. Mąkę, na sekretarza Dra L. Bartz, na zastępcę sekretarza Dra St. Rządowskiego, na skarbnika Dra St. Nowaka.

Do Komisji Rewizyjnej weszli Dr K. Piotrowski, Dr J. Godlewski, Dr R. Mordrakowska.

Sąd Koleżeński wybrano w składzie następującym: Dr B. Koszutski, Dr W. Fisz, Dr P. Szychowski, zastępcy: Dr T. Pniewski i Dr T. Śliwiński.

Sekretarz zebrania Przewodniczący zebrania
(—) Dr L. Bartz (—) Dr A. Abramski

Sprawozdanie sekretarza za rok 1949

Kaliskie T-wo Lekarskie liczy obecnie 30 członków zwyczajnych; w ciągu roku ubyło 5 członków, którzy wyjechali z Kalisza, przybyło 4 członków. Towarzystwo ma w swym gronie 5 członków honorowych: Dr Stanisław Radwan, Dr Bronisław Koszutski, Prof. Dr Adam Wrzosek, Prof. Dr Witold Orłowski i Prof. Dr Aleksander Januszkiewicz.

Zebrania Towarzystwa odbywały się w lokalu własnym przy Al. Marsz. Stalina 10 m. 6. W roku sprawozdawczym odbyło się 17 zebrań naukowych, 1 Doroczne Walne Zebranie, oraz 3 Nadzwyczajne Walne Zebrania: jedno, na którym przyjęto regulamin prac Sądu Koleżeńskiego, oraz dwa w związku z jubileuszem 50-lecia pracy naukowo-lekarskiej Prof. Dra A. Januszkiewicza.

Ogółem wygłoszono 28 referatów i omówiono 25 przypadków z pokazem chorych i preparatów.

Dr Wł. Fisz i Dr Wł. Ganszer:

O szkodliwym wpływie penicyliny we wczesnym dzieciństwie.

Dr W. Ganszer:

- a. Złamanie z przeciążenia.
- b. Zespół przegrzania i bladeści jako powikłanie pooperacyjne u dzieci.
- c. Przetaczanie płynów przesiękowych (cztery wykłady).
- d. Hormonalne leczenie niektórych postaci raka.

Dr W. Ganszer i Dr M. Sztajerowa:
Ostra ciężka postać pseudouremii jako następstwo nadwrażliwości na sulfamidy.

Dr Bol. Gładysz:

- a. Interpretacja rentgenowskich obrazów płuc.
- b. Rentgenowskie sposoby uwidaczniania zrostów szczytowych.
- c. Zdjęcia warstwowe klatki piersiowej.

Dr J. Godlewski:

Sprawozdanie z II. powojennego Zjazdu Otolaryngologów we Wrocławiu.

Prof. Dr A. Januszkievicz:

- a. W sprawie leczenia ostrej niewydolności krążenia. Cz. II, kliniczna.
- b. Serce a nerki w obrazach klinicznych (z pokazem przypadku).
- c. O stanach mocznicowych.
- d. Symptomatologia rozmaitych postaci śpiączki.
- e. O wodach leczniczych. Cz. I. Charakterystyka ogólna.
- f. Cz. II. Właściwości fizyko-chemiczne wód kruszcowych.
- g. Cz. III. Polskie wody eksportowe w leczeniu domowym.
- h. Cz. IV. Leczenie wodami kruszcowymi chorób narządu trawienia.
- i. Cz. V. Leczenie krajowymi wodami kruszcowymi chorób żołądka i wątroby.
- j. Leczenie chorób reumatycznych w zdrojowiskach polskich.

Dr J. Makowiec:

Sprawozdanie z kursu dla wenerologów i uwagi na marginesie akcji „W”.

Dr Z. Mąka i Dr W. Ganszer:

Schorzenia dróg żółciowych. Diagnostyka i leczenie chirurgiczne. 2 wykłady.

Dr J. Mierosławski:

Sprawozdanie z 9 Zjazdu Przeciwgruźliczego w Łodzi.

Dr St. Rządowski:

Sprawozdanie z V Zjazdu Przeciwrakowego w Warszawie.

Pokazy chorych i preparatów

Dr W. Ganszer:

- a. Przypadek po operacji woreczka żółciowego z przypadkowym przecięciem ductus hepaticus, który następnie zeszyto.
- b. Przypadek inwaginacji jelita u 11-letniej dziewczynki o nietypowym przebiegu.

Dr J. Godlewski:

- a. 2 przypadki gruźlicy płuc i krtani leczone streptomycyną.
- b. Pokaz przypadku po operacji radykalnej i zachowawczej ucha środkowego.
- c. Pokaz operacyjnie leczonego przypadku ropnego przewlekłego zapalenia zatok obocznych nosa (Pansinuitis purul. chron.).
- d. Pokaz przypadku po plastycznym zamknięciu przetoki po operacji radykalnej ucha.

e. Pokaz przypadku po radykalnej operacji ucha met. Lemperta.

f. Przypadek zakażenia ogólnego (trombophlebitis septico-pyaemica) pochodzenia usznego, leczony operacyjnie z pomyślnym wynikiem. (Operacja radykalna prawego ucha i podwiązanie oraz wycięcie prawej żyły szyjnej wewnętrznej).

Dr J. Jakubek:

Przypadek po choledochoduodenostomii.

Prof. Dr A. Januszkievicz:

Leczenie operacyjne zwężenia cieśni tętnicy głównej (w obrazach epidiaskopowych).

Dr B. Koszutski:

a. Pokaz przypadku gruźlicy spojówek powiek.

b. i c. Omówienie 2 przypadków porażenia akomodacji oczu po szczepieniu przeciwdurowym.

Dr Z. Mąka:

a. Demonstracja przypadku znacznego skostnienia dużych naczyń u chorego zmarłego z powodu nerczycy.

b. Omówienie 2 przypadków azocicy nerkowej.

c. Omówienie przypadku wady zastawki trójdzielnej.

d. Przypadek wrzodu żołądka drążącego do głowy trzustki.

e. Pokaz preparatów anatomicznych zmarłego z powodu raka brodawki Vatera z przerzutami do wątroby i okolicznych tkanek.

f. Czynnościowa niedomykalność zastawek aorty, przebiegająca klinicznie pod klasyczną postacią organiczną na tle zapalenia gośćcowego śródsierdzia.

g. Omówienie przypadków wirusowego prosówkowego zapalenia płuc.

h. Przypadek wtórnej marskości nerek zanikowej (Nephrocirrhosis secundaria), przypadku stwardnienia nerek naczyniowego (Nephrosclerosis vascularis) oraz pstrej nerki.

Dr J. Mierosławski:

a. Omówienie przypadku odmy brzusznej.

b. Omówienie przypadku krwiopochodnej gruźlicy płuc, leczonej streptomycyną.

c. Dwa przypadki gruźlicy płuc i krtani, leczone streptomycyną.

Dr St. Rządowski:

Przypadek złamania szyjki kości udowej, leczony gwoździowaniem.

Kronika Towarzystwa

Na Nadzwyczajnym Walnym Zebraniu T-wa w dniu 28. I. 49. uchwalono i przyjęto regulamin Sądu Koleżeńskiego K. T. L.

Na Nadzwyczajnym Walnym Zebraniu T-wa w dniu 30. IX. 49 r. członkowie uchwalili jednogłośnie nadanie tytułu członka honorowego Pre-

zesowi T-wa Prof. Drowi Aleksandrowi Januszkiewiczowi w uznaniu jego wybitnych zasług dla K. T. L. i w związku z jubileuszem 50 letniej jego pracy na polu naukowo-lekarskim. W związku z powyższym w dniu jubileuszu — 19. X. 1949 odbyło się uroczyste zebranie T-wa w obecności wszystkich członków i zaproszonych gości z ośrodków uniwersyteckich, na którym Dr Bronisław Koszutski w imieniu K. T. L. wręczył jubilatowi dyplom honorowy. Po uroczystości odbył się bankiet.

W ciągu roku K. T. L. otrzymało w darze od Prof. Januszkiewicza 9 oprawnych tablic, będących ilustracjami do jego wykładów klinicznych.

W roku sprawozdawczym następujący członkowie Towarzystwa brali udział w zjazdach, posiedzeniach oraz kursach naukowych. Dr A. Abramski brał udział w kursie leczenia gruźlicy skóry calciferolem przy Klinice Dermatologicznej Uniw. Pozn., Dr J. Godlewski — w kursie dokształcającym przy Klinice Oto-Laryng. Uniw. Łódzkiego, w Zjeździe Oto-Laryngologów w Krakowie, oraz w posiedzeniach Sekcji Poznańskiej Polskiego T-wa Laryngologicznego, Dr W. Ganszer — w Zjeździe Chirurgów Polskich, gdzie wygłosił referat, w kursie ortopedycznym przy Klinice Ortopedycznej Uniw. Pozn., w Zjeździe Ortopedów Polskich w Piekarach Śl., w Zjeździe Przeciwrakowym w Warszawie. Dr W. Fiszb brał udział w posiedzeniach Polskiego T-wa Pediatrycznego w Poznaniu, Dr Z. Mąka — w posiedzeniach Pozn. Koła T-wa Internistów Polskich i w zjeździe T-wa Internistów Polskich w Gdańsku, Prof. A. Januszkiewicz brał udział w posiedzeniach naukowych oraz w uroczystym posiedzeniu dorocznym P. A. U., w posiedzeniach Pozn. Tow. Przyjaciół Nauk, w XV Zjeździe T-wa Internistów Polskich w Gdańsku oraz w 12 Zjeździe Lekarskim w Ciechocinku. Dr S. Nowaki i Dr Piotrowski brali udział w posiedzeniach Pozn. Koła Ginekologów Polskich, którego wiceprezesem jest Dr Piotrowski. Dr J. Mierosławski brał udział w 9 Zjeździe Przeciwgruźliczym w Łodzi i Dr S. Rządowski brał udział w V Zjeździe Przeciwrakowym w Warszawie.

(—) Dr J. Mierosławski
sekretarz

Protokół z posiedzenia B. T. L. w dniu 7. II. 50 r
w Szpitalu Miejskim w Bydgoszczy.

Obecnych 61 osób.

Zebranie zagaił prezes kol. Radziwiński przedstawiając zebranym krótki projekt działalności Zarządu B. T. L. na rok 1950. Oprócz organizowania zebrań naukowo-lekarskich jednym z głównych zadań B. T. L. będzie praca oświatowo-popularyzacyjna w postaci publicznych odczytów, wykładów i pogadanek poza obrębem

Towarzystwa dla personelu sanitarnego i dla szerokich mas społeczeństwa.

Następnie odbyła się dyskusja nad referatem kol. Staszewskiego „Wczesne rozpoznawanie najczęstszych postaci raka” wygłoszonym na ostatnim posiedzeniu B. T. L. W dyskusji zabierali głos kol. kol. Włodarczyk, Świątecki, Monsiorski, Sielużycki i Żemojtel podkreślając zgodnie stale wzrastającą ilość zachorowań na nowotwory złośliwe i uważając za wskazane masowe badania lekarskie ludności w tym kierunku oraz przekazywanie chorych na raka do leczenia szpitalnego.

Pokazy chorych:

1. kol. Wenda: *Klinika i patogeniza ropni pozagałkowych z demonstracją 2 przypadków.*

Ropień pozagałkowy oczodołu jest jednostką chorobową o kilku okresach, różniących się między sobą pod względem klinicznym i anatomicopatologicznym. I okres — to obrzęk zapalny tkanek oczodołu; występuje on jako reakcja oczodołu na proces ropny w zatokach o tendencji przebiccia się ropy do oczodołu. Jedynym objawem klinicznym jest wczesnie występująca bolesność oczodołu. Operacja zatok likwiduje proces chorobowy. II okres — to zapalenie okostnej oczodołu; występuje tutaj już cały zespół objawów chorobowych: wytrzeszcz, obrzęk powiek, obrzęk spojówek, nieznaczne podniesienie ciepłoty. Wczesne otwarcie zatok (sitowych) również likwiduje sprawę chorobową. III okres — to ropień podokostnowy oczodołu. Objawy te same, co w poprzednim okresie, ale więcej nasilone, ciepłota ciała zazwyczaj wysoka. Należy jak najwcześniej wykonać zabieg otwarcia zatok, w przeciwnym wypadku następuje IV okres — ropowica oczodołu. Powstaje ona drogą zapalnego zakrzepu żył i prowadzi do martwicy, rozpadu ropnego tkanek oczodołu i ograniczonych ropni w tkance tłuszczowej oczodołu. Stan ten jest groźny zarówno dla samego oka, jak i całego ustroju. W oku może wystąpić zapalenie nerwu wzrokowego i zakrzep żyły środkowej siatkówki, prowadzące do ślepoty. Dochodzi często do zakażonych zakrzepów żył wirowatych w wyniku czego powstaje ropne zapalenie gałki ocznej. Proces może przejść na zatoki jamiste, wywołując zakrzep zatoki jamistej i ropne zapalenie opon mózgowych. Śmiertelność w wypadkach ropowicy oczodołu wynosi 15—20%. Referent demonstrował przypadek ropnia pozagałkowego oczodołu w II okresie; proces zlikwidowany został szybko po operacji otwarcia zatok sitowych. Drugi chory w międzyczasie zmarł. Sekcja zwłok wykazała olbrzymi proces ropny opon mózgowych po stronie lewej (z przetoką na skórze głowy). Proces chorobowy miał przypuszczalnie początek w ropnym zapaleniu opłucnej przed 2 laty. Ropień pozagałkowy oczodołu był tylko fragmentem rozległego ropnia. Operacja szerokiego otwarcia zatok sitowych i czołowej i w tym wypadku przyniosła

ulgę choremu (wytrzeszcz ustąpił, ciepłota spadła), zabieg nie mógł doprowadzić jednak do całkowitego wyleczenia.

2. kol. *W e n d a*: *Niezwykły przypadek procesu włóknikowo-ropnego w oku o nieznannej etiologii.*

Chory lat 49; przed 45 laty dokonano operacji usunięcia prawego oka, badany nie umie wyjaśnić z jakiego powodu. Od 30 lat nie widzi okiem lewym, również nie można było ustalić przyczyny ślepoty. Od 3 miesięcy chory zaczął gorączkować, jak twierdzi od czasu, kiedy oko zaczęło „gnić”.

Przed 3 tygodniami przywieziono chorego do szpitala w stanie półprzytomnym. Ciepłota ciała 37,6 stopni C. Stan oka lewego: ropa wypełnia całą przednią komorę, nastrzyk rzęskowy, oko bolesne przy dotyku, bez poczucia światła, rogówka bez zmian chorobowych. Ropnego zapalenia gałki ocznej (panophtalmitis purulenta) nie stwierdzono. Rozpoznanie kliniczne najbardziej przypominało obraz endophtalmitis septica purulenta. Wobec ciężkiego ogólnego stanu chorego natychmiast dokonano operacji wyluszczenia gałki ocznej. Po rozcięciu usuniętej gałki ocznej stwierdzono ropę w przedniej komorze i rozpadowo-gnilny proces w ciałku szklistym. Badanie histopatologiczne usuniętej gałki wykazało proces włóknikoworopny. Badanie neurologiczne wykazało podrażnienie opon mózgowych, badania laboratoryjne — pleocytozę w płynie mózgowo-rdzeniowym i nieznaczną leukocytozę we krwi. Poza tym w ustroju zmian nie stwierdzono. Po usunięciu gałki ocznej stan chorego zaczął się poprawiać, w ciągu 2 tygodni znikła całkowicie gorączka, obecnie po 3 tygodniach chory jest całkowicie wyleczony.

3. kol. *Ż e m o j t e l*: *Sarcoma u dziecka 5-letniego.* (Streszczenia nie dostarczono).

4. kol. *R a d z i m i ń s k i*: *Przypadek operacyjny zatok czołowych.*

Doc. dr Radziński przedstawił przypadek operacyjny otwarcia zewnątrznosowego zatoki czołowej u kobiety lat 40, która chorowała na przewlekłe obustronne zapalenie zatok czołowych. Wykonano zewnątrznosowe otwarcie lewej zatoki czołowej metodą Ogston-Lucc'a z tym, że zdłutowano przegrodę międzyzatkowo dostając się również do prawej zatoki i usuwając z niej zmiany ziarniowe, przez co zaoszczędzono wykonanie dodatkowej operacji zewnątrznosowej na prawej zatoce, a co za tym, dodatkowej blizny w prawym łuku brwiowym. Zwraca również uwagę na efekt kosmetyczny — blizna w łuku brwiowym jest prawie niewidoczna a to dzięki temu, że stosuje się penicylinę razem ze środkiem znieczulającym do znieczulenia miejscowego.

5. kol. *O s i k o w s k a*: *Przypadek obustronnej torbieli żuchwy.*

Przypadek obustronnej torbieli żuchwy ciekawy ze względu na umiejscowienie i duże rozmiary torbieli. Dotyczy torbieli umiejscowionej w przedniej części żuchwy (w linii środkowej) i rozrastającej się symetrycznie w obrębie łuku odpowiadającego 10 zębom.

Przedstawione zdjęcia rtg. wykazują b. silne zwężenie dolnej krawędzi żuchwy spowodowane rozrostem torbieli. Przypadek przedstawiono w kilka tygodni po usunięciu torbieli. Stan chorej i efekt kosmetyczny b. dobry.

6. kol. *O ź d ź y ń s k i*: *Niezwykły przypadek wrodzonego opadnięcia powiek wyleczony operacyjnie.* (Streszczenia nie dostarczono).

7. kol. *H e l l e r o w a*: *Adenocarcinoma bronchi et corneae.* (Streszczenia nie dostarczono).

8. kol. *W r z e ś n i o w s k i*: *Przypadek zgorzeli gazowej.*

Po omówieniu epidemiologii i kliniki zgorzeli gazowej przedstawia przypadek zgorzeli gazowej u rolnika lat 29, któremu podczas pracy prawa ręka dostała się w tryby maszyny. Z powodu oderwania prawej dłoni i zmiążdżenia okolicy nadgarstka wykonano amputację w połowie przedramienia pozostawiając ranę pooperacyjną otwartą. W następnym dniu wystąpił obrzęk kikuta przedramienia, i stan gorączkowy. Mimo leczenia penicyliną obrzęk powiększył się jeszcze bardziej, wystąpił objaw trzeszczenia w tkance podskórnej, a z rany wydobywała się cuchnąca treść ropna. Wobec tego wykonano kilka nacięć na przedramieniu, podano surowicę przeciw zgorzeli gazowej (100 cm³) i penicylinę. Nastąpiła wybitna poprawa, a po upływie 1 miesiąca chorego wypisano ze szpitala jako wyleczonego.

9. kol. *M o n s i o r s k i*: *2 przypadki porodów pośladowych.* (Streszczenia nie dostarczono).

Na tym zebranie zakończono.

(—) Dr Grohman-Fleszarowa
sekretarz B. T. L.

(—) Doc. Dr Radziński Aleks.
prezes B. T. L.

Protokół z posiedzenia B.T.L. w dn. 20. II. 50 r. w Szpitalu Miejskim w Bydgoszczy

Obecnych 70 osób.

Zebranie zagał kol. Radziński witając jako prezes Towarzystwa prelegentów z Akademii Lekarskiej w Gdańsku prof. dr Morzyckiego i prof. dr Zakrzewskiego.

1. Prof. dr Morzycki wygłosił referat „*Nowe poglądy na budowę żywej materii*”. (Streszczenia nie nadesłano).

2. Prof. dr Zakrzewski wygłosił referat: „*Nowe poglądy na istotę nowotworów*”. (Streszczenia nie nadesłano).

W dyskusji nad referatami zabierali głos kol. kol. Baniewicz, Jędruszek, Świątecki, Sielużycki i Wenda.

(—) Dr Grohman-Fleszarowa
sekretarz B. T. L.

(—) Doc. Dr Radziwiński
prezes B. T. L.

PROTOKÓŁ

z posiedzenia B. T. L. w dniu 3. III. 1950
w Szpitalu Miejskim w Bydgoszczy.

Obecnych 66 osób.

1. kol. Fleszar wygłosił referat pt. „O rozpoznawaniu hemiplegii“.

W ramach referatu szkoleniowego kol. Fleszar podkreślił objawy porażenia połowiczego pochodzenia apoplektycznego i zróżnicował je z porażeniami połowiczymi pochodzenia innego. Na zakończenie omówił wskazania i przeciwwskazania kierowania chorych z porażeniami połowiczymi do leczenia szpitalnego.

W dyskusji kol. Baniewicz podkreśla, że w przypadku ciężkiego ataku apoplektycznego nie wolno nigdy chorego transportować.

Kol. Świątecki uważa, że Pogotowie Ratunkowe winno mieć kadry konsultantów-specjalistów w nagłych przypadkach.

Kol. Fischbach porusza ważność posiadania aparatu do mierzenia ciśnienia krwi przez każdą karetkę Pogotowia.

2. kol. Majchrzak przedstawia dwa przypadki niezwykłych uszkodzeń serca. Podczas rozbioru domu kierownik uległ wypadkowi przygniecenia przez walącą się ścianę. Między innymi obrażeniami stwierdzono sekcyjnie uszkodzenie serca, a mianowicie odłamki złamanych żeber porozrywały cały worek osierdziowy, przedślonki oraz przebiły na wylot obie komory serca.

2. Podczas budowy mostu spadł pracownik, którego przewieziono po wypadku do szpitala, tam stwierdzono złamanie 6 kręgu szyjnego, z uszkodzeniem rdzenia kręgowego i porażenie kończyn górnych i dolnych. Na sekcji stwierdzono zmiążdżenie trzonu 6 kręgu szyjnego, zmiążdżenie rdzenia w tym miejscu, złamanie rękkości mostka i złamanie II żebra lewego oraz rupturę serca długości 9,8 cm na przedniej ścianie prawej komory sercowej w niewielkiej odległości od koniuszka serca. Wystąpił nieznaczny wylew krwi do worka osierdziowego, który nie mógł spowodować śmierci. Zgon mógł tylko nastąpić na skutek porażenia ośrodków: krążenia i oddechowego. Według oświadczenia organów śledczych zmarły spadł z mostu głową na łód a jednak nie nastąpiło uszkodzenie kości sklepienia ani podstawy czaszki. W dyskusji kol. Baniewicz zapytuje, jakie zmiany stwierdzono w mózgu w II przypadku. Kol. Majchrzak odpowiada, że znaleziono w naczyniach mózgu zatory powietrzne.

3. kol. Polakiewicz i Oźdźyński przedstawiają dwa przypadki zespołu niebieskich twardówek (streszczenia nie dostarczono). W dyskusji kol. Baniewicz zapytuje jak długo żyją chorzy z powyższym zespołem i czy zespół klasyczny może wystąpić w młodym wieku. Kol. Wenda odpowiada, że zespół niebieskich twardówek nie wpływa na skrócenie życia, oraz że zespół w całej pełni występuje tylko u ludzi starszych.

4. kol. Oźdźyński przedstawia przypadek obustronnego glejaka oczodołu (streszczenia nie dostarczono).

5. kol. Wenda demonstrowa przypadek chorioiditis disseminata u osobnika dorosłego na tle kiły nabytej. Schorzenie to występuje zawsze w związku z procesem chorobowym w siatkówce (retino-chorioiditis) i, odmiennie od zapalenia naczyniowo-kiłowego u dzieci, gdzie atakuje przedni odcinek

naczyniowy (chorioiditis anterior) zawsze występuje w tylnym biegunie gałki, w okolicy plamki żółtej i tarczy nerwu wzrokowego. Stąd znaczne zaburzenia wzroku w zakresie ostrości wzroku, ograniczenie pola widzenia, i osłabienia adaptacji na światło. W przypadku demonstrowanym u mężczyzny 26-letniego, zmiany chorobowe w lewym oku umiejscowiły się głównie w okolicy plamki żółtej, powodując znaczne obniżenie bystrości wzroku (0,01). W oku prawym okolica plamki żółtej została zaoszczędzona, bystrość wzroku po zastosowaniu kuracji salvarsanowo-bizmutowo-penicylinowej, podniosła się z 0,6 do 1.

6. kol. Staszewski omawia „Chirurgiczne leczenie niemocy płciowej“ z pokazem operowanego przypadku.

Znany chirurg-plastyk radziecki, laureat tegorocznej nagrody Stalinowskiej, prof. Bogoraz, wykonywując plastykę prącia w przypadkach jego wrodzonego braku lub utraty, celem nadania mu niezbędnej dla wykonania aktu spółkowania sztywności umieszczał wewnątrz listewkę chrzęstną pobraną z żebra. Ten sam sposób stosuje on z powodzeniem w przypadkach impotentia coeundi pochodzenia psychoneurogennego, wszczepiając taką listewkę pomiędzy corpora cavernosa i umożliwiając przez to immisio penis, czyli rozpoczęcia aktu płciowego. Zachęcony jego wynikami, wykonałem taki zabieg operacyjny w przypadku psychopochodnej niemocy płciowej u młodego człowieka, nie poddającej się leczeniu zachowawczemu i osiągnąłem bezpośredni wynik pomyślny (pokaz chorego).

W dyskusji kol. Gebel uważa, że ponieważ impotentia coeundi jest zaburzeniem czysto czynnościowym, wskazania do operacji winien dawać seksuolog lub neurolog.

Kol. Monsiorski po obejrzeniu przypadku twierdzi, że podstawa czionka nie jest dostatecznie usztywniona i stąd będą trudności przy akcji płciowej.

Kol. Baniewicz podkreśla, że ostatnio impotentia jest bardzo rozpowszechniona, dlatego wskazania do operacji w wielu młodym są problematyczne.

7. kol. Lorenc przedstawia przyp. izolowanego oderwania kości siedzeniowej.

Oderwanie guza kości siedzeniowej, należy zaliczyć do złamań marginalnych (przeznaczonych) kości miednicowej.

O nie złamanie miednicy stanowią około 1 procent wszystkich złamań, o tyle złamania marginalne są znacznie rzadsze.

W dostępnym piśmiennictwie nie spotkałem nigdzie opisu odizolowanego oderwania guza kości siedzeniowej.

Przypadek dotyczył dziewczyny lat 14, dobrze zbudowanej, która w czasie gimnastyki przy podskoku upadła i odczuła silny ból w górnej trzeciej prawego uda. Wystąpił chwilowo silny ból, mogła jednak chodzić. Ruchy kończyny nie doznały upośledzenia, występowały tylko bóle w górnej trzeciej uda przy prostowaniu stawu kolanowego. Zdjęcie rtg. wykazało oderwanie guza kości siedzeniowej prawej, oddalonego od kości siedzeniowej o około 2 cm.

Leczenie: Ułożenie na brzuchu z podwiązaniem kończyny w zgięciu w stawie kolanowym przez 1 miesiąc. Występuje wzrost łącznotkankowy, funkcja kończyny w normie. Zjawiają się jednak okresowe bóle górnej 1/3 uda, szczególnie po dłuższym chodzeniu. Zdecydowano się wobec tego na operację. Usunięto oderwany guz kości siedzeniowej.

Przebieg pooperacyjny bez powikłań. Funkcja kończyny bez upośledzenia. Brak bólów.

8. kol. Chełkowski: 1) 2 przyp. seminoma 2) przyp. resekcji żołądka met. Rydygiera.

1) Przedstawia 2 przyp. seminoma rozpoznanych histopatologicznie u chorych 1. 20 i 1. 38. W obu przypadkach wykonano usunięcie jądra wraz z powrózkiem nasiennym. W pierwszym przypadku przebieg pooperacyjny był powikłany ropieniem i mimo naświetlań prom. rtg. po 2 miesiącach wystąpiły przerzuty w obu płucach, a po 3 mies. nastąpiło zejście śmiertelne

wśród objawów ogólnego wyniszczenia. W II przypadku pooperacyjna zagoiła się przez rychłozrost i pacjenta wypisano po 9 dniach ze szpitala do naświetlań prom. rtg. ambulatoryjnie. Dalszy los pacjenta nieznany.

2) Przedstawia przypadek chorej lat 44, u której z powodu wrzodu żołądka umiejscowionego na krzywiźnie małej w pobliżu odźwiernika oraz rozdęcia żołądka dużego stopnia wykonano resekcję żołądka met. Rydygiera. Przebieg pooperacyjny bez powikłań.

Kol. Staszewski zaznacza, że metoda Rydygiera, mimo że jest bardziej fizjologiczna, jest obecnie zarzucana i może być stosowana tylko w przypadkach wrzodów umiejscowionych w pobliżu odźwiernika.

9. kol. Włodarczyk przedstawia: Niecodzienny przypadek coprostaty. Pacjentka lat 30, pierwiastka. W 3 tygodnie po cięciu cesarskim była badana per rectum i od tej pory, jak twierdzi (post hoc, ergo propter hoc), wystąpiły u niej bardzo bolesne parcia na stolec, które powtarzały się z biegiem czasu coraz częściej (ostatnio co 3—5 minut). Stan ten trwał prawie 4 tygodnie. Dodać należy, że każdemu takiemu

parciu na stolec towarzyszyło oddawanie w niewielkiej ilości luźnego kału. Pacjentka wyczerpana fizycznie i nerwowo nie pozwoliła zbadać się ponownie per rectum. Żadne środki czyszczące i uśmierzające z pantoponem na czele nie dawały, poza chwilową ulgą, požądanego wyniku.

Dopiero po długich perswazjach udało mi się nakłonić pacjentkę do badania per rectum. Cała ampulla recti, silnie rozdęta, wypełniona była olbrzymimi wprost masami zbitego jak kamień kału, który po rozkawałkowaniu go palcem, częściowo usunięto, reszta zaś wydalona została za pomocą środków czyszczących per os i lewatywy z gliceryną.

Z chwilą tą nad wyraz wyczerpujące bolesne parcie na stolec ustąpiło bezpowrotnie. Ani proctitis, ani periproctitis, ani też ropnia okołoodbytniczego czy wreszcie guzków krwawniczych nie stwierdziłem.

10. Na zakończenie zebrania kol. Gregrowicz demonstruje elektrosondę mającą zastosowanie w chirurgii przy poszukiwaniu obcych ciał metalowych.

Sekretarz B. T. L.
(dr Grohmann-Fleszerowa)

Prezes B. T. L.
(doc. dr Radziwiński)