WARSZAWSKIE
CZASOPISMO LEKARSKIE

REDAKTOR: ZYGMUNT SREBRNY | WYDAWCA: REMIGJUSZ STANKIEWICZ

ADRES REDAKCJI: Sienkiewicza 12 m. 28. | *ADRES ADMINISTRACJI: Szpitalna 10 m. 10.*

Nr. 11 WARSZAWA, 30 LISTOPADA 1926 R. **Rok III.**

POLSKIEMU TOWARZYSTWU MEDYCYNY SPOŁECZNEJ

w dziesiątą rocznicę jego istnienia

oraz pamięci

D-ra ZYGMUNTA KRAMSZTYKA

Założyciela Towarzystwa

numer niniejszy poświęca

REDAKCJA

www.dlibra.wum.edu.pl

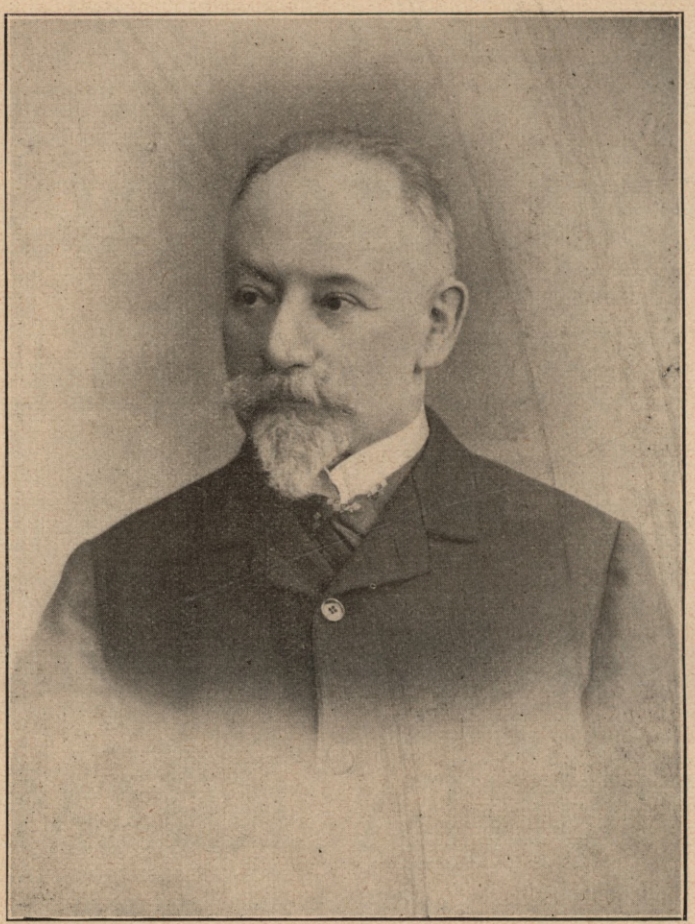
ZYGMUNT KRAMSZTYK

Wspomnienie

Podał

R. RADZIWIŁOWICZ (Warszawa).

Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej przy obchodzie dziesięcioletniej rocznicy swego założenia ma obowiązek i chce wspomnieć o tych, którzy, odszedłszy od nas, pozostali z nami i żyją nadal we wdzięcznej pamięci naszej. W ich rzędzie pierwsze miejsce zajmuje Zygmunt Kramsztyk, współzałożyciel naszego Towarzystwa i stały jego wiceprezes aż do zgonu.



Kramsztyk był wychowańcem Szkoły Głównej, której tradycję przejął i był wierny przez całe życie. Wyniósł z uczelni poważne przygotowanie naukowe, lecz, co ważniejsze, wyniósł z niej szczery idealizm życiowy, który cechował wszystkich, co z tej Szkoły wyszli. Kochali naukę, kochali społeczeństwo, kochali kraj, mieli wzrok wpatrzony w dalekie widnokręgi, umieli pracować i nieść trud ofiarny nietylko w dziedzinie umiłowanego zawodu, który był dla nich powołaniem, lecz usiłowania ich zmierzały stale i docierały do najdalszych zakresów obowiązku społecznego i narodowego. Był dobrym i wiernym synem swej uczelni i to go najlepiej charakteryzuje.

Zygmunt Kramsztyk urodził się w Warszawie 16 lipca 1849 r., tutaj skończył gimnazjum i studja uniwersyteckie. Pracę naukową rozpoczął jeszcze jako student. Już w roku 1870 ogłasza rzecz o wpływie korzeni tylnych na pobudzalność przednich, a w r. 1871 rzecz o symptamatologji uszkodzeń mózgu u żaby. W 1872 r. otrzymuje dyplom lekarski, a w 1879 doktorski. Od 1873 r. jest ordynatorem kliniki chorób ocznych, od 1879 ordynatorem oddziału ocznego szpitala Starozakonnych w Warszawie, w 1897 zostaje Lekarzem Naczelnym Szpitala i pozostaje na tem stanowisku do 1902 r.

Pracuje, jako lekarz praktyczny, nie zaniedbuje przytem pracy naukowej. Ogłasza w pismach lekarskich liczne i wartościowe prace ze swej specjalności, w 1907 r. daje pewnego rodzaju syntezę swego naukowego i praktycznego dorobku, wydaje obszerne dwutomowe dzieło „Objawy kliniczne chorób oczu". Szeroki horyzont jego naukowego myślenia nie pozwolił mu zamknąć się w granicach specjalności, podejmuje liczne zagadnienia ogólno lekarskie, poddaje rozbiorowi stan spółczesny wiedzy lekarskiej, daje próby syntezy, sięgając wzrokiem wnikliwym w przyszłość daleką nauki. W 1874 r. ogłasza rozprawę p. t. „Teorja jestestw organicznych Śniadeckiego wobec dzisiejszych pojęć o życiu". Zakłada i wydaje w ciągu 11 lat zupełnie oryginalne pismo p. t. „Krytyka Lekarska", w której są rozważane zasadnicze ogólne pojęcia naukowe, są przedstawiane dzieje poglądów i metod naukowych, zostaje poddawana ocenie każda praca naukowa, wykazane jej naukowe braki i wartości.

Profesor filozofji medycyny Uniwersytetu Jagiellońskiego Władysław Szumowski już w 1911 r. tak pisał: „Krytyka Lekarska daleko więcej, niż inne pisma, miała charakter pisma, wydawanego z określonym celem i programem, poświęconego krzewieniu pewnych idei, redagowanego w pewnym kierunku przez jednego człowieka. Kramsztyk sam służył najwięcej myśli swojskiej i samodzielnej, śmiałej a ściślej. Nawoływanie jego do samodzielności narodowej w naukach lekarskich, do porzucenia bezmyślnego naśladownictwa zagranicy, do tworzenia polskich podręczników i polskiej medycyny macechowane są zrozumieniem wad i zalet narodowych, głębokim patrjotyzmem i prawdziwym talentem pedagogicznym".

W 1899 r. wydaje świetnie pisane „Szkice krytyczne z zakresu medycyny", poświęcone filozofji medycyny i krytyce lekarskiej.

Nie traci z oczu w ciągu całej swej działalności naukowej zadań społeczno-lekarskich. Higjena szpitalna w wysokim stopniu zajmuje jego umysł, wprowadza szereg reform w kierowanym przez siebie szpitalu, zabiera głos w prasie lekarskiej i na posiedzeniach Towarzystwa Higjenicznego w licznych sprawach, mających na celu podniesienie poziomu szpitalnictwa naszego.

Kiedy w 1916 r. przed narodem naszym otwarły się wówczas jeszcze tylko miraże własnej państwowości, jeden z pierwszych staje do pracy państwowo-

www.dlibra.wum.edu.pl

twórczej, której warsztatem było nasze Towarzystwo. Redaguje wydawaną przez Towarzystwo „Medycynę Społeczną", stale przewodniczy na zebraniach ogólnych, nie opuszcza żadnego z posiedzeń Zarządu, podejmuje zagadnienia o szerokich zakresach reformatorskich, podnosi sprawę potrzeby utworzenia Ministerstwa Zdrowia Publicznego, sprawę upaństwowienia lekarzy, w czem widział najlepszą drogę demokratyzacji lecznictwa, a ostatnią jego pracą był referat o pomocy okulistycznej w Kasach Chorych, którego osobiście nie mógł już wygłosić i który został na posiedzeniu odczytany z rękopisu.

Kramsztyka obchodziły nietylko zagadnienia lekarskie, naukowe i społeczne. Był wielkim miłośnikiem przyrody. Spólnie z prof. Wacławem Jezierskim powołał do życia Warszawskie Towarzystwo Miłośników Przyrody, którego był wieloletnim prezesem i gorliwym orędownikiem.

Był przytem doskonałym znawcą piśmiennictwa i języka polskiego, wysoce dbały o jego poprawność i czystość. Posiadał sam wybitny talent publicystyczny i literacki. Często zabierał głos w prasie ogólnej, wydał obszerne studjum: Bohaterowie Pana Tadeusza.

Zmarł 30 maja 1920 r.

Ze śmiercią Zygmunta Kramsztyka straciło społeczeństwo nasze wybitną, a przez spółczesnych niedocenioną jednostkę.

Było osobistą potrzebą każdego z nas, którzyśmy razem z Nim pracowali i znali go bliżej, dać świadectwo prawdzie Jego niewątpliwej zasługi naukowej, społecznej i narodowej.

Cześć Jego świetlanej pamięci.

WYKAZ PRAC ZYGMUNTA KRAMSZTYKA
ogłoszonych drukiem.

1870. O wpływie korzeni tylnych rdzenia kręgowego na pobudzalność przednich. Gaz. Lek. tom IX, Nr. 14 i 15.
1871. Symptomatologja uszkodzeń mózgowia żaby.
od 1871 do 1876. Wszystkie wyrazy lekarskie i niektóre przyrodnicze (jak Darwinizm) w Encyklopedji Powszechnej S. Orgelbranda.
1873. Zmiany spostrzegane w oczach w przebiegu cholery. Pam. Tow. Lek. Warsz. str. 319.
1874. Jędrzej Śniadecki. Teorja jestestw organicznych wobec dzisiejszych pojęć o życiu. Warszawa. Nak i drukiem S. Orgelbranda. str. IX i 87.
— Odpowiedź prof. Kułakowskiemu na jego krytykę dzieła „Jędrzej Śniadecki. Teorja jestestw organicznych". Gaz. Lek. tom XV, str. 409.
1875. Fantom do objektywnego badania refrakcji. Pam. T. Lek. Warsz. tom LXXI; str. 231.
1875. Myśl dotycząca dalszej redakcji Pamiętnika Tow. Lek. Warsz. — Pam. T. L. W. str. 529.
— Zagojenie włosowatej przetoki worka łzowego przez zastosowanie elektrolizy. Pam. T. str. 508.
1876. Dwa przypadki przetok włosowatych worka łzowego, wyleczonych za pomocą elektrolizy. Med. Nr. 13.
1877. Trzy przypadki nowotworów gałki ocznej. Pam. T. L. Warsz. str. 310.
1878. Obadaniu siatkówki dla celów ogólno-lekarskich. Pam. T. L. Warsz. str. 550.
— O zmianach spostrzeganych w oczach przy białaczce. Pam. T. L. Warsz. str. 576.
— O polu obrazu wziernikowego. Pam. T. L. W. str. 59.
— Optometrja objektywna. Pamiętniki Towarzystwa Nauk Ścisłych w Paryżu. tom XI i w oddzielnej książce: Paryż. Nakł. Biblj. Kórnickiej. st. 46.
— O purpurze czyli czerwieni wzrokowej. Zdrowie. t. I. Nr. 13.
1879. Stradanija głaz pri lejkemji. Rozprawa dla uzyskania stopnia Dr. Med. druk K. Kowalewskiego. str. 46.
1881. Wrzód rogówki paralityczny. Med. str. 49 i 65.
— Ciało obce w oczodole. Gaz. Lek. str. 76.
— Usunięcie złogów metalicznych z rogówki. Gaz. Lek. Nr. 105.
— Ocena pracy Stefana Przybylskiego: „Kilka uwag o dyfterycie łącznicy". Gaz. Lek. 883.
— Zapalenie oczów pryszczykowe. Gaz. Lek. str. 893, 938; 958, 980.
1882. O referatach. Gaz. Lek. 26. (Szkice krytyczne).
— Zmiany chorobne występujące w oczach po przebyciu gorączki powrotnej. Gaz. Lek. str. 85, 111; 134.
— O cytatach. Gaz. Lek. str. 166; 222, 242. (Szkice krytyczne).
— Do kazuistyki operacyj zawinięcia i odwinięcia powiek. Pam. T. L. W. str. 652.
1883. Przyrosty tylne tęczówki wobec jaskry. Przegląd Lek. str. 187.
— Tylne przyczepiny tęczówki wobec jaskry. Przegląd Lek. str. 272.
— W obcej szacie.. Przegląd Lek. (przedruk w Lek. kryt.).
— Nowy szpital. Kur. Warsz. Nr. 175. Powtórzono w „Księdze Pamiątkowej Nowego Szpitala Starozak. w Warsz." 1909. str. 19.
— Porażenie akomodacji jako następstwo przebytego dyfterytu gardła. Gaz. Lek str. 25.
— Tylne zrosty tęczówki w stosunku do jaskry. Gaz. L. str. 43.
— Z panoramy własnego oka. I Błyskawki. Gaz. Lek. str. 83; 101, 129.
— Dwa przypadki dyfterytu łącznicy. Gaz. L. str. 365.
— Przyczep czy przyczepina, tęcza czy tęczówka (notatki terminolog.). Gaz. Lek. str. 445.
— Z panoramy własnego oka. II. Błyskawki wywołane ruchem oczu. Gaz. Lek. str. 599, 622.
— Wybroczyny w siatkówce przy białkomoczu. G. L. 714.
— Przetrwanie tętnicy ciała szklistego. G. L. str. 772.
— Przejściowy astygmatyzm po wycięciu tęczy. Gaz. L. str. 793.
1884. O kazuistyce klinicznej. Gaz. Lek. 2, 28, 48, 88; 108. (Szkice krytyczne).
— Kawałek stali przenikający rogówkę. G. L. str. 244.
— Oparzenie rogówki. Gaz. Lek. str. 269.
— Przypadek dyfterytu łącznicy powikłanego dyfterytem gardła. Gaz. Lek. str. 599.
— Ocena książki Dr. „Prof. Szokalski i jego działalność". Gaz. Lek. str. 513 i 583.
— Rzut oka na naukową działalność prof. Szokalskiego. Mowa wypowiedziana na uroczystem posiedzeniu w Tow. Lek. Warsz. Gaz. Lek. W. str. 818. (Szkic kryt.) dla uczczenia 50 letn. jubileuszu prof. Szokalskiego.
— Streszczenie niektórych dawniejszych rozpraw prof. Szokalskiego. Gaz. Lek. str. 824.
— Czy akomodacja w jednym tylko działa kierunku? Książka jubileuszowa dla uczczenia działaln. nauk. prof. Szokalskiego. str. 170.
— Wrzód pełzający rogówki. Księga pamiątkowa na jubileusz prof. Hoyera pisana przez współwłaścicieli Gaz. Lek. str. 59 do 77.
1885. O patrzeniu przez soczewkę w obrazie odwrotnym i o zastosowaniu tego sposobu w oftalmoskopji. Gaz. Lek. str. 427, 452.
— Astygmatyzm krótkowzroczny, krótkowzroczność w wymiarze poziomym. Gaz. Lek. str. 460.
— Błyskawki w połączeniu ze ślepotą występujące napadami. Gaz. Lek. str. 475.
— Rozedma tkanki łącznej oczodołowej. Gaz. L. str. 520.
— Brodawka skórna na gałce ocznej. Gaz. L. str. 621.
1886. Wyprawy po zdrowie. G. L. str. 2, 27, 47. (Szkice krytyczne).
— Zrośnięcie powiek wrodzone, częściowe, obustronne i brak otworu stolcowego. Gaz. Lek. str. 202.
— Wyciskanie ziarn jaglicowych z łącznicy. G. L. 387.
— O statystyce Lekarskiej. G. L. str. 565, 587. (Szkice krytyczne).

www.dlibra.wum.edu.pl

— Mimowolna ekstrakcja soczewki dokonana drągiem, z zejściem pomyślnem. Gaz. Lek. str. 807.
— Oderwanie siatkówki leczone jrydektomją. Pam. T. L.
1887. O leczeniu jaglicy. Pam. Tow. Lek. Warsz. str. 129. Warsz. str. 691.
— O racjonalnem leczeniu. G. L. str. 778. (Szkice krytyczne).
— List otwarty z powodu artykułu Dr. Dunina o budynkach szpitalnych. Gaz. Lek. str. 1056.
— O związku łuszczki z jaglicą. Gaz. Lek. str. 860, 888.
— O pewności w leczeniu. Gaz. Lek. str. 132, 159, 180, 201. (Szkice krytyczne).
— Kilka przypadków uszkodzenia oczu podczas burzy. Gaz. Lek. str. 445.
1888. O potrzebie oddzielnych zakładów dla chorych na jaglicę. Pamiętnik V Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich. Nr.35. Przegląd Lek. str. 538.
— O wyciskaniu ziarn jaglicowych. Pam. V Zjazdu lek. i przyrod. polsk. Nr. 5, str. 35.
— O salach szpitalnych. Gaz. L. str. 604. (Szkice krytyczne).
1889. Chałubiński jako nauczyciel. Gaz. L. str. 919.
— Uczczenie pamięci prof. Chałubińskiego przez zakupienie jego domu w Zakopanem na pomieszczenie muzeum Tatrzańskiego. Kurjer Warsz.
1890. Oko elektryczne. Wszechświat. IX, str. 88.
— O usunięciu pędzelków z praktyki okulistycznej. Gaz. Lek. str. 90, 108, 127.
1891. O operacji plastycznej brzegu powiekowego. Pam. G. Lek. W. str. 673.
— Herman Helmholtz. Wszechświat. Nr. 44. (Szkice krytyczne).
— Sparzenie oka roztopioną cyną bez uszkodzenia. G. L. 84.
— Wiktor Szokalski. Wspomnienie pośmiertne. Gaz. Lek. str. 24. (Szkice kryt.).
— Wrodzone zboczenie kanalików łzowych. G. L. str. 86.
— Kawałek bicza utkwiony w gałce ocznej. G. L. str. 82.
— Mowa nad grobem Szokalskiego. Gaz. Lek. str. 58.
— O przeniesieniu Szpitala Starozakonnych za miasto. Gaz. Lek. str. 235.
1892. O nowym szpitalu (polemika z Dr. Grünbaumem). Izraelita. str. 164.
— Jeszcze o nowym szpitalu. Izraelita. Czerwiec.
— O znaczeniu szpitali. (odczyt popularny). Ateneum. Kwiecień. I w oddzielnem wydaniu str. 36. (Szkice krytyczne).
1892 Zakończenie jaskry przez pęknięcie gałki ocznej: G. L. 709.
— Pryszczyk na łącznicy skutkiem wewnętrznego użycia jodu. G. L. 897.
— Pomyłki w leczeniu jaskry. G. L. 967.
— Jaskra. Odczyty kliniczne, wydawane przez Gaz. Lek. zeszyt 11.
1893 Odezwa do czytelników (Od redakcji). G. L. 1 (Szkice krytyczne).
— Referat z pracy Nuela „Nitki na rogówkach". Gaz. Lek. 270.
— O rokowaniu lekarskiem. G. L. 1096, 1138, 1160, 1190 (Szkice krytyczne).
— Wspomnienie pośmiertne o Dr. Antonim Wnorowskim. G. L. 1177.
1894. Herman Helmholtz. G. L. 979.
— Ocena „Logiki medycyny". Wł. Biegańskiego. G. L. 996, (Szkice krytyczne).
— O przyzwyczajeniu w czynnościach oka. G. L. 1007.
— O doświadczeniu lekarskiem. G. L. 1106. (Szkice krytyczne).
— Służba lekarska w szpitalu w świetle nowej ustawy (Gaz. L. 1376, 1410). (Szkice krytyczne).
1895. Odcinek siatkówki, zachowujący swą czynność przy zupełnym zatorze głównego pnia tętnicy środkowej G. L. 705.
— Władysław Matlakowski. Wspomnienie pośmiertne. G. L. 756. (Szkice krytyczne).
— Czy medycyna jest nauką czy sztuką? G. L. 1099, 1126. (Szkice krytyczne).
1896. Ludwik Natanson. Wspomnienie pośmiertne. G. L. 631. (Szkice krytyczne).
— Metoda optometrji objektywnej. Nowiny Lekarskie Nr. 3.
1897. Od 1897 do 1907 założył, redagował i wydawał Krytykę Lekarską.
— Prospekt Krytyki Lekarskiej. Kr. Lek. 1. (Szkice krytyczne).
— Ocena artykułu Dr. Chełmońskiego „O zaziębieniu, jako przyczynie chorób. Kr. Lek. 25. (Szkice krytyczne).
— Ocena pracy Dr. Wizla: „Wiek nerwowy w świetle krytyki". Kr. Lek. 29.
— Książki suche i książki myśl podniecające. Notatka Kr. Lek. 45 (Szkice krytyczne).
— Ocena pracy Dra Biry „O sklerodermji". Kr. Lek. 47. (Szkice krytyczne).
— Składki na pomnik Pasteura. Kr. Lek. 48.
— Ocena książki p. Boczkowskiego „Okulistyka weterynaryjna". Kr. Lek. 64.
— Granice okulistyki. Kr. Lek. 81. (Szkice krytyczne).
— Prof. Włod. Brodowski. Kr. Lek. 87. (Szkice krytyczne).
— Obowiązek życzliwości w krytyce. Kr. Lek. 117. (Szkice krytyczne).
— Cytaty, jako obowiązek moralny. Kr. Lek. 146. (Szkice krytyczne).
— Cel, jako wskazówka badania. Kr. Lek. 161. (Szkice krytyczne).
— O potrzebie zreformowania Rady Miejskiej Warsz. Dobrocz. publicznej. Kr. Lek. 186.
— Ocena pracy A. D. Wolskiego: „Przyczynek do rozbioru problematu materji i ducha". Kr. Lek. 192.
1897. „Otworzyć okno na Europę". Kr. Lek. 196. (Szkice krytyczne).
— Porównanie choroby z walką. Kr. Lek. 200.
— Polemika z Warszawskim Dziennikiem o charakterystykę lekarzy warszawskich. Kr. Lek. 229.
— Cytowanie własnych prac. Kr. Lek. 229.
— O niepotrzebnem tłomaczeniu mian polskich na obce, w pracach naukowych. Kr. Lek. 230.
— Błędne zasady zapłaty lekarskiej. Kr. Lek. 231.
— Fanatyzm eksperymentu. Kr. Lek. 233. (Szkice kryt.).
— Z pamiętników prof. Szokalskiego. Wstęp do przedm. Kr. Lek. 240.
— O Sprawozdaniu Komitetu Kasy Mianowskiego w r. 1896. Kr. Lek. 259.
— Język przekładu. Kr. Lek. 261.
— O potrzebie nowego wydania dzieł Jędrzeja Śniadeckiego. Kr. Lek. 295.
— W obronie błędów. Kr. Lek. 318. (Szkice krytyczne).
— Ocena dzieła Dra Wł. Biegańskiego: „Zagadnienia ogólne z teorji nauk lekarkich". Kr. Lek. 336. (Szkice krytyczne).
— Elektroftalm Dra Noiszewskiego. Kr. Lek. 380. (Szkice krytyczne).
— Prof. Edward Przewoski. Kr. Lek. 382. (Szkice krytyczne).
— Z optometrji objektywnej. Pole widzenia wziernikowe i pole oświetlone. Pam. Tow. Lek. War. Tom 92, zeszyt 4.
1898. Nauka i kosmopolityzm. Tygodnik ilustrowany. (Szkice krytyczne).
— Tętnica ciała szklistego, zmętnienie u tylnego bieguna soczewki, jaskra. Gaz. Lek. 167.
— Przedmowa do wyjątków z dzieł Jędrzeja Śniadeckiego. Kr. Lek. 2.
— Koczujące oddziały okulistyczne. Kr. Lek. 23.
— Takt kliniczny. Kr. Lek. 29. (Szkice krytyczne).
— O upaństwowieniu lekarzy. Kr. Lek. 94. (Szkice krytyczne).
— Trudność klinicznego badania jaglicy. Kr. Lek. 221. (Szkice krytyczne).
— Polemika z p. Ochorowiczem. Kr. Lek. 247.
— Ocena artykułu D-ra Langiego: „Un cas de traumatisme grave de l'oeil". Kr Lek. 301.
— Stanowiska lekarzy w szpitalu. Kr. Lek. 316.

www.dlibra.wum.edu.pl

— Dr. W. Narkiewicz Jodko. Wspomnienie pośmiertne. Kr. Lek. 351.
— Dwa nowe pisma lekarskie: Postęp Okulistyczny i Czasopismo lekarskie. Kr. Lek. 357.
1899. Polemika z Głosem w sprawie Kasy Mianowskiego. Kr. Lek. 30.
— Pierwszy zeszyt Czasopisma lekarskiego. Kr. Lek. 63.
— Miara w leczeniu. Kr. Lek. 65.
— ,,Wiadomości z kliniki okulistycznej i postęp okulistyczny". Kr. Lek. 92.
— Życie utworów artystycznych i literackich. Kr. Lek. 102.
1899. Pogrzeby piesze w Warszawie. Kr. Lek. 103.
— O potrzebie oddzielenia ambulatorjum od szpitala. Kr. Lek. 193.
— Oddziały ruchome okulistyczne. Kr. Lek. 198.
— O potrzebie przeniesienia szpitala poza miasto. Kr. Lek. 226.
— O znaczeniu wiedzy historycznej. Kr. Lek. 253.
— Higjena życia domowego. Kr. Lek. 277.
— W sprawie bytu lekarzy. Nowe zadania lekarza w społeczeństwie. Kr. Lek. 341.
— Jeszcze w sprawie dyżurnych szpitalnych. Kurjer Poranny 1/X.
— Co ma robić lekarz po ukończeniu uniwersytetu. Kur. Warsz.
— Szkice krytyczne z zakresu medycyny. Warszawa. Stron 364. (Zbiór artykułów drukowanych w rozmaitych pjsmach).
— Wzrok. Odczyty popularne. Wszechświat i w oddzjelnej książeczce. Stron. 58.
— Noc na Czerwonych Wierchach. Przegląd Zakopiański Nr. 2. Sjerpień.
— Dyżurni w szpitalu. Kurjer Poranny. 27/IX.
1900. Walka z jaglicą jako klęską społeczną. Postęp okulistyczny. 281.
— Oświetlenie w poematach: Zamek Kaniowski i w Szwajcarji ,,Sami sobie", książka zbiorowa na rzecz Kasy literackiej. 128.
— Ocena dzieła Dra Biernackjego: ,,Chałubiński i obecne zadania lekarskie". Kr. Lek. 59.
— Z powodu powjeści Żeromskjego: ,,Ludzie Bezdomni". Kr. Lek. 65.
1900. W sprawie bytu lekarzy. Polemika od redakcji. Kr. Lek. 164.
— Dedykacja Wszechnicy Jagiellońskiej numeru jubileuszowego. Kr. Lek. 165.
— Referat Komisji dla ułożenia programu działalności Wydziału Szpitali i Przytułków Tow. Hyg. Warsz. Kr. Lek. 237.
— Rozmowa z młodym lekarzem o wyborze specjalności. Kr. Lek. 287.
— Felczerzy w szpitalu. Kr. Lek. 290.
— W sprawie reformy naszej prasy lekarskiej (Polemika). Kr. Lek. 339.
1901. Pedagogiczne znaczenie szpitala. Kr. Lek. 97.
— Ocena dzieła St. Mleczki ,,Serce a hexametr". Kr. Lek. 162.
— Z powodu wydawnictwa: ,,Archiwum polskie nauk biologicznych i lekarskich". Kr. Lek. 229.
— Zdrowie i choroba. Odczyt popularny. Wszechświat 439, 452.
— Gdzie chorzy, nowoprzyjęci do szpitala, mają być kąpani?
— Lirnik i Nebaba. Ateneum, str. 613 — 626.
1902. Mowa podczas otwarcia szpitala starozakonnych w Warszawie. Księga pamiątkowa nowego szpitala 73.
— Ocena dzieła Ed. Biernackiego: ,,Zasady poznania lekarskiego". Kr. Lek. 37.
— Cudowne kuracje. Kr. Lek. 37.
— Oddziały szpitalne. Kr. Lek. 107.
— Połączenie chorób skórnych z chorobami wenerycznemi we wspólnym oddziale szpitalnym jest niewłaściwe. Kr. Lek. 82.
— Ambulatorjum a szpital. Kr. Lek. 137.
— Potężna a bezpłatna reklama dla zdrojowisk niemieckich. Kr. Lek. 145.
— Operacje i operatorzy. Kr. Lek. 187, 203, 228.
— Pokoje dla pensjonarzy w szpitalu. Kr. Lek. 233.
— W kwestji ruchomych oddziałów okulistycznych. Kr. Lek. 241.
1903. W Zakopanem. Kr. Lek. 70.
— ,,Wielki mózg". Notatka językowa. Kr. Lek. 96.
— Ocena książki Dra Grudy: ,,Strzeżcie się ślepoty". Kr. Lek. 119.
— ,,Punkt rzutowy świadomości". Notatka językowa. Kr. Lek. 148.
— Z powodu konkursu szpitalnego. Kr. Lek. 169.
— Polemika z przeglądem felczerskim. Kr. Lek. 170.
— ,,Flimmerskotom", notatka językowa. Kr. Lek. 188.
— Zaniedbane katedry. Kr. Lek. 194.
— Ekonomiczne warunki leczenia. Kr. Lek. 223.
— Prof. Włodzimierz Brodowski. Wspomnienie pośmiertne. Kr. Lek. 237.
— Udział woli w badaniach naukowych. Kr. Lek. 240.
— Projekt organizacji lekarskiej. Kr. Lek. 263.
— Opis naukowy i obraz artystyczny. Bibljoteka Warszawska. 323.
1904. Wady naszego sposobu życia. Kurjer Warszawski — Listopad.
— Mowa nad grobem Wiktora Grosterna. G. Lek. 168.
— Krwotok do ciała szklistego rozpoznany jako napad jaskry. Postęp okulistyczny Nr. 7, 238.
— Ogłoszenia w pismach lekarskich. Kr. Lek. 69.
— ,,Bardziej znaczne",notatka językowa. Kr. Lek. 88.
— Ocena pisma ,,Lekarz". Kr. Lek. 140.
— ,,Załamek przejściowy", notatka językowa. Kr. Lek. 144.
— Ocena projektu ,,Bibljoteki Jędrzeja Śniadeckiego" Kr. Lek. 168.
— Ocena artykułu o leczeniu ślepych, umieszczonego w ,,Przyrodzie". Kr. Lek. 170.
— "Bardzo złożony", "zbezpostaciowany", "wynaczynjonki", ,,zielone mydło", — notaki językowe. Kr. Lek. 171.
— Organizacja prasy lekarskiej polskiej. Kr. Lek. 173.
— Przyjmowanie chorych do szpitala. Kr. Lek. 184.
— Głos na puszczy. Kr. Lek. 237.
— W sprawie organizacji prasy lekarskiej polskiej. Kr. Lek. 257.
— ,,Igłotrzymacz", notatka językowa. Kr. Lek. 260.
— ,,Zachorowywalność", notatka językowa. Kr. Lek. 237.
— ,,Plamka żółta" — notatka językowa. Kr. Lek. 292.
1905. Silna potrzeba. Kr. Lek. 20.
— Hypertroficzne organy szpitalnictwa warszawskiego. Kr. Lek.
— Nowe pisma lekarskie. Kr. Lek. 26.
— O nowem wydaniu Teorji jestestw organicznych Śniadeckiego. Kr. Lek. 119.
— Ocena słownika lekarskiego polskiego. Kr. Lek. 121.
— Kilka słów prawdy. Nowiny Lek. Nr. 3 (przedruk w Kr. Lek. 135).
— Abstynencja. Kr. Lek. 137.
— Kościec szkielet"? Notatki językowe. Kr. Lek. 152.
— Sprowadzanie lekarzy zagranicznych. Kr. Lek. 220.
— Pogląd powieściopisarza na medycynę warszawską. Kr. Lek. 220.
— Po ogłoszeniu aktu konstytucyjnego. Kr. Lek. 221.
— Rola lekarza w ,,Panu Tadeuszu". Kr. Lek. 235.
— Organizacja pomocy społecznej. Kurjer Warsz. 22/XI.
— Zegar ratuszowy. Kurjer Warsz. Październik.
— W sprawie otwarcia ogrodów publicznych dla szerokich mas. Kurjer Warsz.
1906. Polemika z powodu artykułu ,,Żydzi nie Żydzi", Izraelita Nr. 5.
— Jędrzej Śniadecki: Wiek XIX. Sto lat myśli polskiej. Tom I, str. 409 — 436.
— Przedmowa do dzieła: Objawy kliniczne chorób oczu. Kr. Lek. 40, 51.
1906. Notatki językowe: ,,Błony soczewkowe", ,,płaszczyzna zakrzywiona", „natchnęły do wykonania", ,,przemieszczenie mięśnia", „plamy złogowe" ,,mikroskopijne badanie", „guzy nerwu ocznego",

www.dlibra.wum.edu.pl

,,nieunaczynione zaćmy", „słabość", „przy kontroli", ,,diabet", „wygładzanie chorego", ,przednia jama czaszkowa". Kr. Lek.
— Błędy jezykowe w Postępie Okulistycznym. Kr. Lek. 94.
— Polemika z Postępem Okulistycznym z powodu krytyki języka. Kr. Lek. 147.
— Plamka żółta, notatka językowa. Kr. Lek. 148.
— Trudności w badaniu chorób przewlekłych. Kr. Lek. 149.
— Jeszcze o roli lekarza w Panu Tadeuszu. Kr. Lek. 204.
1907. Alkohol na wystawie hygienicznej. Kr. Lek. 1.
— Czy jest za dużo lekarzy? Kr. Lek. 3.
— Sprawa felczerska. Kr. Lek. 37.
— Dwadzieścia pięć lat istnienia Kasy Mianowskiego. Kr. Lek. 83.
— Prof. Henryk Hoyer. Wspomnienie pośmiertne. Kr. Lek. 99.
— Wady mianownictwa i układu naukowego w okulistyce. Kr. Lek. 115.
— Błędy w urabianiu stopnia wyższego w przymiotnikach. Notatka językowa. Kr. L. 146.
— Kasa chorych lekarzy. Kr. Lek. 147.
— Aktualność. Kr. Lek. 163.
— Jeszcze kasa chorych lekarzy. Kr. Lek. 194.
— List do redakcji Kurjera Warszawskiego z powodu sprawozdania z odczytu o Jankielu. Kur. War. — Marzec.
— Objawy kliniczne chorób oczu. Tom I, str. 388, tom II, str. 411.
— Bohaterowie pana Tadeusza 1, Jankiel — stron 68.
— Nacjonalizm. Nowa Gazeta. Luty w 3 numerach.
1908. Bohaterowie Pana Tadeusza. II. Soplicowie, stron 210.
1909. Bohaterowie Pana Tadeusza. III. Gońce Soplicowscy i Dobrzyńscy. Stron 147.
— Nedole życia miejskiego. — Sprawozdanie z działalności Towarzystwa Miłośników Przyrody 1908/9; 36.
1910. Owady. Pod wrażeniem zbiorów Izaaka. Kur. War. 4/IX, Nr. 244.
— Ocena ,,Zeszytu Okulistyki", Ziemińskiego. Zdrowie 122.
— Bohaterowie Pana Tadeusza. IV. Osoby pozostałe i stosunki społeczne, stron 167.
— Sanatorjum w Gorbio. Kur. Warsz. — Luty.
— Mowa nad grobem Orzeszkowej. Kur. Warsz. 23 Maja.
— Znaczenie Orzeszkowej dla narodu. Izraelita, Nr. 6.
— Wystawa Majowa, Kur. Warsz. 18/IV, Nr. 106.
1911. List otwarty do redakcji Kultury Polskiej. Gaz. Nowa, Nr. 563, 11/XII.
— List do redakcji Kur. Warsz. Kur. Warsz. 20/XII, Nr. 351.
1913. List do redakcji w sprawie ogrodu zoologicznego. Kur. Warsz. — Czerwiec.
— Bolesław Gepner. Wspomnienie pośmiertne. Gaz. Lek. 147.
1914. Poglądy Słowackiego na ewolucję przyrody ,,Genesis z ducha". Krytyka krakowska. Nr. XIII—XVI, str. 33.
— Przepełnienie w zawodzie lekarskim. Przegląd Lekarski, Nr. 16.
— Przyroda czy łacina? Stron 38. Skład Główny w księgarni Hösicka.
1916. Wacław Mayzel. Wspomnienie pośmiertne. Medyc. 254.
— Wniosek o utworzenie Komitetu wyborczego w Tow. Lek. Warsz. rozesłany, jako okólnik drukowany, członkom Towarzystwa.
— Przemówienie na posiedzeniu organizacyinem Polskiego Towarzystwa Medycyny społecznej. ,,Med. Społ.". Tom. I, str. V.
1917. Ministerjum Zdrowia. Przegląd Poranny. Kwiecień. (w 2 numerach).
— Upaństwowienie lekarzy. Med. Społ. Tom I, Nr. 89.
— Wniosek w sprawie uzupełnienia Muzeum Narodowego st. m. Warszawy, zbiorami przyrodniczemi. Med. Społ. Tom I, 21.
1918. Walka ze ślepotą. Pamiętnik II Zjazdu hygjenistów polskich 258.
— Taternictwo w ,,Hygjenje sportu". Wydawnictwo M. Arcta w Warszawie., str. 222 — 233.
1919. Społeczna ważność jaglicy i walka z nią. Medycyna Społeczna. Tom II, str. 110.
— Upaństwowienie pomocy lekarskiej. Robotnik, Nr. 260, 28/VII.
1920. Organizacja pomocy lekarskiej. Trybuna, Nr. 14 (16), str. 421.
— Aforyzm (o pokorze), Trybuna 17(29), str. 534.
1920. Pośmiertne. Soplicowo, Dwór i Sad, 2 plany. Tyg. ilustrowany Nr. 33, 44, 35, 36, r. 1920.

Zygmunt Kramsztyk jako przyrodnik.

Podał

Prof. Edmund JANKOWSKI (Warszawa).

Z Z. Kramsztykiem poznaliśmy się w roku 1865. Przeszedłem wtedy ze szkoły powiatowej, 5 klasowej, wprost do kl. VI gimnazjum I-go, wraz z wieloma podobnymi, z różnych miast Kongresówki. Było nas 75, w tem coś 20 nagrodzistów. Nie brakło talentów i ludzi potem wybitnych, których tu wymieniać nie będę. Dość powiedzieć, że w końcu roku szkolnego dano nam nagród 12, w tem cztery pierwsze, według nazwisk, ułożonych alfabetycznie (Wiktor Grosstern, Teodor Hejman, obaj znani potem lekarze, prawnik J. Gulski i ja). Zwrócić na siebie uwagę nauczycieli, wśród tylu zdolnych, było niełatwo. A jednak wyborny nasz nauczyciel polskiego, Piotr Skrzypiński, który nas poprawnie i logicznie pisać nauczył, wyróżnił, m. in., opracowania na zadane tematy Henryka Nusbauma i Zygmunta Kramsztyka i przepowiadał im, że będą wybitnymi pisarzami, co się sprawdziło.

Upodobanie do przyrody zaszczepili w nas nasi kochani nauczyciele: Skłodowski, ojciec wielkiej Marji, Hołody, Seget i Artur Popławski, o gołębiem sercu człowiek.

Na Zygmunta wpłynął jeszcze niewątpliwie jego brat Stanisław, zbyt wcześnie zmarły, pracowity, a doskonały popularyzator wiedzy o przyrodzie. Wrodzone upodobanie rozwinęły w nim wykłady w Szkole Głównej takich lekarzy - przyrodników, jak Tytus Chałubiński, Henryk Hoyer i Nawrocki. Wszak im i ich licznym kolegom zawdzięczamy wykształcenie całego pokolenia wybitnych medyków polskich, którzy w człowieku widzieli jedno z najwyższych ogniw wszechstworzenia, a jego leczenie opierali na poznaniu praw przyrodzonych, którym podlega życie ludzkie, niemniej od życia innych tworów.

Z. Kramsztyk wyniesioną z dobrej szkoły wiedzę przyrodniczą pogłębiał przez całe życie. Że na niej opierał swój światopogląd, dowodzą liczne artykuły, umieszczane w czasopismach lekarskich, a zwła-

www.dlibra.wum.edu.pl

szcza w założonej przez niego i przez niego też głównie podtrzymywanej „Krytyce Lekarskiej". A świetne jego rozprawy o Darwinie i Jędrzeju Śniadeckim czyliż nie stwierdzają tego niezbicie? W bogatej bibljotece, po nim pozostałej, z której najcenniejsze dzieła zacna jego wdowa podarowała instytucjom naukowym, obok pełnego zbioru poetów polskich, których tak znał i miłował, że przy każdej sposobności przytaczał z nich cytaty („Pana Tadeusza" i wiele inn. umiał na pamięć), znalazło się dużo dzieł przyrodniczych i to najcenniejszych. Sam z tego zbioru korzystałem. Nie brakło i filozofji. On to przecież między nami rozpowszechniał książkę o Hamlecie dr. Wł. Matlakowskiego, tak mało znaną ogółowi, a tak wysokie świadectwo dającą o jej autorze, którego można śmiało nazwać „polihistorem" dla jego wielostronnej wiedzy, o talencie pisarskim nie mówiąc.

Najbardziej jednak umiłowanie przyrody i pragnienie zaszczepienia go w masach, jakże daleko od tego będących, wykazało się w powołaniu do życia przez Z. Kramsztyka T-wa Miłośników Przyrody, jakoś w roku 1907. Na lat kilkanaście przedtem, nieraz, gdyśmy się spotkali, mówił mi, że trzeba takie T-wo założyć, bo większość ludu naszego żyje w grubej nieświadomości zjawisk i praw przyrody, od których przecież zależą zarówno pojedyńczy ludzie, jak całe narody, jak w swej wielkiej masie wzięte — człowieczeństwo. Stąd tyle błędów i wahań, tyle fałszywych kroków i nierozważnych czynów, tyle niepotrzebnych, a kosztownych złudzeń i tak wielki brak rozumienia życia, jego wymagań i potrzeb.

I T-wo to powstało, a powołany na jego prezesa Zygmunt Kramsztyk włożył w nie znaczną część swego zapału, pracy i miłości bliźnich, zwłaszcza ubogich i upośledzonych.

Byłem ciągle przy nim, jako jeden z czynnych członków Zarządu: walczyliśmy z obojętnością ogółu i brakiem zrozumienia naszych celów, a więc z brakiem poparcia. Siły Zarządu były wątłe. Należało do niego kilku wybitnych przyrodników, ale ci, jako nauczyciele, byli tak pochłonięci i wyczerpani pracą obowiązkową, że na inną nie mieli już sił, ani czasu. Zwerbować zaś młodzież przyrodniczą do tej roboty długo nie udawało się, a gdy się nareszcie udało, nie miała nic pilniejszego do zrobienia nad zwalenie nas starych i zastąpienie innymi, którzy z tem brzemieniem rady sobie dać nie mogli. Ale dopóki Kramsztyk był na czele, T-wo, chociaż nie mogło się rozwinąć należycie, działało jednak, według możności, pożytecznie, owszem, zdobywało się na czyny doniosłe i niezwykłe.

Tak było przedewszystkiem z wystawami przyrodniczemi. Pierwszą z początkowania Z. K. urządziliśmy w parę lat po powstaniu naszego T-wa, w Bagateli. Było to zadanie bardzo trudne, bo nieliczne zbiory przyrodnicze trzeba było wypraszać od różnych osób, poręczać im, że nie będą uszkodzone, zabiegać o pieniądze. Kramsztyk zwłaszcza o te ostatnie starał się umiejętnie: on też wyprosił użyczenie z Muzeum Przem. i Roln. zbiorów, które tam złożył dr. K. Benni, nagromadzonych głównie przez hr. Ludw. Krasińskiego. Stały się one osią tej pierwszej w Warszawie wystawy przyrodniczej, bardzo zresztą skromnej i niepełnej, bo inną w naszych ówczesnych warunkach być nie mogła. Niemniej przecie cel był osiągnięty: wystawę zwiedziły tłumy, roiła się też wielka hala Tow. Ogrodn. Warsz. od słuchaczów, gdyśmy o zmierzchu wygłaszali w niej pogadanki i referaty na tematy przyrodnicze, z wystawą związane.

A w roku 1912, znów z początkowania Kramsztyka, także w Bagateli, odbyła się wystawa „Miast-ogrodów i przyrodnicza". Zbudował dla niej inż. Portner piękne i obszerne pawilony w ogrodzie T-wa Ogr. Zapełniono je prawie całkowicie ciekawemi okazami, już i z prowincji po części nadesłanemi. Pierwszy też raz wtedy warszawianie zapoznali się bliżej że znamienitym pomysłem dobroczyńczy ludzkości, Ebenezera Howarda, z miastami — ogrodami, z planów, fotografij i wykresów miast takich: angielskich, niemieckich i inn. Była to zasługa głównie budowniczych Przybylskiego i Kalinowskiego oraz dr. Wł. Dobrzyńskiego.

Osobiście mam smutne po tej wystawie wspomnienia. Pogoda nie sprzyjała, zwiedziło wystawę kilkanaście tysięcy, ale to kosztów nie pokryło, a jako przewodniczący Komitetu, musiałem zbierać od gwarantów, co deklarowali, i nawet stawać w sądach, bo mnie różni dłużnicy pociągali do osobistej odpowiedzialności, gdy Komitet już się przestał zbierać. Z. K. dopomagał mi w tem czynnie.

Na tej wielkiej, bądź co bądź, i niezwykłej wystawie, staraniem jego, znalazł się wysoce cenny zbiór motyli Izaaka (z Łodzi). Kramsztyk chciał, żeby T-wo Miłośn. Przyr. ten zbiór nabyło, jako podstawę swojego przyszłego muzeum. Stosunkami swemi zebrał parę tysięcy rubli, ale to nie wystarczało na całość, a gdyśmy po kilku latach ogólnej sumy nie osiągnęli, postarał się żeby zbiór motyli zakupiło Muzeum Przem. i Roln., któremu nasze T-wo ofiarowało całą swoją wpłatę, uiszczoną już p. Izaakowi. Ten zresztą cenę zniżył znacznie poniżej istotnej wartości tego wspaniałego zbioru.

Ale Kramsztyk myśli o założeniu w Warszawie Muzeum przyrodniczego nie porzucił. Przeciwnie, zwołał parę narad w Tow. Mił., na które przybyli wybitni przyrodnicy, i w zasadzie obrobiono projekt założenia takiej instytucji, wprost niezbędnej w Warszawie. Kosztem miasta pod zaborem rosyjskim okazało się to niemożliwe, ale dziś takie zbiory powstają, warto więc przypomnieć zasługę tego, który pierwszy tę sprawę wysunął i popierał.

Inni ludzie również tworzą drugą placówkę, którą chciał dać Warszawie (po Janie Maurycym Kamińskim) Z. Kramsztyk: Ogród zoologiczny. Ileż to pracy i on i my, obok niego będący, włożyliśmy w ułożenie ustawy, zawiązanie spółki i zbieranie zapisów na taki ogród. Sam projektodawca dał sporą sumkę i od znajomych też trochę zebrał. Ale idea ta nie znalazła odgłosu wówczas. Starsi mieli w pamięci smutny los zwierzyńca pierwszego (zwierzęta z braku środków na ich wyżywienie wytruto), młodsi nauką o przyrodzie nie interesowali się. A zwierzyniec przecież był potrzebny i oto teraz powstaje.

Inicjował Kramsztyk „uroczystości wiosenne" dla dzieci, urządzane przez lat kilka przez nasze T-wo z powodzeniem. Były to wycieczki za miasto, z pogadankami o przyrodzie, rozdawaniem dziatwie podarków i t. p. Sekretarka czynna, pracowita i u-

www.dlibra.wum.edu.pl

miejętna T-wa p. Drzewska-Zweigbaumowa duże tam położyła zasługi. A gdyśmy urządzili „Wystawę hodowli pokojowych", również pierwszą w Warszawie, Z. K. dopomógł całym swym wpływem i zabiegliwością wytrwałą do jej powodzenia. Niemało też pracy i starania włożył w podtrzymanie pierwszej pracowni biologicznej, która powstała przy naszem T-wie, z początkowania i pod umiejętnym kierunkiem prof. Wacława Jezierskiego.

Pomijam wiele rzeczy, które były jego pomysłu albo przez niego silnie popierane. Jest między nami spora teraz liczba przyrodników, w zawodzie zamiłowana, są inne pomyślne warunki, a nauki przyrodnicze, choćby dzięki zastosowaniom elektryczności, zyskały sobie w naszem społeczeństwie uznanie i w życiu narodu coraz więcej ważą. To wielka zdobycz, bo tylko na podstawie poznania ich i stosowania wiedzy przyrodniczej w życiu może naród ekonomicznie walczyć, a z czasem sprostać w tej walce innym.

Ale cześć tym, którzy, znaczenie nauk przyrodniczych rozumiejąc, chcieli zamiłowanie do nich zaszczepić wśród mas, w trudnych, dawnych warunkach.

Niechże więc potomni nie zapomną o zasługach i działaniu na tem polu Zygmunta Kramsztyka.

Niedoceniony człowiek i jego niedocenione dzieło.

Podał

Zygmunt SREBRNY (Warszawa).

Ma być podobno cechą starości, że chętnie wspomina „dawne, dobre czasy". Z porównania tych dawnych czasów z teraźniejszością wyciąga zawsze wnioski na korzyść przeszłości. Ma to wynikać z nierozumienia prądów chwili bieżącej. Choć uciekam od starości, choć narażam się na niedyskretne zajrzenie do mojej metryki ze strony ciekawego krytyka, chociaż grozi mi zdemaskowanie, jednak muszę przesłać westchnienie do „dawnych, dobrych czasów", w których piórem i czynem dawał znać o sobie Zygmunt Kramsztyk. Ratuje mnie do pewnego stopnia okoliczność, że czasy te nie są znów tak bardzo odległe, bo sięgają „zaledwie" lat 30, najwyżej 40.

Lata ośmdziesiąte i dziewięćdziesiąte wieku ubiegłego oraz pierwszy dziesiątek bieżącego stulecia obfitowały u nas w lekarzy-myślicieli, lekarzy — filozofów, lekarzy-artystów — jednostki o niepospolitym poziomie intelektualnym. Po Chałubińskim, któremu i najsurowsi krytycy nie odmawiali wysokiej kultury umysłowej, spotykamy w tym okresie czasu śród lekarzy takich wybitnych ludzi, jak: Szokalski, Hoyer, Ludwik Natanson, Stanisław Markiewicz, Dobrzycki, Nusbaum, Matlakowski, Dunin, Biegański, Biernacki, Edward Zieliński, Goldszmit (Korczak). Jedno z miejsc czołowych zajmuje w tem dostojnem gronie Zygmunt Kramsztyk, którego cała działalność piśmiennicza i społeczna zasługiwała na znacznie większe uznanie, niż to, z jakiem się spotkała. Kramsztyk powinien był śród nas piastować godność nauczyciela, mistrza, tak szlachetny był każdy czyn Jego, tak mądre niemal każde Jego słowo. Kramsztyka zawsze bolała krzywda cudza, zawsze szukał dla niej sprawiedliwości. Pamiętam drobny epizod z Jego życia: niesprawiedliwość, jaka działa się tym kandydatom na członków Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, którzy ze względów, nic z ich poziomem naukowym, ani etycznym nie mających wspólnego, przy wyborach przepadali, skłoniła go do wniesienia projektu zmiany sposobu dokonywania wyborów. Projekt, złożony Zarządowi Towarzystwa, nie znalazł jego aprobaty, o czem członków na posiedzeniu plenarnem zawiadomił wiceprezes Dobrzycki, odczytując ze zwykłą sobie swadą doskonale pod względem literackim opracowany referat. Rozległy się huczne brawa. Zapłoniony Kramsztyk, poprosiwszy o głos, w rozgoryczeniu zawołał: „przecież nie popełniłem nic tak brzydkiego, aby odrzucenie mojego projektu zasługiwało na takie oklaski". Na to zauważył członek Zarządu Dobrski, że aplauzu nie należy przypisywać treści, lecz jedynie pięknej formie referatu Zarządu i wymowie referenta.

Kramsztyk nie cofał się nigdy przed trudnościami, gdy w przekonaniu Jego sprawa jakaś zasługiwała lub wymagała interwencji, zawsze wierzył w trjumf sprawiedliwości i w powodzenie słusznego postulatu, a choć często przegrywał, choć ludzie „trzeźwi" pozwalali sobie nawet z tego powodu na żarciki i złośliwe docinki, utrzymywał, że, gdyby nie on jeden, lecz każdy w podobnym przypadku, tak, jak on, postąpił, to w końcu, może nie rychło, skutek pomyślny jednak musiałby dzieło uwieńczyć. I taką samą miał odwagę słowa: gdy coś za złe uważał, karcił je śmiało słowem dosadnem. W polemice z pewnym kolegą w sprawie proponowanej Kasy Chorych Lekarzy na słowa tegoż kolegi: „Co innego świadectwo, wydane obojętnemu choremu, a co innego zawiadomienie o chorobie, dające mi prawo do czerpania z Kasy wspólnej" — odpowiada tak: „To zdanie należy potępić (podkreślenie moje): świadectwo lekarskie powinno zawsze zawierać prawdę; niema pod tym względem chorych obojętnych i czerpiących ze wspólnej kasy"[1]).

Z każdej pracy Zygmunta Kramsztyka, z drobnej nawet notatki wyziera przyrodnik — filozof, demokrata i obrońca wydziedziczonych. Myśli jego są oryginalne, często w zupełnej znajdują się sprzeczności z panującemi poglądami i przeciwstawiają się utartym kanonom. Wybieram kilka pierwszych lepszych przykładów. Odpowiadając na twierdzenie Dunina, że lekarzy jest u nas za dużo, pisze: „Lekarzy potrzeba nie tylu, ilu mamy, ale bez porównania więcej; lekarz ma być na każdem polu bezustannym doradcą i kierownikiem; troska o zdrowie, o siły powinna towarzyszyć każdej działalności ludzkiej..... Tylko nie należy dla poprawienia bytu lekarzy dążyć do zmniejszenia ich liczby. Możeby lekarze zyskali w ten sposób, ale jakże ciężką stratę

[1]) Krytyka Lekarska. T. XI, str. 194.

www.dlibra.wum.edu.pl

poniosłoby społeczeństwo. Gdyby lekarzy było niewielu, toby się o nich dobijali: bankierzy i magnaci przepłacaliby ich zapewne, ale coby zrobili wszyscy inni ludzie"[2]). Powstając przeciwko pogoni za aktualnością, która „ogranicza rozległość umysłu..., niesie nauce niezmierne szkody", powiada: „Iskra i chwila — aktualność — będzie zawsze pociągać ludzi i trzymać na uwięzi. Ażeby myśl ludzką rozszerzyć, ożywić i uszlachetnić; aby bieg jej przyspieszyć i zwracać na nowe wciąż tory; aby ludzi uszczęśliwić szczęściem największem: potrzeba niezbędnie rozwijać szerokie poglądy, potrzeba naukę ukazywać zdaleka, odsłaniać przeszłość i — choćby marzeniem tylko, choćby tylko tęsknotą — upatrywać przyszłość szczęśliwą. Walka z aktualnością jest niezbędna, ale jak ciężka i nie daje zadowolenia, bo trudno ludzi w szeroką przestrzeń pociągnąć; jest się samotnym, nietylko bez słuchaczów, ale i bez małej liczby niezbędnych towarzyszów—harfy nieme i głusi słuchacze"[3]). A jakże trafnie zastosowane, piękne porównanie poetyckie znajdujemy w tej samej notatce „O aktualności": „Czasami, czasami, jakieś wielkie zdarzenie, jakaś wielka zmiana naukowa czy społeczna, rozerwie zasłonę, ukaże na chwilę przelotną niezmierne światy wiedzy i życia; wnet obraz zasłoni się znowu i myśl wraca do swej ciasnej zagrody. Jak owe konchy, co się w bagnie tają: ledwie raz na rok, falą niepogody wypchnięte, z mętnej ukażą się wody, otworzą usta, raz westchną ku niebu i znowu wrócą do swego pogrzebu". Albo oto jak mówi o abstynencji: „kto siebie hamować usiłuje i w tym kierunku swą wolę wytęża, do czynu mniej zdolnym się staje, kto przywykł za zamiarem swą wolę zwracać szybko i silnie, ten się hamować nie zdoła... Ludzie dzielni nie zawsze są abnegatami, nie zawsze nad sobą, nad swemi namiętnościami umieją panować; raczej bujność życia, ulegania zachciankom znamionują najdzielniejszych. A kto w hamowaniu siebie doszedł do doskonałości, jest prawie zawsze w życiu bezwładnym... Najpotężniejsze narody, największe epoki ludzkości były dalekie od abstynencji, były to epoki wielkiej swobody czynów... Narody, niewolą ducha odznaczone, najwięcej mają zakazów i najbardziej poddawać się im potrafią... Szczęście i rozkosz są po to, by ich używać, wola — aby nią działać... My od pół wieku uczymy się ciągle i wszędzie, że nie wolno i nie wolno! i w tej nauce do okropnego doszliśmy mistrzowstwa. Odrzucać nam zakazy, swobodę ducha, odwagę hodować, nie nowe więzy dobrowolnie tworzyć i niewolę ducha pielęgnować i powiększać świadomie"[4]).

Nie przytaczam już wielu świetnych aforyzmów z takich notatek, jak: Cytaty, Nowe pisma lekarskie, Pilna potrzeba, nie mówiąc już o większych artykułach i traktatach filozoficznych Kramsztyka, ale nie mogę powstrzymać się od zacytowania choć kilku nader głębokich a oryginalnych myśli z notatki pod niemniej oryginalnym tytułem: „W obronie błędów[5]). „Jak w stopniowym rozwoju istot organicznych powstają twory do życia niezdolne, które stanowią konieczną formę przejściową, tak muszą istnieć w rozwoju nauki konieczne, choć błędne hypotezy. Natura i umysł ludzki przez próby stopniowe i nieudolne swój cel osiągają.

Każda teorja nowa, prawdziwa czy błędna, otwiera drogę do dalszych badań, które, choć obalą nieraz teorję, ale pożytek nauce przynoszą, i błąd może naukę na nowy, szeroki wyprowadzić gościniec... Uczniowie daleko bardziej stanowczo wypowiadają przekonanie mistrza, niż on sam, bo opierają się na powadze. Tylko ci wyłącznie błędów nie popełniają, a przynajmniej nie tworzą, którzy niewątpliwe mają wskazówki prawdy, a takiem bezwzględnem kryterjum może być tylko mistrz uwielbiany. Kto trud myślenia na innych składa, ten, jeżeli wypowiada błędy, to przynajmniej nie swoje. Są ludzie poważni, których powadze ubliżają prace i myśli samodzielne i którzy wyłącznie na cudze zdanie się powołują, bo im powaga mylić się nie pozwala — przynajmniej na własny rachunek. Istniały w dziejach nauki całe epoki, podczas których żadnego nowego błędu nie wypowiedziano, ale też i żadnej nowej prawdy. „Es irrt ein Mensch, solang er strebt."... Myśl nową, niezwykłą, z panującemi poglądami niezgodną, nazywają niektórzy herezją naukową: największym grzechem wobec nauki jest to wyrażenie i tamą dla postępu; „herezja" odnosi się jedynie do przedmiotów wiary. Kto do nauki przeniesi to pojęcie, ten nigdy nie myślał, lecz wierzył, i dlatego odmienne poglądy potępia i wypowiedzieć ich nie pozwala. Postęp nauki wymaga koniecznie swobody myślenia; jest trudniej, zaszczytniej i pożyteczniej tworzyć błędy, niż je powtarzać, i stokroć więcej pożytku przyniosły nauce błędne teorje, niż zbyt trwożliwe błędów unikanie".

Z Kramsztyk był wytwornym stylistą i znawcą języka ojczystego, którego czystość z czcią mu należną kultywował. A często te pięknym językiem wypowiadane piękne myśli popierał cytatami z utworów poetyckich i filozoficznych, których rozległa znajomość pozwalała mu niemal przy każdej okazji odnaleźć trafne pendant do tego, co pisał lub mówił.

Wszystkie tu przytoczone i mnóstwo innych skarbów myśli zawiera „Krytyka Lekarska", pismo, założone przez Zygmunta Kramsztyka w r. 1897, wydawnictwo pod względem pomysłu i programu zupełnie niezwykłe, nigdzie do owego czasu nieznane, a i dotąd stanowiące unikat w piśmiennictwie perjodycznem. Kramsztyk czuł potrzebę takiego pisma, bo nie wystarczały mu artykuły filozoficzno- i społeczno-lekarskie oraz zawodowe, ogłaszane tylko przygodnie. W głowie Kramsztyka lęgło się ustawicznie tyle kwestyj z tej dziedziny, a wierzył, że i w innych umysłach zagadnienia takie powstawały, iż zrozumiał niezbędność stworzenia odpowiedniego organu. I stworzył dzieło, z którego i dziś i w przyszłości lekarz, a i nielekarz, każdy myślący człowiek mądrość czerpać będzie. Jedenaście roczników „Krytyki Lekarskiej" — to prawdziwa skarbnica wiedzy i złotych myśli, to źródło rozkoszy dla każdego, kto od przyziemnej powszedniości chętnie się odrywa. Z kart tych roczników przemawia,

[2]) Kryt. Lek. T. XI. Str. 5.
[3]) Kryt. Lek. T. XI. Str. 164.
[4]) Kryt. Lek. T. IX. Str. 137 140.
[5]) Kryt. Lek. T. I. Str. 318.

www.dlibra.wum.edu.pl

prócz założyciela i redaktora, lekarska elita umysłowa końca zeszłego i początku bieżącego stulecia: nieżyjący już — Hoyer, Dunin, Biegański, Biernacki, Edward Zieliński, Rzętkowski, Fabian, z żyjących — Nusbaum, Wrzosek, Wizel, Flaum, Goldszmit, Bornstein, Szumowski, Henryk Higier, Sterlingowie i inni. Taki mistrzowsko przez Dunina skreślony wizerunek duchowy Matlakowskiego lub świetny, pełny myśli głębokich artykuł jego p. t. Narodowość w nauce — toć to są prawdziwe arcydzieła, które czyta się z wciąż rosnącem zajęciem. Toć „Krytyka Lekarska" drukowała II i III część Aforyzmów o etyce lekarskiej Biegańskiego i liczne jego prace filozoficzno-lekarskie. Tutaj też i Hoyer i Nusbaum dzielili się z czytelnikami swą rozległą wiedzą filozoficzną.

Wróżyły też pierwsze roczniki „Krytyki" długi żywot temu pismu: zabiegliwość redaktora, który umiał wynajdywać współpracowników i podsuwać im tematy do opracowania, była tem ożywczem źródłem, z którego pismo żywotność swą czerpało. Niestety, wybuch wojny japońskiej w r. 1904, która wiele młodszych i młodych sił lekarskich od warsztatu pracy oderwała, a następnie rewolucja rosyjska i związany z nią niepokój w kraju nie sprzyjały pracy naukowej i literackiej: „Krytyka" zaczęła powoli upadać. Z roku na rok wątleje treść i maleją jej rozmiary, redaktor boryka się z trudnościami wypełnienia łamów swego pisma, w spisie autorów prac znajdujemy nazwisk coraz mniej. Kramsztyk zmuszony jest lwią część zeszytu własnemi zasilać utworami—i oto w r. 1907, po 11 latach istnienia, znakomity organ ulega zamknięciu. W krótkiem, wymownem przez swą zwięzłość pożegnaniu ze współpracownikami i czytelnikami Kramsztyk zamknął ból i gorycz z racji doznanego zawodu.

Ale „Krytyka Lekarska" tak godnie swą służbę pełniła i z pewnością takie niezatarte ślady w umysłach żyjącego jeszcze pokolenia lekarskiego u nas pozostawiła, że należy pamięć o niej podtrzymywać. Pragnąc więc chociażby w miniaturze wskrzesić to niepospolite dzieło Zygmunta Kramsztyka, wprowadzamy, zaczynając od numeru dzisiejszego, dział p. t. Krytyka Lekarska, w którym roztrząsać będziemy zagadnienia zawodowe oraz społeczno-i filozoficzno-lekarskie. Będzie to z jednej strony godnem uczczeniem pamięci zasłużonego lekarza—filozofa i społecznika, z drugiej, jak sądzimy, koniecznem uzupełnieniem programu naszego pisma. Zdajemy sobie przy tem sprawę z trudności, może nawet niemożliwości, osiągnięcia tego wysokiego poziomu, na jakim stało wydawnctwo Kramsztyka, ale też, jak powiedzieliśmy, dział nasz będzie tylko skromną jego miniaturą. Zresztą, losy tego działu składamy w ręce przyjaciół pisma, których niniejszem do współpracy zapraszamy.

PRACE ORYGINALNE.

MEDYCYNA SPOŁECZNA.

Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej.

Rys historyczny.

Podał

W. KNAPPE (Warszawa).

Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej powstało w r. 1916. Grono lekarzy, skupione podówczas w demokratycznym lekarskim komitecie wyborczym w czasie wyborów do pierwszej rady miejskiej w Warszawie, postanowiło nie rozwiązywać się po dokonaniu wyborów, lecz utworzyć zrzeszenie stałe, które odnowiłoby tradycję Związku Lekarzy Polskich, rozwiązanego przez władze rosyjskie w r. 1906, i podjęłoby zadanie pracy twórczej nad rozwojem naszej kultury demokratycznej w zakresie lekarskim. Taka była geneza Towarzystwa.

Założycielami Towarzystwa wobec ówczesnych władz okupacyjnych byli doktorzy: Witold Chodźko i Zygmunt Kramsztyk. Pierwszy zarząd ukonstytuował się w sposób następujący: prezesem został R. Radziwiłłowicz, wiceprezesami—Zygmunt Kramsztyk i Witold Chodźko, sekretarzem — Wilhelm Knappe, skarbnikiem — Klemens Pawlikowski, członkami zarządu — Maurycy Bornsztajn, Władysław Szenajch, Jan Szmurło i Leon Wernic.

Organizację obmyślono taką, któraby najbardziej zrzeszeniu pracę ułatwiła i wobec ogromu zadań zapewniła tej pracy największą wydajność. Wysunięto na czoło szereg zadań najpilniejszych z zakresu medycyny i higieny społecznej; na których urzeczywistnienie społeczeństwo nasze czekało oddawna. Dla opracowania każdego w tych zagadnień powstały komisje, które stworzyły oddzielne ogniwa organizacyjne Towarzystwa. W ten sposób jednostkami składowemi nowego zrzeszenia byli nie członkowie oddzielni, lecz zbiorowiska członków, skupione około jakiegoś zagadnienia konkretnego. Komisje te posiadały własne zarządy, czuwające nad biegiem ich prac i za nie odpowiedzialne; przewodniczący komisyj wchodzili do zarządu głównego, jako jego członkowie, tworząc w ten sposób łącznik pomiędzy komisjami a zarządem. Ten typ organizacji, odmienny od zwykle praktykowanego w zrzeszeniach tego rodzaju, wydawał się organizatorom najodpowiedniejszym w stosunku do zadań, jakie sobie postawili. Każdy członek Towarzystwa obowiązany był uczestniczyć w pracach przynajmniej jednej z istniejących komisyj; członkowie bierni, t. j. opłacający składki, lecz nie biorący czynnego udziału w pracach Towarzystwa, uważani byli za zbytecznych.

Na posiedzeniu organizacyjnem w dniu 8 sierpnia 1916 r. zapisało się do Towarzystwa 63 kolegów, liczba członków do końca roku 1916 wzrosła do stu. Członkowie ci podzielili się na 7 komisyj, a mianowicie: komisję szpitalnictwa, opieki nad psychicznie chorymi, opieki nad dziećmi i młodzieżą, komisję zawodowo-lekarską, medycyny wojennej, zdrowotności publicznej i studjów lekarskich.

Świeżo powstały samorząd miejski wysunął na porządek dzienny szereg zagadnień z zakresu medycyny społecznej, które stały się tematem prac komisyj. Tematy te poddano na komisji rozbiorowi specjalistów w każdej dziedzinie, przedyskutowano je na zebraniach plenarnych ogółu członków Towarzystwa, po uprzedniej ocenie przedstawionych wniosków w zarządzie. W ten sposób starano się możliwie najbardziej zobjektywizować przedstawione postulaty, usuwając z nich wszystko, co mogło nosić piętno subjektywizmu i upodobań indywidualnych, starając się nadać żądaniom możliwie najbardziej powszechny charakter. W wyniku tych usiłowań

www.dlibra.wum.edu.pl

przesłano magistratowi i radzie miejskiej w Warszawie szereg memorjałów, a mianowicie:

1. Wniosek w sprawie organizacji opieki nad dziećmi i młodzieżą w stołecznem m., Warszawie.
2. Projekt organizacji Urzędu opieki społecznej nad dziećmi i młodzieżą stołecznego m. Warszawy.
3. Wniosek w sprawie wyznaczenia funduszu na bezpłatne dostarczanie chorym niezamożnym surowicy przeciwbłoniczej.
4. Wniosek w sprawie zlania urzędów szpitalnego i sanitarnego w jeden Urząd Zdrowia Publicznego.
5. Wniosek w sprawie ulepszenia kontroli produktów spożywczych w stołecznem m. Warszawie.
6. Wnioski w sprawie mieszkaniowej oraz projekt inspekcji mieszkaniowej.
7. Wnioski w sprawie leczenia ubogich.
8. Wnioski w sprawie uzupełnienia Muzeum narodowego stoł. m. Warszawy zbiorami przyrodniczemi.
9. Wniosek w sprawie potrzeb psychjatrycznych Warszawy.
10. Wniosek w sprawie walki z chorobami wenerycznemi i nierządem.

Każde zagadnienie starano się pogłębić naukowo, nie tracąc z oczu praktycznego charakteru omawianej sprawy, t. j. dostosowywano wymagania naukowe do warunków realnych przeżywanego okresu, liczono się z „chwilą osobliwą", mając zawsze na uwadze możliwość wcielenia w życie przez władze żądań, z któremi się do nich zwracano.

Wynik prac pierwszego okresu działalności Towarzystwa od jego powstania w dniu 8 sierpnia do końca roku 1916-go stanowi pierwszy tom wydawnictwa p. t. „Medycyna Społeczna".

W latach następnych 1917 i 1918 liczba członków Towarzystwa powiększyła się do 135, a prace szły raźno według zgóry zakreślonego planu. Komisje opracowały szereg nowych aktualnych zagadnień pod względem naukowym, a zarząd wystosował do różnych władz umotywowane wnioski i memorjały, a mianowicie:

1. Do sekcji hygieny szkolnej przy Wydziale szkolnym st. m. Warszawy—wniosek w sprawie organizacji higjenistek szkolnych przy szkołach miejskich.
2. Do delegacji szpitalnej magistratu m. st. Warszawy — memorjał w sprawie utworzenia oddziałów otolaryngologicznych w szpitalach miejskich.
3. Do delegacji zdrowia publicznego magistratu m. st. Warszawy — wniosek w sprawie walki z durem plamistym w mieście.
4. Do Rady Stanu Królestwa Polskiego — wniosek w sprawie zwalczania epidemji duru plamistego w kraju.
5. Do magistratu m. st. Warszawy — wniosek w sprawie podjęcia walki z gruźlicą.
6. Do rady miejskiej st. m. Warszawy—wniosek w sprawie opieki nad niedorozwiniętemi dziećmi wieku szkolnego w Warszawie.
7. Do rady miejskiej st. m. Warszawy—wniosek w sprawie społecznego zwalczania jaglicy.
8. Do p. prezesa rady ministrów — memorjał w sprawie utworzenia urzędu państwowego opieki nad psychicznie chorymi.
9. Do magistratu m. st. Warszawy — memorjał w sprawie pomocy ambulatoryjnej.

Prócz tego Towarzystwo wypowiedziało sie w sprawie pielęgniarzy i pielęgniarek w szpitalach, w sprawie służby niższej w szpitalach warszawskich, w sprawie ubezpieczeń na wypadek choroby i stosunku lekarza do Kas chorych.

Memorjały powyższe i naukowe uzasadnienie wniosków złożyły sie na drugi tom wydawnictwa p. t. „Medycyna Społeczna", który wyszedł z druku w r. 1919.

W styczniu r. 1918 opracowano i złożono ówczesnemu prezesowi rady ministrów, p. Kucharzewskiemu, szczegółowy memorjał w sprawie konieczności utworzenia oddzielnego Ministerstwa Zdrowia Publicznego. W tej sprawie prezes Towarzystwa, Rafał Radziwiłłowicz, i wice-prezes, Zygmunt Kramsztyk, mieli konferencje z prezesem rady ministrów i ministrem spraw wewnetrznych, p. Staniszewskim, —czego wynikiem było powołanie do życia w tymże roku Ministerstwa Zdrowia Publicznego. Na uwagę zasługuje fakt, że żadna z istniejących poza Towarzystwem Medycyny Społecznej organizacyj lekarskich — ani Warszawskie Towarzystwo Lekarskie, ani Towarzystwo Higjeniczne, ani Stowarzyszenie Lekarzy Polskich, do których Towarzystwo zwróciło się o poparcie swojego wniosku, myśli tej poprzeć nie chciało: Towarzystwo Higjeniczne nadesłało w odpowiedzi elaborat, w którym wypowiedziało się przeciwko oddzielnemu ministerstwu zdrowia, natomiast uważało za odpowiednie utworzenie departamentu zdrowia publicznego w ministerstwie spraw wewnętrznych, a Stowarzyszenie Lekarzy wręcz oświadczyło, że uważa moment za nieodpowiedni do podnoszenia takiej sprawy.

Z chwilą powstania Ministerstwa Zdrowia Publicznego Towarzystwo starało się współdziałać z niem w zakresie organizacji zdrowotności publicznej i w tym samym roku przesłało ministerstwu memorjały w sprawie walki z chorobami zakaźnemi, w sprawie pielęgniarzy i pielęgniarek, w sprawie stosunków, panujących wśród lekarzy w Ciechocinku, a w kwietniu 1918 r. podniesiono po raz pierwszy projekt powołania do życia Izb Lekarskich, jako ciał samorządowych, mających normować stosunki lekarskie na całem terytorjum Państwa. W tej sprawie wydelegowano do Ministra Zdrowia Publicznego, Witolda Chodźki, delegację w osobach Henryka Trenknera i Jana Pieniążka; a wkrótce potem powołana została komisja, w której skład weszli członkowie Towarzystwa, do opracowania projektu ustawy izb. W tymże roku na żądanie ministerstwa spraw wewnętrznych Towarzystwo opracowuje swoje uwagi nad państwowym projektem o przymusowem ubezpieczeniu na wypadek choroby w Kasach Chorych oraz nad organizacją opieki nad reemigrantami z Rosji.

W r. 1917 Towarzystwo zorganizowało „Pierwszy Zjazd poświecony medycynie wojskowej", pod protektoratem marszałka koronnego Tymczasowej Rady Stanu, p. Wacława Niemojowskiego. W zjeździe tym biorą zgodny udział wszystkie warszawskie zrzeszenia lekarskie, nadto obecni byli brygadjer Józef Piłsudski, komendant legjonów polskich — hr. Szeptycki, pułkownik Wł. Sikorski oraz szef sztabu komendy legjonów — pułkownik Leon Berbecki. Prace Zjazdu ogłoszone zostały drukiem w specjalnym pamiętniku pod redakcją kol. Leona Wernica.

Redaktorem i wydawca obydwu tomów „Medycyny Społecznej" był niezapomniany zasłużony wiceprezes Towarzystwa — Zygmunt Kramsztyk, który umarł w r. 1920, pozostawiwszy po sobie pamięć najczynniejszego członka Towarzystwa.

W latach następnych — 1919 i 1920 — liczba członków Towarzystwa podniosła się do 150, a w chwili obecnej wynosi 260. Prezesem Towarzystwa obecnie jest Kazimierz Dłuski, wiceprezesami — Jan Adamski i Zygmunt Srebrny, sekretarzem — Wilhelm Knappe, skarbnikiem — Władysław Heflich, bibljotekarzem — Henryk Trenkner, członkami — Mikołaj Kwaśniewski, Juljan Maleciński, Adolf Szwarc.

W r. 1921 Zarząd uzyskał w Ministerstwie Spraw Wewnętrznych rozszerzenie statutu, umożliwiające Towarzystwu zakładanie oddziałów w całem Państwie. Oddział prowincjonalny powstaje, jeżeli w danej miejscowości znajdzie sie conajmniej pięciu lekarzy, którzy wyrażą chęć utworzenia Oddziału i otrzymają na to zgodę zarządu warszawskiego. Wszyscy członkowie Towarzystwa bez względu na to, do jakiego oddziału należą, mają jednakowe prawa i obowiązki. Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej ma na celu zorganizowanie lekarzy polskich do wspólnej pracy na polu medycyny i higjeny społecznej oraz lekarskich spraw zawodowych w duchu demokratycznym. Stanowisko demokratyczne, jakie zajmuje Towarzystwo, i demokratyczny punkt widzenia, z jakiego ocenia wszystkie zjawiska społeczno-lekarskie, stanowi jego cechę charakterystyczna.

Gdy w r. 1923 Sejm powziął rezolucje, wzywającą Rząd do przedstawienia projektu zwinięcia Ministerstwa Zdrowia Publicznego, Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej, stojące niewzruszenie na stanowisku, że sprawy sanitarne powinny być kierowane przez wspomniane Ministerstwo, jako samodzielną jednostkę administracyjną, niezwłocznie ogłosiło memorjał w sprawie jego utrzymania.

Memorjał został złożony obydwu Marszałkom, Prezydentowi ministrów i wszystkim członkom Seimu i Senatu.

www.dlibra.wum.edu.pl

Nic jednak nie pomogły wymienione w nim argumenty, przemawiające za utrzymaniem Ministerstwa: zagórowały czynniki demagogiczne. Sejm i Senat głosowały ściśle według ugrupowań politycznych i, wysuwając jako argument zasadę oszczędności, uchwaliły zwinięcie Ministerstwa, wyrządzając tem nieobliczalne szkody sprawie zdrowia publicznego, największego skarbu każdego państwa.

Zamiast Ministerstwa stworzono Generalną Dyrekcję Służby Zdrowia, jako departament Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, pozbawiono ją stopniowo różnych działów i możności wglądania w całokształt spraw sanitarnych państwa, aż wreszcie doprowadzono sprawę do tego, że po trzech latach takiej gospodarki państwo wydaje na administrację tego działu, rozproszonego niemal po wszystkich Ministerstwach, znacznie więcej, niż wydawało na utrzymanie Ministerstwa Zdrowia Publicznego, nikt z tego stanu rzeczy nie jest zadowolony, i nawet lekarze, tym razem zgodnie, wszyscy domagają się reorganizacji administracji sanitarnej.

W tym stanie rzeczy Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej zabrało głos ponownie w tej sprawie i zwróciło się do Ministra Spraw Wewnętrznych w październiku r. 1926, składając umotywowany wniosek o zjednoczenie wszystkich agend zdrowia publicznego i opieki społecznej w jednym urzędzie centralnym, przyłączonym do Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej, z lekarzem na czele, obdarzonym jaknajdalej idącem prawem samodzielnej inicjatywy, mogącym w zakresie swej kompetencji występować z wnioskami i bronić ich na Radzie ministrów.

W roku 1923 powstała przy Towarzystwie Sekcja kliniczna, która szybko wytworzyła jeszcze jedno ognisko myśli naukowej w Warszawie. Inicjatorem sekcji był Edward Flatau, któremu udało się skupić dokoła siebie liczne grono naukowo pracujących klinicystów. Prezydjum sekcji stanowią Edward Flatau i Zygmunt Szymanowski, jako prezesi, i Marceli Landsberg, jako sekretarz. Posiedzenia sekcji, tłumnie odwiedzane przez członków i gości, odbywają się systematycznie dwa razy na miesiąc: jedno z nich jest przeznaczone na pokazy i wykłady kliniczne, drugie—na wykład programowy z zakresu najaktualnjejszych zagadnień medycyny teoretycznej. Posiedzeń takich odbyło się dotąd 54.

Tak zw. programowe wieczory poświęcone były omówieniu zagadnień: nowotworów złośliwych, układu roślinnego, insuliny, serodjagnostyki kiły, klinicznych postaci niemiarowości tętna, stanów żółtaczkowych, pograniczy padaczki, konstytucjonalizmu, badań krwi, pierścienia chłonnego gardzieli, nowego środka przeciwgruźliczego prof. Möllgaarda (sanokryzyny), skazy krwotocznej, szczepionek bakteryjnych, bakterjofagów, anafilaksji, płonicy, gruźlicy, kapilaroskopji, mikroskopji żywego oka, nakłucia podpotylicznego, przysadki mózgowej, mikrokultur i t. d.

Ruch naukowy lekarski, ożywiony przez posiedzenia Sekcji klinicznej, wywołał potrzebę organu, w którym znalazłoby się odbicie wielorakiej działalności Towarzystwa. 1 Stycznia 1924 r. powstało z inicjatywy Towarzystwa i dzięki wydatnej ofiarności około stu jego członków pismo p. t. „Warszawskie Czasopismo Lekarskie", które wychodzi raz na miesiąc w postaci grubego zeszytu pod redakcją Zygmunta Srebrnego. Czasopismo rządzi się i utrzymuje samo, autonomicznie i jest niezależne od Towarzystwa.

W celu zbliżenia członków na gruncie towarzyskim powstała przy Towarzystwie Sekcja klubowa, która zajmuje się organizowaniem co pewien czas wieczorów towarzyskich, poświęconych wzajemnej wymianie myśli na tematy literackie, filozoficzne, społeczne lub polityczne przy udziale zaproszonych prelegentów.

Rozległą swą działalność Towarzystwo zawdzięcza niezmordowanej energji kilku czy kilkunastu osób, niemniej jednak i współdziałaniu ogółu członków, którzy przez częste stykanie się i stałą współpracę wytworzyli mocny ośrodek myśli demokratycznej w polskiem społeczeństwie lekarskiem. Owiane tym duchem i świadome swojego celu i zadań społeczno-lekarskich Towarzystwo kroczy wytrwale wytkniętym szlakiem.

O medycynie społecznej i o uspołecznieniu pracy lekarskiej.

Refleksje z podróży po Jugosławji.

Podał

Z. SZYMANOWSKI (Warszawa).

Polskie Tow. Med. Społ. obchodzi teraz dziesięciolecie swego istnienia. Upływa zarazem 6 lat od śmierci Zygmunta Kramsztyka, jednego z założycieli Towarzystwa i z najbardziej oddanych mu członków. Zygmunt Kramsztyk był jednym z pierwszych w Polsce lekarzy, rozumiejących potrzebę społecznego traktowania spraw zdrowia i szeroko ujmujących rolę lekarza. Pomogła mu do tego nietylko intuicja, trafnie oceniająca linję rozwojową walki o zdrowie, toczonej w krajach przodujących w kulturze świata, ale także głębokie poczucie sprawiedliwości społecznej, protestujące przeciwko przywilejom w dziedzinie zdrowotnej, przywilejom dla ekonomicznie silnych ze szkodą dla słabych. Tę zasługę Zygmunta Kramsztyka należy szczególnie podkreślić dziś, po 10 latach, kiedy rozwój stosunków, zarówno u nas, jak i na Zachodzie, poszedł całkowicie w kierunku, przez niego przewidywanym. Pomimo oporu, wynikającego równie często z niezrozumienia istoty rzeczy, jak i z niskich i wstecznych pobudek materjalnych, medycyna społeczna zatacza coraz szersze kręgi i nakłada coraz więcej swe swoiste piętno na różnych działach pracy lekarza. W społeczeństwach kulturalnych, obciążonych długą tradycją i ustalonemi zwyczajami, nowe myśli powoli torują sobie drogę, przesunięcia zwłaszcza w dziedzinie materjalnej tych odłamów społeczeństwa, które, jak lekarze, należą bądź co bądź do kategorji uprzywilejowanych, napotykają na potężny i zorganizowany sprzeciw. Inaczej wyglądają te rzeczy w społeczeństwach i państwach młodych. Tam nieraz za jednym zamachem dokonywują się przewroty, które gdzieindziej wymagają dziesiątków lat. Przewroty takie mogą nieraz dobitniej od powolnego rozwoju wskazywać kierunek, wytknięty przez naturalny bieg wypadków, tendencje, wobec których wszelki opór musi nieuchronnie pozostać bezcelowym.

Przykład takiego przewrotu w dziedzinie wewnętrznej polityki sanitarnej znajdujemy w dzisiejszej Jugosławji. Kraj ten przechodził bardzo ciężkie koleje w rozwoju historycznym. Pięciowiekowa niewola turecka, ciągłe walki o wolność, powolną emancypacja pojedyńczych prowincyj, podpadających pod różne i rozbieżne wpływy kulturalne, wreszcie mordercza wojna światowa — wszystko to sprawiło, że młode państwo Jugosłowiańskie rozpoczęło swój byt niepodległy w bardzo ciężkich warunkach. Same straty wojenne wyniosły łącznie z epidemjami około miljona istnień ludzkich! Warunki sanitarne były opłakane. Lekarzy mało, całe prowincje mniej kulturalne (np. Macedonja) prawie zupełnie bez pomocy lekarskiej, zwłaszcza, jeżeli chodzi o ludność wiejską. Dziesiąta część ludności dotknięta gruźlicą, zimnica, ogarniająca w niektórych okolicach 100% mieszkańców (przeciętnie 10%), fatalny stan sanitarny miast i wsi, brak kultury higjenicznej w najelementarniejszem znacze-

www.dlibra.wum.edu.pl

niu tego wyrazu (w Macedonji np. łóżka należą do artykułów zbytku, a jedzenie palcami jest w powszechnem użyciu u ludności muzułmańskiej), zastraszająca śmiertelność dzieci, kompensowana tylko przez wielką liczbę urodzeń — wszystko to składa się na ponury obraz zacofania kulturalnego, z którem walka zapowiadała się długa i niewdzięczna, jeżeli nie zupełnie beznadziejna. Znaleźli się jednak ludzie, którzy rąk nie opuścili, lecz z zapałem i z wiarą stanęli do pracy. I oto w ciągu 5 lat stworzono aparat higjeniczno-sanitarny, którego może pozazdrościć Jugosławji jeżeli nie cały świat, to w każdym razie większość państw, które powstały lub odzyskały niepodległość po wojnie światowej. Niestety Polska należy do tych, którzy do zazdrości najwięcej mają powodów.

Akcja nad odrodzeniem sanitarnem — tak właściwie należy ją nazwać — rozpoczęła się od kreowania ministerstwa zdrowia publicznego z bardzo szerokim zakresem działania. Nietylko należy do niego administracja sanitarna kraju i szpitalnictwo; posiada ono przedewszystkiem odrębną sekcję higjeny, do której nleży walka z chorobami zakaźnemi ostremi, z gruźlicą, zimnicą, alkoholizmem, wogóle ze wszystkiem, co tamuje rozwój higjeny publicznej i indywidualnej, z analfabetyzmem higjenicznym w najszerszem znaczeniu tego wyrazu. Wykonanie planu tak rozległego wymaga całego szeregu instytucyj i urządzeń. Na czele całej akcji stoją instytuty centralne, wykonywujące pracę badawczą w celu dokładnego, zwłaszcza cyfrowego poznania terenu i przygotowujące personel fachowy. Cały kraj podzielony jest na 23 terytorja, z których każde ma własny zakład centralny z szerokiemi kompetencjami i bogatym programem działania. Każdy zakład taki ma pracownię bakterjologiczną, kolumnę dezynfekcyjną, szereg poradni specjalnych (gruźliczą, weneryczną, jaglicą i t. p.), oddział opieki nad matką i dzieckiem, poliklinikę szkolną i t. p. Instytucyj tych jest mniej lub więcej zależnie od warunków miejscowych. Obok tego zakład centralny ma pod sobą całą sieć instytucyj lokalnych, rozrzuconych po całym terenie i wykonywujących pracę analogiczną. Każdy zakład centralny ma w granicach swego terenu i w ramach swego budżetu zupełną autonomję. Niema tam żadnego szablonu; brane są na warsztat różne zagadnienia, różne braki higjeniczne i sanitarne, zaczynając od najbardziej palących. W Macedonji np. główny nacisk położony jest na walkę z malarją. Centralny zakład w Skoplje ma do 30 stacyj lokalnych do jej zwalczania. W każdej takiej stacji pracuje 2 wyszkolonych sanitarjuszy, którzy rozdają chininę, badają systematycznie ludność całych wiosek (preparaty krwi i wskaźnik śledzionowy), prowadzą planowe tępienie larw widliszków itp. W innych miejscach będą to poradnie weneryczne, których w całym kraju jest około 50, albo gruźlicze i t. p. Każdy taki zakład lokalny nietylko udziela pomocy w swoim zakresie, ale prowadzi też akcję uświadamiania sanitarno-higjenicznego specjalnie w pewnym kierunku lub najczęściej wogóle. W niektórych miejscowościach taka instytucja lokalna (t. zw. stacja zdrowia) rozszerza się i staje się ludowym domem zdrowia. Tu już propaganda wysuwa się na plan pierwszy. Dom zdrowia ma salę wykładową, zbiory, czasem jaką wystawę specjalną i t. p. Naukę prowadzi się przedewszystkiem praktycznie. Istnieje przy domu zdrowia kąpielisko bezpłatne, studnie z dobrą wodą do picia, poradnia jedna lub więcej i t. p. Domy takie istnieją przedewszystkiem na wsi, daleko od miast. Higjenistka wyszkolona lub medyk jest zawsze na miejscu, ażeby w każdej chwili każdemu dać pomoc i pouczenie. Lekarz z centrali dojeżdża tylko dla kontroli i dla leczenia w poradni w określonych dniach i godzinach. W miastach kładzie się główny nacisk na opiekę nad matką i dzieckiem. Do tego celu służą poradnie dla matek i niemowląt lub małych dzieci i polikliniki szkolne, prowadzące systematyczną rejestrację i leczenie dzieci szkolnych. Integralną częścią składową opieki nad dzieckiem są sanatorja dla dzieci gruźliczych, malarycznych i wogóle słabych i szkoły na świeżem powietrzu w ogrodach lub sanatorjach górskich i nadmorskich. Niestety, nie możemy się tu wdawać w szczegóły, chociaż np. propaganda ma wiele stron ciekawych i ma kilku nadzwyczaj utalentowanych przedstawicieli. To samo dotyczy walki z malarją.

Jak się przedstawia bilans dotychczasowy? Niektóre cyfry są bardzo wymowne. W 1925 r. udzielono około 2.000.000 porad (Jugosławja ma 15 miljonów ludności), a liczba instytucyj lokalnych sięga 500. Budżet sekcji higjeny wynosi na rok 1927 przeszło miljon dolarów (60 miljonów dinarów). To wszystko zrobiono w ciągu lat pięciu, a przeważnie część instytucyj istnieje dopiero trzeci rok. Ludność wszędzie garnie się chętnie, bo pożytek jst oczywisty dla każdgo. Coraz częściej chłopi przyczyniają się własną pracą do zakładania owych instytucyj. Największą uwagę zwraca się na wieś i na prowincje mało kulturalne, jak Macedonja. Dziś nie sposób ocenić, a ten bardziej oznaczyć w cyfrach osiągnętych rezultatów. Zresztą, byłoby to przedwczesne. To pewna, że robota ta zapuściła już głęboko korzenie w świadomości mas ludowych, a to jest najpewniejsza podstawa dla dodatnich rezultatów, które kiedyś przyjść muszą. Czemu i komu Jugosławja ma do zawdzięczenia powstanie tak szercko zakrojonego i tak potrzebnego aparatu sanitarno-higjenicznego? — Niewątpliwie na pierwszym planie należy postawić tę okoliczność, że naród cały, wyniszczony wojną światową, przekonał się na własnej skórze o wysokiej wartości szczepień ochronnych, dezynfekcji i wogóle całej akcji sanitarnej, jaką na terenie dawnej Serbji podjęły wojska Ententy. Wskutek tego i akcja własnego rządu spotkała się z powszechnem uznaniem. Ale niezależnie od tego było to wielkiem szczęściem dla Jugosławji, że sprawy zdrowia publicznego ujął od samego początku w ręce dr. Sztampar, człowiek o zgoła wyjątkowym talencie organizacyjnym, żelaznej woli i wytrwałości i bardzo wysokim poziomie ideowym. Sztampar stworzył w ciągu niewielu lat dzieło, na którem uczyć się można, co to jest medycyna społeczna, jakie są jej zadania i zakres działania i na jakich przesłankach się opiera. Jest on przedewszystkiem działaczem społecznym i nie ma w sobie nic z uczonego gabinetowego. Książka o medycynie społecznej, której wyszła dopiero pierwsza część, jest tylko komentarzem do jego akcji praktycznej. Zawiera ona cały szereg refleksyj i argumentów, zasługujących na dokładne rozpatrzenie. Niejedna myśl stosuje się i do naszych warunków.

www.dlibra.wum.edu.pl

Punktem centralnym, osią całej akcji jest racjonalna polityka populacyjna, obejmująca wszystkie zarządzenia, które zmierzają do usunięcia chorób, zmniejszenia śmiertelności i przedłużenia życia ludzkiego. Lecznictwo indywidualne nie wystarcza do tego celu. Przedewszystkiem, lekarzy jest zbyt mało, następnie ludność przeważnie nie umie, albo nie może korzystać z pomocy lekarskiej. Człowiek ciemny nie wie, kiedy interwencja lekarza naprawdę najwięcej zdziałać może. Człowiek ubogi nie ma pieniędzy na lekarza. Tymczasem właśnie warstwy nieoświecone i biedne stanowią najważniejsze ognisko choroby, najniebezpieczniejsze dla ogółu. Gdy choroba jest bardzo rozpowszechniona, jak np. gruźlica, albo, jak w Jugosławji zimnica, wówczas wyleczenie nie tylko wszystkich, ale nawet znaczniejszej części chorych jest fizycznie niemożliwe i zbyt kosztowne, nawet dla najbogatszego społeczeństwa. Zresztą nawet ci pacjenci, których uda się wyleczyć, muszą z nieuchronną koniecznością zachorować powtórnie, gdy z najlepiej urządzonych szpitali i sanatorjów powrócą do swych zwykłych warunków życia. Leczenie samo bez zmiany warunków otoczenia jest więc zawsze mniej lub więcej bezcelowe. Tak samo bezowocne muszą pozostać wszelkie zabiegi z zakresu opieki nad matką i dzieckiem i inne dziedziny pracy lekarza. Interwencja lecznicza jest niewątpliwie użyteczna indywidualnie — przynajmniej czasami—, jest jednak absolutnie niedostateczna dla społeczeństwa jako całości. Należy nietyle rozszerzyć interwencję leczniczą, ażeby ją udostępnić wszystkim potrzebującym, ile ją uzupełnić czemś zupełnie innem. Należy nietylko leczyć chorych, ale ponadto stwarzać takie warunki, ażeby zmniejszyć do minimum szanse zachorowania. Należy dążyć do poprawy ogólnych warunków życia ludzkiego. Jest to zadanie, któremu nie może podołać sam tylko stan lekarski, zadanie, ogarniające rozmaite dziedziny życia, często nie mające nic wspólnego z medycyną i lekarzami. Zadanie takie może podjąć tylko całe społeczeństwo, cały naród. Tak samo jak bezpieczeństwo narodu i państwa opiera się dziś na powszechnym obowiązku służby wojskowej, tak samo walka z chorobami, albo lepiej walka o utrzymanie zdrowia i przedłużenie życia wymaga współpracy umiejętnej i gorliwej całego narodu, wszystkich obywateli bez wyjątku. Zorganizowanie kadrów walczących, wytknięcie im kolejnych zadań i wskazania dróg prowadzących do celu — oto najważniejsze zadania w dziedzinie zdrowia publicznego. Pierwszym warunkiem jest uświadomienie ogółu, wychowanie higieniczne w najszerszem znaczeniu tego wyrazu. Wychowanie to powinno obejmować wszystkich, a więc dzieci w szkołach powszechnych i średnich, młodzież akademicką i dorosłych. Matkę należy nauczyć, jak ma się zachowywać w czasie ciąży i porodu, jak ma pielęgnować i chować dziecko. Nauczyciel i ksiądz muszą się przygotować tak, ażeby w przyszłości na swym posterunku mogli być przewodnikami i doradcami w rzeczach zdrowia. Mąż stanu musi się znać na polityce populacyjnej i t. p. Nauka higjeny nie może być martwą literą. Należy nietylko uczyć. Stokroć ważniejsze jest budzenie nowych potrzeb i wdrażanie nałogów higjenicznych. Kąpielisko i studnia, zdrowe mieszkanie i odpowiednia odzież uczą daleko wymowniej, niż książka. Dobrze urządzona szkoła, widna, przewiewna w lecie i dobrze ogrzana w zimie, szkoła, w której dzieci nie są stłoczone i przepracowane, jest podług powiedzenia Sztampara daleko pożyteczniejsza pod względem higjenicznym od wspaniale urządzonego szpitala. Nauka higjeny musi być zawsze złączona z radą i pomocą. Nie powinno być osobnych instytucyj i fachowców od udzielania zbawiennych rad i osobnych od niesienia pomocy, nb. tylko tym, którzy mają na to środki materjalne. Porada, za którą nie idzie czyn, nie chwyta się mózgu, przepada bez śladu. I jeszcze jedno. Nauka, rada i pomoc muszą być dostępne na miejscu. Nie należy czekać, aż się zgłosi chory lub potrzebujący pomocy. Trzeba iść do ludzi, do mieszkań, do warsztatów pracy, wskazać, co jest złego, pouczyć, jak się należy zachować, a przedewszystkiem dopomóc. W Macedonji ludzie sypiają na ziemi: Sztampar rozdaje łóżka. Jedzą palcami—prowadzi się rozdawnictwo widelców i noży. Chodzą w szmatach wiecznie brudnych — urządza się wzorowe pralnie. Sztampar nazywa swój naród proletarjatem higjeny i nawołuje go, żeby się z tej nędzy podźwignął. Tak szeroko pojęta propaganda, pedagogika społeczna, jak ją nazywa Sztampar, wymaga nietylko sieci instytucyj, wymaga przedewszystkiem ludzi. Wyszkolony personel, dostatecznie liczny i przedewszystkiem wdrożony do pracy społecznej, chętny i ofiarny, przeświadczony o doniosłości swej misji, jest największą troską Sztampara. Potrzebie tej czynią zadość szkoły dla pielęgniarek, postawione na bardzo wysokim poziomie naukowym i społecznym. Przygotowują one t. zw. siostry — pomocnice, typ pracownika sanitarnego dobrze znany na Zachodzie, coraz bardziej przyjmujący się i u nas. Po za tem istnieje cały szereg szkół specjalnych dla dezynfektorów, dla sanitarjuszy wszelkiego rodzaju, dla personelu, prowadzącego walkę z malarją i t. p. Rola lekarza ogranicza się do pracy w poradniach i do funkcji kierowniczej. Do niego należy kształcenie personelu pomocniczgo, kontrolowanie pielęgniarek i sanitarjuszy, prowadzenie kursów, wygłaszanie odczytów, kierowania propagandą. Lekarz przyjeżdża w określonych dniach i godzinach. Pielęgniarka jest stale na miejscu, nawiązuje i utrzymuje bezpośredni kontakt z ludnością. Ideałem jest, ażeby każdy mógł otrzymać o każdej porze pomoc i pouczenie.

Całokształt naszkicowanego powyżej programu składa się na medycynę społeczną. Z powyższego wynika, że rozpatruje ona sprawy, dotyczące zdrowia i choroby, jako zjawiska społeczne w przeciwieństwie do ujęcia indywidualnego. Szuka rozwiązania odnośnych zagadnień i dróg, prowadzących do tego celu, za pomocą społecznych metod działania w przeciwieństwie do lecznictwa indywidualnego. Stawia ona w należytem świetle społeczny charakter nietylko zjawisk, ale i przyczyn, które je wywołują. Na fundamencie powszechnego uświadomienia higjenicznego wznosi się imponujący gmach współczesnej akcji zapobiegawczej — domy dla matek i dzieci, polikliniki szkolne, sanatoria i szkoły na świeżem powietrzu dla dzieci słabych, dalej opieka lekarska nad pracą i to, co do niej należy, a więc sanitarna kontrola warsztatów pracy, ubezpieczenia społeczne, kasy chorych i t. p., wreszcie instytucje do zwalczania chorób masowych, porad-

www.dlibra.wum.edu.pl

nie ogólne i specjalne, sanatorja, stacje zdrowia i ludowe domy zdrowia.

Społeczne ujęcie spraw zdrowotnych wywiera iście rewolucyjny wpływ na pracę lekarza. Dzieje się to zwłaszcza w dwu kierunkach. Przedewszystkiem lekarz przestaje być wyłącznie na usługi lecznictwa indywidualnego. Nie znaczy to, ażeby chorzy mieli się nie leczyć. Leczenie indywidualne będzie istniało zawsze, tak samo, jak zawsze istnieć będzie choroba. Ale dziś już leczenie nie jest jedynem zajęciem lekarza i nie może już dziś uchodzić za najważniejszą jego czynność. Kierownictwo całej akcji zapobiegawczej, kierownictwo w całej pedagogice społecznej — oto zadania nowe, o ileż ważniejsze i wdzięczniejsze. Trzeba do tego mieć tylko przygotowanie i zapał. Lekarz musi szerzej, niż dotąd, ujmować swoje stanowisko w społeczeństwie, musi stać się nauczycielem i przewodnikiem w walce powszechnej o zdrowie. Musi zniknąć wiele stron dotychczasowego monopolu lekarza w tej dziedzinie. Musi wreszcie zniknąć ta szata zewnętrznej tajemniczości, otaczającą dziś pracę lekarza. Lekarz musi z cudotwórcy przekształcić się w przyjaciela. Rozumie się samo przez się, że praca lekarza państwowego, albo lepiej społecznego, musi być wynagradzana odpowiednio do powagi jego roli.

Druga zmiana w pracy lekarza dotyczy sprawy bardzo drażliwej, a mianowicie dochodów z praktyki prywatnej. Sprawa ta dziś wygląda inaczej, niż nawet przed 10 laty. Rozszerzyły się znacznie dziedziny pracy lekarskiej. Lekarze gminni i szkolni, sanatoryjni i kasowi czerpią dochody z innego źródła. Ale większość dziś jeszcze traktuje te dochody jako uboczne. Grunt to praktyka. Tymczasem jest to błąd, podtrzymywany starannie we własnym tylko interesie przez lekarzy z praktyką wielką. Pogląd ten prowadzi do konsekwencyj szkodliwych społecznie. Sztampar wypowiada w tej mierze zdanie, na które ja osobiście godzę się najzupełniej. Zdrowie jest przyrodzonem prawem każdego człowieka, nawet najuboższego. Człowiek choruje przeważnie nie z własnej winy, lecz z przyczyn natury ogólnej. Czyż jeszcze ma w dodatku płacić za odrobienie szkód, które przy tem ponosi? Pomoc lekarska, w najszerszym zakresie pojęta, musi być „bezpłatna", t. j. opłacana przez społeczeństwo i państwo z ogólnych podatków. Tem większą anomalją jest sprzedawanie zdrowia tym tylko, którzy mają za co je kupić. Kłamstwem i hipokryzją, krzywdzącą stan lekarski, jest twierdzenie, że tylko chory, który płaci, jest leczony dobrze, że istotnym bodźcem i regulatorem wzajemnego stosunku pomiędzy pacjentem i lekarzem jest pieniądz. Wchodzi tu w grę zupełnie inny moment, a mianowicie potrzeba niesienia pomocy, potrzeba, którą stosunki pieniężne zaciemniły i spaczyły. Nothnagel powiedział kiedyś, że lekarzem może być tylko człowiek dobry. Definicja ta starczy za wszystkie argumenty. Lekarz obojętny na cierpienie ludzkie minął się ze swem powołaniem.

Dobiegliśmy do końca wywodów. Sądzę, że Zygmunt Kramsztyk podpisałby się pod niemi.

W sprawie szkolenia personelu Służby Zdrowia*).

Podał

Marcin KACPRZAK (Warszawa).

Salus aegroti suprema lex esto — oto kanon adeptów wiedzy lekarskiej, ideał, który nie przestawał nigdy przyświecać tym, co niesienie pomocy człowiekowi choremu uważali za swój obowiązek, choćby obowiązek ten łączył się bardzo ściśle z zawodem, pojmowanym jako zajęcie zarobkowe. Ideał ten, biorący źródło w uczuciach humanitarnych, w zarodku właściwych człowiekowi od zarania kultury, uszlachetniony w życiu wielu pokoleń, nabrał z czasem charakteru nakazu kategorycznego i w tej formie przeszedł do nas. Wyrazem jego jest świętość tajemnicy lekarskiej.

Tworząc początkowo zlepek obrządków religijnych, przesądów i prymitywnych obserwacyj, uprawiana w ciągu stuleci przez kapłanów, medycyna na drodze empiryzmu pozbywała się tego, co nadprzyrodzone, i powoli stała się jedną z najbardziej materjalizmem przesiąkniętych gałęzi wiedzy; w zastosowaniu nie zatracała jednak ona nigdy zasadniczej cechy źródła swego bytu — miłosierdzia.

Z cechy tej wypływają dwa następujące rysy charakterystyczne: przedmiotem medycyny była jednostka, nie społeczeństwo, człowiek korzystał z jej dobrodziejstw tylko w okresie choroby, otrzymując, jeśli nie ulgę w cierpieniach, to przynajmiej pociechę.

Do połowy XIX stulecia ta część wiedzy medycznej, która ma za zadanie zapobieganie chorobom i pielęgnowanie zdrowia ludzkiego poza okresem choroby, nie istniała prawie wcale. Pewien wyjątek stanowią przepisy dotyczące chorób zakaźnych, które były wydawane doryweczo przez władze administracyjne, najczęściej jednak tylko na okres panowania epidemji. Często wspominane, stawiane za przykład obrządki związane z higjeną, nadzór nad produktami spożywczemi, ujęte w formę przepisów zasady czystości, o których wzmianki spotykamy w Biblji, nie są w większości przypadków niczem innem, jak odbiciem wierzeń religijnych, symbolistyką; urządzenia w rodzaju wodociągów i kanalizacji w świecie starożytnym miały na względzie wygodę, nie ochronę zdrowia. W pierwszym przypadku w znacznej mierze, w drugim niemal całkowicie, korzyści dla zdrowia były produktem ubocznym, nie celem.

Ujęta w pewien system medycyna zapobiegawcza, utożsamiana zazwyczaj z higjeną, powstała dopiero lat temu 50. Do życia powołały ją rozwój nauki i zmiany w ustroju społecznym. Wielkie zdobycze w dziedzinie fizyki, chemji, nauk biologicznych i ściśle lekarskich wywołały niespotykany w dziejach historji rozkwit higjeny; zaczęła ona rościć pretensje do samodzielnej nauki i do zabierania głosu decydującego w całym szeregu dziedzin życia ludzkiego.

Ten rozwój higjeny był jednak czystą abstrakcją, interesującą głównie badaczy, póki zdobycze nauki

*) Według referatu wygłoszonego na Zjeździe lekarzy i działaczy sanitarnych miejskich w Wilnie w dniu 14 czerwca 1926 r.

www.dlibra.wum.edu.pl

nie mogły być zrealizowane. Radykalne zmiany w ustroju społecznym, zw. demokratyzacją, wyrażające się w zmniejszeniu obu warstw krańcowych, najwyższej i najniższej (szczególnie tej ostatniej), jednakowo, choć z różnych powodów, nie wymagających żadnej ewangelji zdrowia, i we wzroście klasy średniej, która domaga się zabezpieczenia zdrowych warunków bytu, wywołały konieczność jaknajszerszego zastosowania w życiu codziennem wyników badań naukowych z dziedziny medycyny zapobiegawczej.

Czynnik ekonomiczny okazał się decydującym. Zdrowie mas musi być traktowane z punktu widzenia wydatków i ich opłacalności. Państwo demokratyczne, w tej czy innej formie, bierze na siebie troskę o zdrowie ogółu (ubezpieczenia społeczne, kasy chorych, pomoc lekarską urzędnikom itp.), a operując w tym celu na wielkich masach ludności, bardzo szybko przychodzi do wniosku, że ponosząc te same koszty, może w pewnym zakresie osiągnąć większe rezultaty zapobieganiem, niż leczeniem. Do tegoż wniosku dochodzą nawet prywatne towarzystwa asekuracyjne, które zapobiegają, by nie leczyć, zmniejszając w ten sposób wydatki. Dopóki cała higjena była pojmowana jako szereg przepisów policyjno-sanitarnych, regulujących sprawę usuwania nieczystości, klasycznej dezynfekcji, przymusowej izolacji i oględzin prostytutek, personel sanitarny, jako taki, nie istniał wcale. Byli wówczas urzędnicy sanitarni, na najwyższym szczeblu hierarchji, rekrutujący się z weteranów praktyki lekarskiej, na najniższym—z pół analfabetów, tworzących szereg nieumundurowanych policjantów. Tak było na całym świecie, nie lepiej miały się sprawy i u nas. Dziś jednak, kiedy zakres działalności zapobiegawczej wzrósł znacznie, i konieczność dalszego rozwoju tej akcji nie ulega już wątpliwości, kwestja personelu stała się niezwykle ostrą. Należy się więc zastanowić nad tem, jaki personel sanitarny posiadamy, jakie są nasze potrzeby pod tym względem i jakie są najprostsze drogi, które prowadzą do osiągnięcia pożądanego celu.

Nasz personel sanitarny tworzą lekarze, kontrolerzy sanitarni, zwani niekiedy dozorcami lub inspektorami[1]), i higjenistki—wywiadowczynię, zwane jeszcze pielęgniarkami społecznemi. Lekarzy powiatowych i wojewódzkich razem z inspektorami lekarskimi jest w całym kraju 350, lekarzy sanitarnych miejskich kilkudziesięciu. Niestety, z tej liczby zaledwie nieznaczny tylko odsetek oddaje się wyłącznie służbie zdrowia, znaczna część dorabia leczeniem, a jeszcze znaczniejsza to lekarze praktycy, którzy sprawy higjeniczne traktują, jako zajęcie dodatkowe, drugorzędne, zapewniające im stały, choć niezbyt wielki dochód. A że do zajęć lekarzy urzędowych włączone są: udział w komisjach poborowych i innych, badanie stanu zdrowia urzędników i różnego rodzaju petentów, wreszcie obowiązki sądowo-lekarskie i urzędowa praca kancelaryjna, z nielicznych więc godzin, poświęconych służbie urzędowej, na działalność czysto sanitarną idzie znikomo mała część. Dotyczy to głównie lekarzy powiatowych.

Nieco lepiej sprawa przedstawia się w niektórych miastach, gdzie jednak często do obowiązków higjenisty należy również leczenie ludności niezamożnej; w większości miast omawiana sprawa przedstawia się nie lepiej niż na powiatach. Niskie wynagrodzenie lekarzy higjenistów i obciążenie ich pracą dodatkową, nic wspólnego z higjeną niemającą — dwie wielkie tamy, hamujące rozwój naszej służby zdrowia.

Trzecią tamą, może najważniejszą, jest brak wyszkolenia fachowego. Większość naszych lekarzy higjenistów poza dyplomami lekarskiemi nie posiada żadnych kwalifikacyj do zajmowania się sprawami zdrowotnemi. Powoływanie się na to, że praktyka uczy, nie jest więcej uzasadnione w tej specjalności, niż w innych. Praktyka nie może wyszkolenia zastąpić, szczególnie w naszych warunkach, gdzie cały system pracy w tej dziedzinie jest dość archaiczny i wzorów do naśladowania niewiele.

Kontrolerów sanitarnych, urzędników państwowych, jest w całym kraju 156. Są to przeważnie ludzie, nie posiadający żadnych innych kwalifikacyj, prócz dobrych chęci. I o te jednak w danym wypadku trudno, gdyż kontroler inspektor sanitarny otrzymuje pensję XIII stopnia (nie może więc być mowy, by kadry tych pracowników mogły się składać nietylko już z dobranych, lecz nawet przeciętnie inteligentnych ludzi). Pozostają na służbie tylko ci, którzy nie mogą znaleźć nic lepszego, o tem zaś, by wymagać od nich wyszkolenia specjalnego, wobec takiego wynagrodzenia, niema mowy, i spełniają oni najczęściej funkcję pomocników kancelaryjnych.

W niektórych większych miastach sprawa przedstawia się o tyle lepiej, że, dając lepsze wynagrodzenie, miasta te mogą wymagać od kontrolerów sanitarnych większego wykształcenia ogólnego. Mając pewien cenzus wykształceniowy, dzięki praktyce i specjalnym kursom, urządzanym od czasu do czasu, nabywają ci kontrolerzy pewien zasób wiadomości, które jednak bezwarunkowo należy uważać za niewystarczające. W sumie odpowiednio wyszkolonych kontrolerów sanitarnych państwo nie posiada wcale, miasta niewielu.

Co do pielęgniarek, to ich działalność społeczna jest u nas nowością, znaną zaledwie od paru lat. Przed wojną nie było ich wcale. Nie było wówczas i wyszkolonych pielęgniarek dla doglądania chorych. Służba szpitalna u nas rekrutowała się zazwyczaj z elementów, bardzo nisko stojących pod względem kulturalnym, nie posiadających żadnego wykształcenia fachowego, często analfabetów. Siostry zakonne, uzupełniające średni personel szpitalny, wielkich kwalifikacyj pielęgniarskich nie posiadały, a pracą społeczną zajmować się nie mogły. Dopiero od chwili powstania Państwa Polskiego zaczęto myśleć u nas o pielęgniarkach wykwalifikowanych dla pracy szpitalnej i o higjenistkach dla pracy społecznej. Początki tej akcji są pocieszające. Obecnie mamy 4 szkoły pielęgniarek: 2 w Warszawie, 1 w Krakowie i 1 w Poznaniu. Szkoły te znajdują się na dość wysokim poziomie i aczkolwiek dotąd przygotowaniu do pracy społecznej udzielają zbyt mało uwagi, jako instytucje młode i dopiero szukające dróg swych, niewątpliwie łatwo dostosują się do potrzeb administracji sanitarnej i wymagań życia.

---

1) Wyraz dozorca winien być bezwzględnie zarzucony, gdyż został on przywłaszczony przez stróżów domowych i innych, wyraz inspektor byłby może najodpowiedniejszy, gdyby nie był używany przez lekarzy t. zw. inspektorów lekarskich.

www.dlibra.wum.edu.pl

Ze szkół tych dotąd wyszło zaledwie 95 pielęgniarek, i znaczna część z nich pracuje na polu medycyny zapobiegawczej. Jest to naprawdę kropla w morzu. Wprawdzie w różnych ambulatorjach, przychodniach przeciwgruźliczych znajduje się ponadto znaczna liczba pracownic o charakterze pielęgniarek, ogólnie jednak biorąc, nie można nazwać ich wyszkolonemi, a w stosunku do potrzeb są one nieliczne.

Z tego, co powiedziano wyżej o personelu sanitarnym, wypływa, że fachowców higjenistów nie posiadamy prawie wcale, ani na odpowiedzialnych stanowiskach lekarzy, ani personelu pomocniczego. Mamy wszędzie sporo ludzi dobrej woli, mamy tu i owdzie dzielne, niekiedy wybitne jednostki, ale brak nam wszędzie tej kategorji pracowników, na których winien się opierać cały gmach akcji sanitarnej, brak nam ludzi przeciętnych, lecz odpowiednio wykwalifikowanych, — dobrze wyszkolonych zawodowców.

Zacznijmy od lekarzy. Przedewszystkiem liczba lekarzy, znajdujących się na stanowiskach higjenistów, jest niewystarczająca. Wydaje mi się, że, uwzględniając potrzeby miast i powiatów, liczbę tę należałoby zwiększyć parokrotnie. Jest to koniecznością dla prowadzenia pracy sanitarnej w jej obecnym zakresie, lecz należycie wykonywanej, uzupełnionej higjeną szkolną, opieką nad matką i dzieckiem, walką z gruźlicą, chorobami wenerycznemi i t. p. Niezależnie jednak od liczby, którą może jeszcze nie prędko będziemy w możności znacznie zwiększyć, ze względu na finansowy stan kraju, należy zacząć od doszkolenia lekarzy, znajdujących się już na stanowiskach i od odpowiedniego przygotowania nowoprzyjmowanych do służby kandydatów. Krótkoterminowe kursy uzupełniające winni odbyć wszyscy lekarze higjeniści, którzy w okresie normalnym powojennym żadnych kursów przeszkolenia nie przeszli. Sądzę, że winno to dotyczyć tak samo lekarzy na niższych stanowiskach, jak i na wyższych, tak samo na prowincji, jak i w centrali. W wojsku oficerowie posiadający wyższe rangi uczęszczają na regularne wykłady z wielką korzyścią dla siebie i dla dobra sprawy, dlaczegóżbyśmy w służbie sanitarnej nie mogli zastosować podobnego systemu z równem powodzeniu? W ciągu ostatnich lat trzydziestu w higjenie zaszły radykalne zmiany i jeśli znajdujący się na wyższych stanowiskach działacze sanitarni mają za sobą tylko lata służby, wszelkie poczynania reformatorskie od dołu okażą się bezowocne z powodu bezczynności lub nawet oporu góry. Najpoważniejsi nasi lekarze higjeniści wyjeżdżają na studja zagranicę z ramienia Ligi Narodów i słuchają kursów, niezawsze prowadzonych przez wielkie powagi naukowe; dlaczegożby mniej szczęśliwi koledzy nie mogli zwiedzić tego, co jest godne zobaczenia w kraju, a takie rzeczy są, posłuchać wykładów o najnowszych zdobyczach na polu higjeny i wziąć udział we wspólnej dyskusji nad zagadnieniami w związku z własną pracą codzienną?

Przeszkolenie obecnego personelu lekarskiego jest koniecznością, sprawy jednak radykalnie nie rozwiąże. Nacisk winien być położony na przygotowanie nowych działaczy sanitarnych w liczbie, odpowiadającej naszym potrzebom realnym. I tutaj odrazu powstaje największa trudność: kandydatów na higjenistów u nas niema. Mamy lekarzy bezrobotnych, ale większość z nich woli raczej pozostać nadal bezrobotnymi, niż oddać się pracy sanitarnej. Przyczyny tego zjawiska są dwie: jedna—to niskie wynagrodzenie w służbie sanitarnej, druga to kierunek myśli i stosunek do medycyny zapobiegawczej, jaki młody lekarz wynosi z ławy uniwersyteckiej.

Przyczyna pierwsza, aczkolwiek bardzo ważna, nie jest decydująca. Niewątpliwie, lekarz, pracujący na polu zdrowotności publicznej, winien być tak wynagradzany za swą pracę, żeby mógł bez zajęć ubocznych utrzymać się na odpowiedniej stopie życiowej. Jeśli się nie wymaga od przedstawicieli innych zawodów, by pracowali, karmiąc się idealizmem, nie można takich wymagań stawiać i lekarzowi higjeniście. Wydaje mi się, iż nie będzie to przesadą, jeśli powiem, że na idealizmie można opierać tylko ruch bardzo krótkotrwały, choćby nawet wymagający poświęcenia. Budować planowo, trwale, prowadzić latami pracę nawet najwznioślejszą można, odpowiednio tylko tę pracę opłacając i odwołując się do zwykłej uczciwości i obowiązkowości, nie tylko do ideałów.

Odpowiednie uposażenie personelu jest koniecznym warunkiem rozwoju budownictwa sanitarnego, mamy jednak dużo dowodów, że nie jest czynnikiem najważniejszym. Niskie wynagrodzenie zniechęca do pracy w dziedzinie zdrowia publicznego, lecz od niej nie odstrasza. Światopogląd lekarza i jego stosunek do medycyny odgrywają tutaj rolę decydującą. Od chwili wstąpienia do uniwersytetu ma każdy adept medycyny przed oczyma wyłącznie pracę przy łóżku chorego, do którego potrzeb chwilowych dostosowana jest cała medycyna współczesna. Charakter jej można ująć w tem krótkiem zdaniu: rozpoznać chorobę i przepisać odpowiedni środek najczęściej usuwający lub łagodzący jakieś objawy bolesne czy też niepokojące. Do tak zrozumianej praktyki lekarskiej przygotowany jest każdy słuchacz w ciągu kilku lat. Możliwość działalności na polu zdrowia publicznego w wyobraźni studenta medyka zazwyczaj nie powstaje wcale, o tej działalności nie słyszy on przez cały czas studjów uniwersyteckich. Dlatego później nie pomoże żadne odwoływanie się do obowiązku społecznego, nie pociągnie spokojny byt higjenisty, nawet zabezpieczający skromne lecz przyzwoite utrzymanie, nie zjedna nawet tak zdaje się przekonywujące rozumowanie, że tylko praca lekarza higjenisty jest produkcyjna (B i e g a ń s k i). Ten, kogo życie zmusza do tej pracy, czuje się wykolejeńcem i traktuje swój zawód jako **malum necessarium.** Życie ten pogląd ugruntowuje: lekarze praktycy traktują higjenistów, nie jako specjalistów odrębnej gałęzi, lecz jako mniej szczęśliwych kolegów, którym się nie powiodło w praktyce prywatnej. Inaczej być nie może, skoro na stanowiskach higjenistów mamy laryngologów, neurologów, wenerologów, okulistów, pedjatrów, najmniej, zdaje się higjenistów. Trudno wymagać, by lekarze praktycy, tembardziej laicy, mieli uznanie dla zawodu, dla którego my sami uznania nie posiadamy, trudno wymagać wysokiej płacy za pracę, o której wszyscy mówią, że nie wymaga żadnych kwalifikacyj.

By sytuację zmienić radykalnie w pożądanym kierunku, należy wprowadzić pewne reformy w systemie nauczania na wydziałach lekarskich wogóle, w wykładach z higjeny w szczególności. Trzeba nauczyć leka-

www.dlibra.wum.edu.pl

rzy praktyków inaczej zapatrywać się na medycynę zapobiegawczą i jej przedstawicieli, a tego można dokonać tylko w tym okresie, kiedy światopogląd, lekarski dopiero się urabia, to jest w czasie studjów uniwersyteckich. Niejednokrotnie tę sprawę poruszano w prasie zachodnio-europejskiej i amerykańskiej. Szczególnie w ostatnich latach dają się słyszeć głosy o konieczności podobnej reformy. Anglja, w której od lat prawie 40 istnieje specjalność higjenisty, kraj, który można nazwać kolebką medycyny zapobiegawczej, nadała tym dążeniom formę obowiązującą. Główna Rada Lekarska angielska uchwaliła w roku 1922, że „przez cały czas studjów uniwersyteckich profesorowie winni skierowywać uwagę słuchaczy na zagadnienia medycyny zapobiegawczej". W następstwie w tej sprawie powstała cała literatura, która wyjaśnia, rozszerzą i uzupełnia wypowiedzianą zasadę.

I chirurg, i pedjatra, i ginekolog, i neurolog, i stomalog i ftyzjolog, każdy profesor, tak samo ścisły specjalista, jak i prowadzący klinikę chorób wewnętrznych, może i powinien zwrócić uwagę słuchaczy na zjawiska przyczynowe danego zachorowania, czy to związane z dziedzicznością, czy też nabyte, czy wypływające z układu konstytucyjnego danej jednostki, czy spowodowane warunkami otoczenia. Wskazanie przyczyny, powodującej zachorowanie, lub sprzyjającej mu, zbadanie sposobów, mających ułatwić powrót do stanu normalnego i zabezpieczających od ponownego zapadnięcia — to są myśli, które każdy lekarz winien mieć na względzie, badając chorego, i ten stosunek do sztuki lekarskiej, każdy lekarz winien wynosić z uniwersytetu. Przedmioty teoretyczne, jak chemja, fizyka, fizjologja, anatomja winny również mieć stale na względzie człowieka żywego w jego zwykłem otoczeniu, z uwzględnieniem wszelkich odchyleń od normy, jakie mogą wynikać pod wpływem tych czy innych zmian w świecie zewnętrznym.

Wykłady z higjeny wymagają również pewnych zmian i uzupełnień. Higjena dotąd traktowana jest, jako przedmiot podrzędny, narówni z farmakologją i historją medycyny, niekiedy zaś, tworzący część bakterjologji. Więcej zwykle uwagi poświęcamy medycynie sądowej, niż higjenie, choć lekarz praktyk ekspertem sądowym jest rzadko, doradcą higjenicznym winien być codziennie. Klasyczne wykłady z higjeny noszą charakter czegoś zupełnie oderwanego od życia: zaczynając się zwykle od gleby, przechodzą przez powietrze, wodę, mieszkanie, odzież, choroby zakaźne i kończą się na cmentarzu, nie uwzględniając w należytej mierze ani higjeny osobistej, ani działalności społeczno—sanitarnej, jaką oczekuje każdego lekarza. Ćwiczenia ograniczają się zwykle do analizy wody, powietrza i niektórych produktów spożywczych. Rezultat jest taki, że lekarz (nawet sanitarny) często nie wie, czego należy w wodzie szukać, jak pobrać próbkę do analizy, nie umie zorjentować się w odpowiedzi, nadesłanej z laboratorjum.

Nasz lekarz powiatowy praktycznie rzadko znajdzie możność zużycia wiadomości, dotyczących różnic między klimatem podzwrotnikowym, a umiarkowanym lub podbiegunowym, bo chłop poleski będzie nadal mieszkał nad Prypecią, a mazur na piaskach nadwiślańskich; niewiele mu pomoże umiejętność rozróżnienia cech włókien wełny od bawełny, bo masy będą i nadal ubierały się w len i w bawełnę, a najwyższe 10,000 w wełnę i jedwab. Ważną jednak jest rzeczą, by każdy lekarz wiedział, jak pielęgnować zdrowie w naszym klimacie, co można zrobić dla podniesienia stanu zdrowotnego naszej ludności, mało kulturalnej, wegetującej na niskiej stopie życiowej, jak poprawić warunki zdrowotne wszystkich warstw społecznych w tych okolicznościach, w jakich one żyją obecnie.

Chodzi mi nie o krytykę tego, co jest wykładane, lecz o uzupełnienie. Wykłady z higjeny winny być rozszerzone, dostosowane do miejscowych warunków i życia bieżącego, ponadto uzupełnione działem higjeny społecznej, odgrywającej coraz większą rolę w całokształcie zagadnień kulturalnych kraju.

Pięć lat pobytu w atmosferze, jeśli nie przesyconej, to zabarwionej ideą medycyny zapobiegawczej, specjalne studja z dziedziny higjeny doświadczalnej i społecznej urobią słuchaczów. Absolwent, czy młody lekarz przy wyborze specjalności będzie wtedy inaczej nieco traktował zawód higjenisty, niż to czyni obecnie. Być może wtedy praca sanitarna będzie się mogła poszczycić dodatnią, nie ujemną selekcją pracowników. W każdym razie, dobór odpowiednich kandydatów wówczas nie będzie połączony z trudnościami, jakie spotykamy obecnie. Do pracy sanitarnej będziemy dobierali ludzi odpowiednich, a nie zadowalali się tymi, którzy się nadarzą, będziemy mogli dostosować się do rady D-ra B. L o w, inspektora lekarskiego, który w raporcie, złożonym Głównej Radzie Lekarskiej angielskiej w roku 1921, wyraził się: „Jest rzeczą wagi ogólno-państwowej, żeby słabo przygotowani i nieodpowiedni kandydaci byli trzymani jaknajdalej od służby zdrowia". Proponowana reforma studjów pociągnie za sobą inne jeszcze, dalej idące skutki. Od lekarza praktyka, który przebył taką szkołę, który, lecząc chorego, widzi go nietylko na łóżku, lecz myśli jednocześnie o warunkach, w jakich on znajdował się przed chorobą i w jakich będzie po powrocie do zdrowia, który, oddając się nawet z największem poświęceniem jednostce, nie zapomina o społeczeństwie, można oczekiwać współpracy w wysiłkach nad podniesieniem stanu zdrowotnego kraju. Wspólny kierunek myśli winien połączyć lekarza-higjenistę i lekarza-praktyka. Łączność ta jest koniecznym warunkiem, bez którego nie można marzyć o należytym rozwoju medycy zapobiegawczej. Niema mowy o walce z chorobami zakaźnemi, bez współdziałania ze strony lekarzy praktyków, bez ich czynnego poparcia zwalczanie gruźlicy, chorób wenerycznych, nierządu byłyby niezmiernie utrudnione, wbrew woli lekarzy praktyków trudno wprowadzić w życie jakieś poważniejsze reformy sanitarne. Lekarz praktykujący jest z natury rzeczy najlepszym propagatorem higjeny, on korzysta z największego zaufania chorego, styka się z nim i z jego rodziną w chwili, kiedy wskazówki higjeniczne mogą okazać największą usługę, kiedy zagadnienie zdrowia wyraźnie dominuje nad innemi, i rady podane najłatwiej znajdują posłuch. Rolę lekarza praktyka w medycynie zapobiegawczej jasno i dobitnie wyraził Sir George N e w m a n mówiąc: „On, to jest lekarz, musi pozostać w stosunku do swoich chorych i ogółu ludności nietylko jednym z głównych nauczycieli zapobiegania, lecz musi on jednocześnie być wynalazcą

www.dlibra.wum.edu.pl

i praktykiem w tej dziedzinie". — Ze strony naszej ludności wymagania od lekarzy idą bodaj że jeszcze dalej, choć nie są tak konkretne. U nas istnieje tendencja, by lekarze brali udział z głosem decydującym w rozstrzyganiu najrozmaitszych zagadnień, nawet ze zdrowiem związanych tylko pośrednio, choć niekiedy i dawych naukowych brak po temu, i, co częściej się spotyka, przygowanie lekarzy jest niewystarczające.

Wyrazem tych dążeń w literaturze naszej mogą być słowa prof. W r z o s k a. W przedmowie do pracy o reformie wydziałów lekarskich mówi on: „Lekarze powołani są do tego, aby stali się kierownikami w wielu dziedzinach życia społecznego. Powinni oni mieć głos ważny, nieraz wprost rozstrzygający: w sprawach opieki nad niemowlętami i dziećmi, w wychowaniu fizycznem młodzieży, w układaniu programów szkolnych, w ustawodawstwie fabrycznem i w organizowaniu służby zdrowia publicznego. Słowem, społeczna rola lekarzy jest zaiste wielka. Do tego jednak, aby mogli ją pożytecznie spełniać, potrzeba jednego warunku: aby byli bez porównania lepiej przygotowani do spełniania obowiązków swego zawodu, aniżeli współcześni lekarze": Niestety, o tej działalności społeczno-lekarskiej autor mówi tylko w przedmowie, w samej zaś rozprawie nie porusza jej wcale. Prof. W r z o s e k pisze dużo o historji medycyny, w całym rozdziale traktuje o filozofji łącznie z logiką i psychologją, a higjenie poświęca zaledwie 12 wierszy. Niewątpliwie, iż nawet tak wszechstronnie wykształcony i głęboko filozoficznie myślący lekarz do pracy higjeniczno-społecznej, której społeczeństwo wymaga od niego, nie będzie przygotowany. — Niewiele stosunkowo więcej uwagi poświęcają zagadnieniom higjeny inne prace, poruszające konieczność zreformowania naszych wydziałów lekarskich. Napozór z tego wynika, że higjeny uczyć się nie trzeba, gdyż każdy lekarz posiada odpowiednie wykształcenie higjeniczne, i utarł się nawet u nas pogląd, że dobry klinicysta jest dobrym higjenistą. Wystarczy spojrzeć na literaturę obcą, na to, co w dziedzinie ochrony zdrowia zrobiono w innych krajach, jakie otrzymano wyniki i jakiemi drogami, by odpowiedzieć, że tak nie jest. To, że przedłużono życie w Anglji w ciągu dwu pokoleń o lat 12, a w Ameryce mniej więcej w tym samym czasie o 15, w małym stopniu tylko położyć należy na karb kliniki, w znacznej zaś mierze zależy to od podniesienia stopy życiowej mas ludowych i od postępowania w dziedzinie higjeny, której kierunek znajduje się tam w rękach wyszkolonych specjalistów. I u nas odpowiednie zmiany na wydziałach lekarskich przygotują lekarzy do pracy w dziedzinie medycyny zapobiegawczej, do zabierania głosu w sprawach społeczno-zdrowotnych, zgodnie z wymaganiami nauki współczesnej, umożliwią pracę nad podniesieniem zdrowotności kraju, pchną ją na właściwe tory i ułatwią dobór działaczy sanitarnych.

Ci ostatni jednak, by zajmować stanowiska kierownicze, by prowadzić całą akcję sanitarno-społeczną, winni w obranej dziedzinie umieć coś więcej, niż praktyk — lekarz. Każdy kandydat do służby sanitarnej winien odbyć specjalne kursy wyszkolenia w takim zakresie, żeby być przygotowanym do pracy, jaka go czeka.

W przygotowaniu tem należy uwzględnić dwie rzeczy: higjenę w jaknajszerszym znaczeniu tego wyrazu i nauki administracyjno-społeczne.

Odpowiada to dwum kierunkom nauczania, z których jeden możnaby nazwać akademickim, drugi administracyjno-urzędniczym; wyrazem pierwszego jest laboratorjum, wyrazem drugiego starostwo; oba, doprowadzone do krańcowości, hamują rozwój pracy produkcyjnej.

Dla wielu teoretyków higjenista — to lekarz, dobrze obznajmiony z techniką laboratoryjną; pogląd ten znajduje uzasadnienie w rozwoju historycznym higjeny, która zrobiła olbrzymie postępy dzięki odkryciom, dokonanym w pracowniach chemicznych i bakterjologicznych, szczególnie w tych ostatnich. Pod wpływem odkryć P a s t e u r a, K o c h a i całej plejady uczonych, należących do ich szkół, higjenę zaczęto utożsamiać z bakterjologją, tworząc często tylko jednę katedrę dla obu tych przedmiotów, nawet jeszcze w bieżącym stuleciu. Dziś rozumiemy dobrze, że fizjologja dla higjeny jest niemniej ważna, niż bakterjologja, zdajemy sobie wszyscy sprawę, że bakterjolog z tytułu tego, że jest bakterjologiem, niekoniecznie musi znać się na wychowaniu fizycznem, odżywianiu, kwestji mieszkaniowej. Bakterjologja jest tylko jedną z najważniejszych gałęzi wiedzy, na których opiera się działalność higjenisty, lecz nie jedyną.

Nie jest wcale koniecznością, by higjenista był technikiem laboratoryjnym, wystarczy, by znał podstawowe metody badań bakterjologicznych i chemicznych. Musi on jednak być dobrze obznajmiony z bytem drobnoustrojów w organiźmie ludzkim i poza nim, musi wiedzieć, co nauka dzisiejsza mówi o cechach konstytucyjnych organizmu, jego właściwościach obronnych przed zarazkami, i jak te właściwości można spotęgować. To samo można powiedzieć o znajomości chemji.

Kierunek drugi, zmierzający do przygotowania dobrych kancelistów, zręcznych tłumaczy istniejących przepisów i rozporządzeń sanitarnych, pociąga za sobą gorsze skutki, niż pierwszy. Nie należy formy utożsamiać z treścią i robić z lekarzy urzędników idealnych w zrozumieniu Wiednia lub Petersburga, nie można kłaść głównego nacisku na pisanie raportów i rekursów. I to winno dotyczyć tak samo lekarzy w VIII, jak i w V-ym stopniu służbowym. Ekspertów od ustaw, rozporządzeń i okólników wystarczy mieć kilku na całą Rzeczpospolitą.

Pracy owocnej można oczekiwać nie od tego lekarza, którego uczono i nauczono odróżniać prawa urzędnika stałego od kontraktowego, który wie, jaki urzędnik w administracji skarbowej odpowiada hierarchicznie wojewódzkiemu dyrektorowi zdrowia, pamięta, w jakim roku była wydana ustawa o fryzjerniach, w jakim o piekarniach, a w jakim o praktyce felczerskiej, ale od tego, kto wie, jak zwalczać błonicę, dur brzuszny (naturalnie nie okólnikami i raportami), kto będzie umiał zorganizować kampanję przeciwalkoholową, czy przeciwweneryczną, kto zdaje sobie sprawę z tego, co robić dziś należy, by poprawić warunki zdrowotne w naszych wsiach i miasteczkach. Konieczna jest dla lekarza-higjenisty znajomość nauk społecznych, administracji wogóle, a sanitarnej w szczególności, niezbędna jest znajomość prawa w zakresie jego działalności, stanowczo jednak niepotrzeb-

www.dlibra.wum.edu.pl

nym balastem są szczegóły z okólników, nawzajem się zbijających, ćwiczenia w scholastycznem tłumaczeniu kropek i przecinków i talmudycznem wyjaśnieniu tekstu krótkowiecznych rozporządzeń.

Unikając krańcowości obu wspomnianych kierunków, należy jednak wziąć z nich wszystko, co jest najbardziej potrzebne, i uzupełniwszy to szeregiem przedmiotów, dotąd mało uwzględnianych tak w naukach lekarskich, jak i w społecznych, opracować program nauk niezbędnych dla przygotowania higjenisty. Rozumiem dobrze, że nie można programu tego opierać na samej technice urządzeń i praktyce życia sanitarnego. Kazuistyka sanitarna może być użyta tylko do potwierdzenia i wyjaśnienia i teorji. Jako higjenista — lekarz winien posiadać fundamentalne podstawy biologiczno-medyczne, jako działacz społeczny musi być obznajmiony z metodami pracy społecznej, jako biorący udział w administracji—z prawodawstwem, — wszystko to jednak ma być zharmonizowane i podporządkowane głównemu celowi — przygotowaniu działacza na polu zdrowotności publicznej.

Przygotowanie lekarzy higjenistów nie przyniesie pożądanych skutków dotąd, dokąd otrzymane wykształcenie nie będzie jednocześnie przywilejem, dokąd świadectwo z ukończenia nie będzie warunkiem **sine qua non** dla otrzymania stanowiska. Warunek ten winien obowiązywać nietylko rządową służbę zdrowia, lecz i samorządy. I w jednym i w drugim przypadku chodzi o zdrowie tych samych obywateli i ich kieszeń. Nie można dopuścić, by każde miasto i każdy sejmik ustanawiały sobie samodzielnie, jakie kwalifikacje posiadać winni ich lekarze sanitarni. Należałoby najpierw ściśle ustalić, jaki zakres wiadomości winien być wymagany od lekarza higjenisty, i przyjęte minimum winno obowiązywać tak miasta, jak i powiaty. Poszczególne samorządy i instytucje mogą iść tylko wzwyż, zwiększając wymagania w pewnych działach, nie naruszając jednak obowiązującego minimum.

Całej pracy sanitarnej wyłącznie na lekarzach oprzeć nie można, gdyż pociągnęłoby to za sobą nieodpowiednie zużycie sił fachowych i nadmierne koszty. Personel sanitarny średni, posiadający odpowiednie kwalifikacje, wywiązuje się z całego szeregu zadań nie gorzej, a często lepiej, niż lekarze, ponieważ czynności, które personel średni uważa za godne siebie i zajmuje się niemi z całem oddaniem, lekarz traktuje, jako przykry ciężar, niekiedy nawet, jako uwłaczającą mu działalność.

Jestem przekonany, że gdyby z lekarzy zdjąć obowiązek doglądania śmietników, ustępów i kramików z wodą sodową, zdrowie obywateli na temby wcale nie ucierpiało, zewnętrzny wygląd miasta i miasteczek nie byłby gorszy, niż obecnie, koszty, związane z nadzorem sanitarnym, byłyby mniejsze, a liczba lekarzy, chętnych do służby sanitarnej z pewnością wzrosła.

Średni personel sanitarny winien się składać z dwu kategoryj pracowników: kontrolerów (inspektorów) sanitarnych i pielęgniarek — higjenistek. Rola kontrolera sanitarnego, często nie doceniana lub nawet lekceważona u nas, sprowadzona została do stanowiska służby niższej. Posiadając dostateczne wykształcenie ogólne, dobrze wyszkolony fachowo, kontroler sanitarny może pod kierunkiem lekarza wziąć na siebie wszystko to, co kiedyś było jedynym terenem działalności higjenisty, a co w oczach ogółu i dziś jeszcze stanowi główne pole popisu działacza sanitarnego, to jest nadzór nad czystością.

Ktoś trafnie porównał rolę kontrolera sanitarnego w publicznej służbie zdrowia do roli podoficera w armji. Wszystko, co dotyczy przepisów policyjno-sanitarnych, utrzymanie w czystości placów, podwórz, ustępów, wszelkich instytucyj publicznych, nadzór nad handlem żywnością, sklepy, bazary, jadłodajnie, drobne wytwórnie produktów spożywczych mogą być powierzone pieczy kontrolera sanitarnego. Woda, usuwanie nieczystości winny również być kontrolowane przez niego, szczególnie w mniejszych osiedlach, gdzie jednocześnie mógłby on być dezynfektorem. Wystarczy, jeśli lekarz, z którego ramienia cała ta praca jest wykonywana, będzie sprawdzał działalność kontrolera, będąc jednocześnie instytucją odwoławczą w razie zatargu lub w potrzebie nałożenia kary, będzie brał udział w komisjach i osobiście w razie potrzeby zwiedzał większe zakłady.

W Anglji ten typ pracowników sanitarnych powstał pierwej, niż lekarze zaczęli brać czynny udział w działalności sanitarnej, i wskutek tego korzysta obecnie ze zbyt daleko idących, mojem zdaniem, prerogatyw i zupełnej samodzielności. U nas o takiej samodzielności niema mowy, niema potrzeby tworzenia jeszcze jednej władzy. Potrzebna jest siła wykonawcza, i taką właśnie winien być kontroler sanitarny, który i w naszych warunkach przyniesie wielkie korzyści sprawie sanitarnej.

Pomyślne rozwiązanie sprawy kontrolerów sanitarnych napotyka na samym początku wielką trudność, którą należy usunąć, gdyż inaczej ani o krok nie posuniemy się naprzód. Mam na myśli wynagrodzenie. Nie waham się powiedzieć, że sprawa uposażenia kontrolerów jest bardziej pilną, niż kwestja wynagrodzenia lekarzy. Lekarz, choć nieoficjalnie, ma prawie zawsze możność znalezienia zajęcia dodatkowego, czego nie można powiedzieć o inspektorze. Kontroler sanitarny winien być przeniesiony z grupy niższych funkcjonarjuszów do wyższych i otrzymać przynajmniej X stopień służbowy z możnością przejścia do IX. Tylko zadość czyniąc tym minimalnym warunkom, można będzie myśleć o doborze odpowiednich kandydatów. Samo wyszkolenie inspektorów sanitarnych wówczas poważnych trudności nie nastręczy. Zapewniwszy kandydatom utrzymanie na okres studjów i możliwość, choć bardzo skromnego, lecz wystarczającego utrzymania, na przyszłość, będziemy mieli wybór i będziemy mogli postawić pewne warunki przy przyjęciu. Ogólne wykształcenie kandydatów winno być nie niższe, niż 7 oddziałowa szkoła ludowa, a pożądane byłoby wyższe. Postawiwszy jeszsze pewne minimalne wymagania co do zdrowia i ograniczywszy wiek (te dwa warunki winny być stosowane do wszystkich pracowników sanitarnych), otrzymamy materjał, z którego można będzie przygotować niezmiernie pożytecznych pracowników w dziedzinie zdrowia publicznego. Okres wyszkolenia winien trwać nie mniej, niż 6 miesięcy, które całkowicie należy użyć na wykształcenie fachowe, nie ogólne. Szkolenie winno być jednolite dla całego

www.dlibra.wum.edu.pl

kraju i posiadanie świadectwa z odbytych kursów winno być wymagane przez instytucje rządowe i samorządowe *). Szkoląc kontrolerów sanitarnych, musimy mieć na względzie, iż chodzi nam o przygotowanie techników, rozumiejących celowość wydawanych zarządzeń, dobrze obznajmionych z podstawami higieny, umiejących pisemnie i graficznie przedstawić to, co widzeli i czego dokonali, zdających sobie dokładnie sprawę z tego, czego można od ludności wymagać, a czego nie, jakie przepisy prawne normują zarządzenia sanitarne. Mają to być kadry światłej policji sanitarnej, która ułatwi utrzymanie w porządku naszych osiedli.

Używając wyrazu podoficer lub policja, wcale nie chcę przez to wyrazić, że akcja kontrolera sanitarnego ma się oprzeć całkowicie na przymusie. Kontroler sanitarny ma czuwać nad wykonaniem przepisów prawnych, w postępowaniu swem jednak winien się oprzeć na perswazji, nauczaniu, dobrowolnem porozumieniu się z ludnością, do przymusu uciekając się tylko w ostateczności. Tłumaczem prawa winien on być przedewszystkiem, i w tym kierunku należy go kształcić. Przepisy sanitarne, jako straszek dla ludności, winny należeć już do historji.

Pielęgniarki higjenistki powstały dzięki rozszerzeniu działalności pielęgniarek szpitalnych, i znaczenie ich wzrosło jednocześnie z rozwojem medycyny zapobiegawczej, której one są najbardziej charakterystycznym wyrazem. Dziś nie można sobie wyobrazić szerszej akcji zapobiegawczej bez pielęgniarek, i liczba ich stale wzrasta we wszystkich krajach, w których działalność społeczno-sanitarna rozwija się, szczególnie jednak w krajach anglo-saskich. W Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej obecnie jest około 12.000 pielęgniarek, pracujących na polu medycyny zapobiegawczej, a życzeniem amerykańskiej służby zdrowia jest podnieść tę liczbę do 50.000, co wyniesie jedna higjenistka na 2.000 ludzi. Nie wiem, w jakiej mierze amerykanie zdołają zrealizować te dążenia; my przez długie jeszcze lata będziemy musieli się zadawalać wielokrotnie stosunkowo mniejszą liczbą, a może i nigdy tak wysokiej liczby nie będziemy potrzebowali. To pokaże przyszłość. Nie mniej jednak należy przyznać, że bez tego pielęgniarstwa społecznego nie będziemy w stanie rozwinąć całego szeregu dziedzin zdrowia publicznego, w których pielęgniarka jest **spiritus movens**: opieka nad matką i dzieckiem, higjena szkolna, walka z gruźlicą opierają się, jeśli nie wyłącznie, to w znacznej mierze na pielęgniarce. Głównem narzędziem, jakiem się posiłkuje higjenistka w swej pracy, jest nauczanie. Higjenistka ma nauczyć obywatela kraju, by sam o zdrowie swoje dbał, a rozporządzenia władz sanitarnych rozumiał i chciał się do nich zastosować. Nauczanie, będące koniecznem uzupełnieniem pracy tak lekarza, jak i kontrolera, u higjenistki jest prawie wszytkiem, i dlatego najodpowiedniejszą dla niej nazwą byłaby instruktorka zdrowia. Jeśli prawdą jest, że nauczyciel zwyciężył w wojnie francusko-pruskiej, że on wyhodował ducha armji, należącej do narodu, co nawet myśli pod komendę podoficera, to niewątpliwie na nauczaniu tylko można oprzeć pracę higjeniczną, z natury swojej bardzo trudną do propagowania, szczególnie u nas, gdzie wszystko, co nosi charakter nakazu, wywołuje reakcję, i gdzie każdy uważa za obowiązek swój myśleć inaczej, niż ogół. Wykształcenie ogólne higjenistki winno być nie niższe, niż 6 klas szkoły średniej. Wykształcenie jej fachowe składa się z dwu części: pielęgniarstwa przy łóżku chorego i pielęgniarstwa społecznego. To pierwsze jest przygotowaniem do drugiego. Pielęgniarka musi umieć zrobić wszystko, co jest konieczne dla chorego, a więc posłać mu łóżko, zmienić pościel, przygotować jedzenie, nakarmić go, ucząc jednocześnie otoczenie, jak to wszystko wykonać i jakie ostrożności należy zachować, by zaraza się nie rozszerzyła, jeśli się ma do czynienia z chorobą zakaźną.

Ma ona nietylko na zlecenie lekarza, lecz z własnej inicjatywy wskazać, co zrobić z plwociną lub z wydalinami, jak się obchodzić z bielizną, nauczy ona sprzątać mieszkanie, pokaże, jak w każdej chacie można stworzyć najlepsze warunki zdrowotne, nie odkładając propagandy zdrowia do tych czasów, kiedy najuboższy obywatel będzie posiadał czteropokojowy lokal. Pielęgniarka musi umieć dostosować się do najgorszych warunków, gdyż tam właśnie, gdzie jest nędza i brak kultury, pomoc jej jest najbardziej potrzebna.

Doglądanie chorego nie jest najważniejszą jej działalnością i często ma służyć tylko za najłatwiejszą drogę do zbliżenia się do człowieka zdrowego, co jest rzeczą konieczną, jeśli mamy rozwinąć pracę zapobiegawczą. Wpoić w człowieka zdrowego zasady higjeny tak, by one stały się jego drugą naturą, nauczyć go pielęgnować swoje zdrowie, przemawia może mniej do sentymentu, sięga jednak dalej w przyszłość i jest społecznie bodaj że ważniejsze, niż doglądanie chorych, a jako ideał nie jest mniej wzniosłe.

Jest to zadanie, którem higjena przeszłości nie zajmowała się wcale, które według wszelkich danych będzie głównem zadaniem higjeny przyszłości. Nowootwierane u nas przychodnie i ośrodki zdrowia dotąd kładą wielki nacisk na leczenie tylko z konieczności; to nie jest ich zadaniem i należy wszelkiemi siłami bronić się od tego kierunku. Przychodnie nowego typu muszą mieć na względzie zapobieganie chorobom, zanim się one jeszcze rozwiną, ośrodki zdrowia muszą działalność negatywną zamienić na dodatnią i zamiast zwalczania chorób propagować zdrowie. Do tej roli ma być przygotowana pielęgniarka społeczna.

Niewątpliwie, iż całkowite wykonanie tego programu jest wizją dość dalekiej przyszłości, trzeba jednak ten cel mieć przed oczyma, by do niego zmierzać, i do tej roli ma być przygotowana pielęgniarka społeczna. Nasze szkoły pielęgniarskie mają za zadanie przygotować jednocześnie pielęgniarki szpitalne i społeczne.—W samem szkoleniu higjenistek u nas są dwa kierunki: według pierwszego wszystkie słuchaczki przechodzą jednakowy kurs i po dwu latach otrzymują świadectwo, dające im możność pracy w obu kierunkach: klinicznym i społecznym; według drugiego — po roku studjów wspólnych następuje specjalizacja, na działy kliniczny i społeczny. Osobiście skłonny jestem uznać drugi za bardziej odpowiedni, choć nie uważam tej kwestji za przesądzoną. W niektórych kra-

*) Potrzeby nasze, dotyczące liczby kontrolerów sanitarnych, ustali samo życie. W Anglji przyjęto za zasadę, iż na 10.000 ludności winien przypadać jeden kontroler (w Anglji zwany inspektorem).

www.dlibra.wum.edu.pl

jach, jak np. w Ameryce, istnieje inny jeszcze kierunek, polegający na tem, że na pielęgniarki społeczne idą te, które przeszły całą szkołę kliniczną, nie mniej niż dwuletnią. Nas na to jeszcze nie stać. W naszych warunkach i dwuletnie studja są bardzo długie.

Wydaje mi się, że pielęgniarstwo społeczne ma większe szanse rozwoju, niż pielęgniarstwo szpitalne, i na społeczną stronę wszystkie szkoły winny położyć nacisk. Tak samo wszystkie szkoły pielęgnarstwa winny do pewnego stopnia ujednostajnić swój program, by zakres nauczania każdej odpowiadał pewnym minimalnym wymaganiom, i by świadectwo z jednej szkoły odpowiadało świadectwu z drugiej.

Między personelem administracyjno-sanitarnym, o którym była mowa wyżej, a lekarzami, zajmującymi się prywatną praktyką, znajduje się liczna bardzo grupa pośrednia, składająca się prawie wyłącznie z lekarzy, którzy, nie będąc higjenistami w ścisłem słowa tego znaczeniu, w akcji zapobiegawczej z natury swej działalności muszą brać bardziej czynny udział, niż lekarze praktycy. Należą tutaj lekarze szkolni, lekarze kolejowi, więzienni, fabryczni, lekarze ubezpieczeń społecznych. Wszyscy oni, nie zajmując się lecznictwem, sprawom sanitarnym winni poświęcać więcej uwagi, niż lekarze praktykujący, bo tego od nich wymaga społeczeństwo. Lekarze szkolnych należałoby zaliczyć do higjenistów par excellence wyspecjalizowanych w dziale higjeny szkolnej, i do tego należy zmierzać w przyszłości. W obecnej chwili lekarzami szkolnymi są lekarze praktykujący, którzy nie posiadają żadnych kwalifikacyj do zajmowania się higjeną szkolną. Wobec wielkiej wagi tej sprawy i wobec niemożności ze względów finansowych utworzenia kadrów odpowiednich specjalistów, należałoby utworzyć choćby krótkoterminowe kursy dla zajmujących już stanowiska lekarzy szkolnych i dla kandydatów. Miasta zaś większe, powiedzmy powyżej stu tysięcy ludności, mogłoby utrzymywać po paru lub kilku wyspecjalizowanych lekarzy szkolnych. Nie napotkałoby większej trudności zorganizowanie choćby kilkumiesięcznych kursów, na których należałoby uwzględnić, prócz higjeny ogólnej, wszystko to, co ma ścisły związek z higjeną szkolnictwa, więc: wychowanie fizyczne, sporty, higjenę umysłową, psychotechnikę, metodykę nauczania higjeny i t. p. Moglibyśmy w ten sposób w najbliższej już przyszłości utworzyć grupę 20 — 30 lekarzy szkolnych, których poglądy w tej sprawie byłyby miarodajne, koło których mogłaby się rozwijać praca naukowa.

Na kolejach, w fabrykach, w więzieniach należałoby również uwzględnić strone higjeniczną, która w każdej z wymienionych sfer ma specyficzne wymagania. O specjalnej wiedzy sanitarnej w tych dziedzinach dotąd mówić jeszcze trudno, bezwarunkowo jednak podniesienie ogólnego wykształcenia higjenicznego lekarzy kolejowych, fabrycznych, więziennych i poznajomienie ich z nowemi kierunkami w medycynie zapobiegawczej byłoby bardzo pożądane i w skutkach owocne.

To samo dałoby się powiedzieć o lekarzach od ubezpieczeń społecznych. Jeśli nie wszyscy, to przynajmniej ci, którzy nadają kierunek pracy w kasach chorych, winni bliżej zetknąć się z obecnie panującemi poglądami w higjenie społecznej, co mogłoby mieć wielki wpływ na politykę sanitarną ubezpieczeń społecznych.

Pozostają jeszcze dwie grupy pracowników nielekarzy, w pracy sanitarnej jednak biorących żywy bardzo udział: inżynierowie sanitarni i statystycy miejscy. Inżynier santiarny, u nas jako specjalista prawie nieznany, w krajach anglo-saskich, szczególnie w Ameryce, jest stałym członkiem urzędów zdrowia, prowadzących jeden z najważniejszych działów higjeny — sanację (higjena środowiska).

Woda, usuwanie nieczystości, planowanie osiedli, kwestja mieszkaniowa odgrywają rolę pierwszorzędną w zdrowotności publicznej. Bez tych podwalin chwiejny będzie nawet bardzo misternie wybudowany gmach medycyny zapobiegawczej. Lekarz na tych sprawach się nie zna i nigdy sam w nich nie decydował. Zagadnienia te zawsze należały do techniki inżynieryjnej, choć nie nosiła ona wtedy nazwy sanitarnej, i tam należeć powinny. Higjeniści mają prawo tylko stawiać pewne wymagania, dotyczące zdrowotności, i te powinny być uwzględniane. By jednak mogło nastąpić porozumienie między inżynierami i lekarzami, musi jedna strona wkroczyć niejako w dziedzinę drugiej. Lekarze muszą się zapoznać z elementarnemi podstawami techniki sanitarnej, inżynierowie z abecadłem biologji i higjeny. Bez tej wymiany fachowych wiadomości nie może być ani zrozumienia zobopólnego, ani współpracy, tak niezbędnej dla dobra sprawy. Winniśmy więc dążyć, by wyższe zakłady techniczne zwróciły uwagę na przygotowanie inżynierów sanitarnych, i by w przygotowaniu tem nie została pominięta strona higjeniczna. Higjenista powinien uczyć inżynierów medycyny zapobiegawczej, inżynier lekarzy techniki sanitarnej.

Wielkiej wagi jest również sprawa wyszkolenia statystyków miejskich. Dotąd nie mamy statystyki ruchu ludności, nie mamy wskaźnika skuteczności naszej pracy i kierujemy się intuicją tam, gdzie należałoby się oprzeć tylko na liczbach. O statystyce chorobowości niema u nas mowy, choć to jest sprawa wyłącznie lekarska, a dla całego ogółu niezmiernie wielkiej wagi. Musimy mieć dobrze zorganizowaną rejestrację przyczyn zgonów, co jest do uskutecznienia w większych miastach, o ile będziemy mieli ludzi obeznanych z techniką statystyczną. Każde większe miasto ma urzędnika, który prowadzi dział statystyczny ogólny, a więc i rejestrację ruchu ludności. Ankieta, przeprowadzona przez Szkołę Higjeny, wykazała, że urzędnicy ci na zapytanie, jakiej klasyfikacji używają, dają odpowiedź: „Według prawdziwych przyczyn śmierci", lub „używając terminów naukowych": te zaś naukowe terminy brzmią: „wrodzona chorobliwość", „błąd serca", „dur brzemienny" i inne. Za bezwartościowe zaś uważane są świadectwa zgonów osób zmarłych „w zakładach wychowawczych, biednych i dzieci szkolnych", wyniki swych badań urzędy miejskie ogłaszają „w 24 godziny" i t. p. Taka statystyka naprawdę jest gorszą, niż żadna. Kilkutygodniowe kursy mogłyby zrobić wiele, by sprawę tę postawić na lepszej drodze.

Równolegle z rozwojem higjeny i z podziałem jej na specjalności, równocześnie ze wzrostem zapotrzebowań na odpowiednio wykwalifikowany personel sanitarny wyższy i pomocniczy, zaczęto odczuwać potrzebę

www.dlibra.wum.edu.pl

specjalnych instytucyj naukowych, któreby miały za zadanie szkolenie tego personelu. Katedry higjeny na wydziałach lekarskich nie mogły wziąć na siebie tego obowiązku, gdy z jednej strony higjena zbyt się rozrosła, by mogła się pomieścić w ramach wydziałów lekarskich, nie zmieniając ich ogólnego charakteru, z drugiej strony nie było należytego kontaktu między uniwersytetami, a służbą zdrowia, której ten personel był potrzebny.

W ten sposób na obu kotynentach powstały Szkoły Higjeny, mające za zadanie przygotowanie personelu sanitarnego w zależności od potrzeb Służby zdrowia danego kraju. Programy ich dotąd są różnorodne i nieustalone, gdyż dopiero życie wskaże, w jakim kierunku iść należy. Taka jest geneza powstania Szkoły Higjeny w Polsce. Szkolić personel sanitarny dla służby rządowej i samorządowej, przygotowywać higjenistów wszelkich odcieni, szukać dróg, któremi zdobycze z dziedziny higjeny mają przeniknąć w szerokie masy ogółu, oto jej program. Wprowadzenie zaś jego w życie zależeć będzie w znacznej mierze od świata lekarskiego, w szczególności od stosunku do niej lekarzy higjenistów.

Rozwój pracy sanitarnej w większości krajów nie znajduje oddźwięku wśród lekarzy praktykujących, których opinja w tej sprawie jest tak ważna, współpraca konieczna. O przyczynach tego zjawiska wspomniałem uprzednio. W rzeczywistości lecznictwo nie sprzeciwia się zapobieganiu. Niema mowy o zwalczaniu lecznictwa, niema antagonizmu między medycyną leczniczą a zapobiegawczą, które się wzajemnie uzupełniają. Próby lekceważenia lecznictwa, przeprowadzone na wielką skalę w Rosji Sowieckiej, spełzły na niczem; obecnie nawet sfery oficjalne nawołują tam, jeśli nie odwrotu, to do umiarkowania. Lecznictwo istnieć będzie, dokąd będzie istniał rodzaj ludzki, bo żadna medycyna zapobiegawcza nie zwycięży śmierci, nie odbierze choremu wiary w najbardziej beznadziejnej sytuacji, że mu będzie lepiej, nie będzie w stanie wyzwolić człowieka z pęt tego sztucznego środowiska, jakie on sam sobie stworzył, a źródło medycyny miłosierdzia nie wygaśnie. Nikt jednak nie może powstawać przeciwko dążeniom, które mają za zadanie przedłużenie życia ludzkiego i zwiększenie jego okresu produkcyjnego, zmniejszenie chorobowości, spotęgowanie sprawności organizmu ludzkiego, a tem samem ułatwienie rozwoju kultury i danie realnych podstaw do osiągnięcia możliwego szczęścia najszerszym masom. — **Salus publica suprema lex esto.**

Rozwój i potrzeby szpitalnictwa warszawskiego.

Podał

Z. BYCHOWSKI (Warszawa).

Rozwój współczesnej medycyny, olbrzymi rozrost jej aparatu rozpoznawczego (promienie Roentgena, serologja, chemja analityczna, anatomja patologiczna) i leczniczego (terapja fizykalna, leczenie promieniami Roentgena i radem i t. p.) nakładają na społeczeństwo wielkomiejskie, a zwłaszcza na liczącą przeszło miljon mieszkańców stolicę, ogromne obowiązki, które kilkadziesiąt lat temu były prawie zupełnie nieznane.

Pod tym względem — należy stwierdzić — szpitalnictwo warszawskie, pomimo widocznych rzetelnych usiłowań i wybitnych w przeciągu ostatnich lat postępów, pozostawia jeszcze wiele do życzenia. — Takie małe szpitale, jak szpital przy ulicy Złotej (dawne więzienie), szpital św. Rocha, szpital w Mieni, a w obecnym stanie nawet szpital św. Ducha, są wprost anachronizmami dla stolicy. Ale nawet duże nasze szpitale (Dz. Jezus, na Czystem, Przemienienia Pańskiego) nie są równomiernie i dostatecznie wyposażone w te wszystkie pomocnicze środki rozpoznawcze i lecznicze, któremi się gdzieindziej posługują i które istotnie są nieraz niezbędne dla należytej oceny stanu i racjonalnego leczenia chorego. Dotychczas szpitale miejskie nie są w posiadaniu radu.

Ma się rozumieć, że niezwykle ciężkie warunki natury moralnej i materjalnej, wśród których nasze szpitalnictwo się rozwijało, dostatecznie ten stan tłomaczą. — To też nie występuję tu bynajmniej z krytyką. Opisuję tylko **status praesens** i zwracam uwagę na niektóre, acz nieradykalne, środki zaradcze, które już w bliskiej przyszłości należałoby zastosować.

Przedewszystkiem za wielką klęskę całego naszego szpitalnictwa należy uważać brak specjalnego dużego szpitala dla dotkniętych gruźlicą. Nie chciałbym przesadzać, ale mam wrażenie, że niema w Warszawie prawie sali szpitalnej, w której nie wegetowałoby kilku chorych na gruźlicę.

Sprawa gruźlicy wogóle i metod jej zwalczania i zapobiegania nie wchodzi w zakres niniejszego artykułu, ale niema wszak dwuch zdań, że przebywanie na wspólnej sali chorego na gruźlicę czynną z innymi chorymi jest obecnie niedopuszczalne. — Zasługująca na wysokie uznanie budowa dużego uzdrowiska w Otwocku sprawy tej, niestety, nie rozwiązuje. Racjonalnie prowadzone uzdrowisko ciężko chorych, w t. zw. 3-im okresie, nie przyjmuje. W domu taki chory (mowa, oczywiście, nie o chorych zamożnych) zostać nie może, albowiem poza wszelkiemi innemi względami jest on przedewszystkiem źródłem zarazy dla swego otoczenia, zwłaszcza dzieci. Ale i na ogólnej sali szpitalnej to samo niebezpieczeństwo znowu grozi innym chorym, tembardziej, że niema tam tych specjalnych warunków, które są dla chorych gruźliczych niezbędne (dezynfekcja plwociny, statków, bielizny i t. d.). Najsprawniej działające przychodnie przeciwgruźlicze też temu złu nie zaradzą. Urządzenie poza miastem na dużym terenie oddzielnego, pod względem architektonicznym skromnego i taniego szpitala dla omawianych tu chorych z oddzielnemi pawilonami dla dzieci, z zachowaniem pewnych warunków ochronnych dla personelu pielęgniarskiego i służby, jest, sądzę, pierwszorzędną potrzebą dla miljonowego miasta, zwłaszcza, jeżeli cierpi na taki chroniczny głód mieszkaniowy, jak Warszawa. Tworzenie oddziałów „płucnych“ przy ogólnych szpitalach jest, jak pokazało doświadczenie, niecelowe i sprawy tej nie rozstrzyga.

Natomiast sądzę, że przy większych naszych szpitalach (Dz. Jezus, Czyste), należałoby wybudować specjalne pawilony dla dzieci. Wiem, że istnieje na Zachodzie tendencja budowy oddzielnych dużych szpitali dla dzieci, ale znam też szereg dużych miast, mających tylko oddzielne pawilony dziecięce przy ogólnych szpitalach.

Przy obecnych naszych skromnych warunkach materjalnych i ogromnych potrzebach w tej dziedzinie (właściwie mówiąc, miasto rozporządza całkowicie jednym jedynym tylko szpitalem Karola i Marji na sto łóżek), należy wybrać ostatnią drogę, t. j. budowę pawilonów dla dzieci przy istniejących już szpitalach.

Wymagania szpitalnictwa współczesnego są takie ogromne i kosztowne, że budowa małych jednostek szpitalnych jest zupełnie niemożliwa. Nawet szpitalik na 100—150 łóżek wymaga, oprócz dużego aparatu administracyjnego, tych samych pomocniczych urządzeń lekarskich (pracownie, sale operacyjne i t. p.), co duży; wskutek tego i racjonalne prowadzenie takiego szpitala jest bardzo kosztowne (dzień szpitalny w szpitalu Karola i Marji kosztuje prawie 1½ razy tyle — co w szpitalu Dz. Jezus). — Budowa zaś oddzielnego pawilonu dla dzieci przy dużym szpitalu, który już ma i swój aparat administracyjny (kancelarja, kuchnia, pralnia, apteka i t. p.) i leczniczy (Roentgen, pracownie i t. d.), całą tę sprawę całkowicie upraszcza. Współpraca, że tak pomiem, pod jednym dachem z przedstawicielami rozmaitych innych specjalności (chirurgja, laryngologja, dermatologja

www.dlibra.wum.edu.pl

i t. p.)—też jest chyba dla pedjatry bardzo pożądane, a może być osiągnięta tylko przy istnieniu pawilonu dziecięcego przy duzym szpitalu. I teraz na oddziałach szpitalnych widuje się nierzadko dzieci. Ale samo już przebywanie dzieci w towarzystwie dorosłych chorych wcale nie jest pożądane, tembardziej, że chore dziecko wymaga innej atmosfery salowej, innej służby pielęgniarskiej i odmiennie nastawionej opieki lekarskiej.

Budowa 2 przynajmniej oddziałów po 100 łóżek przy 2 największych szpitalach pochłonęłaby zapewne o połowę mniej kosztów, niż budowa oddzielnego szpitala na taką samą liczbę łóżek i stanowczo byłaby w ostatecznym swoim bilansie uwieńczona większym dla ludności pożytkiem (chociażby już ze względu na ogromne przestrzenie Warszawy, któreby zmuszały naprzykład dziecko z Grochowa odwozić i następnie odwiedzać na Woli i vice versa).

Przy tej okazji przypominam, że przy każdym miejskim zakładzie położniczym istnieje etat pedjatry, którego obowiązkiem jest roztoczenie specjalnej opieki nad noworodkami i pouczanie matek w tym kierunku.

W związku z istniejącemi przy wydziale zdrowia poradniami dla matek ciężarnych mamy więc dosyć poważny wał obronny w walce ze śmiertelnością dzieci, tą największą klęską ludzkości.

Co się tyczy istniejących obecnie zakładów położniczych (razem koło 250 łóżek), to, niestety, nie nasycają one wszystkich potrzeb miasta — gdyby nie pomoc ze strony kilku prywatnych zakadów położniczych o charakterze filantropijnym, sytuacja byłaby istotnie krytyczna. — Istnieje projekt wybudowania dużego zakładu położniczego na 250 łóżek. Przy obecnej sytuacji materjalnej projekt, niestety, nie jest jeszcze bliski urzeczywistnienia. — Sądzę, że wobec tego Wydział Szpitalnictwa powinien okazać większe zainteresowanie się prywatnemi zakładami położniczemi i dać im możność rozszerzania swojej działalności. Należałoby także, może narazie przynajmniej, zwinąć istniejące przy zakładach położniczych, niewielkie, coprawda, oddziały ginekologiczne. Przy szpit. Dz. Jezus, przy szpit. na Czystem i Łazarza istnieją wszakże specjalne duże oddziały ginekologiczne. Zresztą, t. zw. duża ginekologja (myotomje, owarjotomie i t. p.), bywa uprawiana na każdym oddziale chirurgicznym. A jeżeli sobie uprzytomnimy, że łóżko położnicze może w przeciągu roku udzielić gościny przynajmniej 30 położnicom, to już kilkadziesiąt nowych łóżek stanowiłoby wielki pod tym względem plus. — Pomoc ginekologiczna na temby nie ucierpiała, a jeszcze 500 — 600 położnic rocznie miałoby racjonalnalną opiekę.

Aczkolwiek w walce z chorobami zakaźnemi miasto, dzięki sieci dobrze zorganizowanych urzędów sanitarnych i stałej współpracy zakładu dezynfekcyjnego, izolacyjnego oraz miejskiego instytutu higienicznego, zrobiło duże postępy, pomoc szpitalna dla chorych zakaźnych pozostawia ieszcze wiele do życzenia. Szpital św. Stanisława, przeznaczony wyłącznie dla chorób zakaźnych, niezawsze może wszystkich chorych pomieścić. W dużym projekcie rozbudowy szpitalnictwa jest też mowa o dużym szpitalu dla chorób zakaźnych. Obecnie istnieją i przy niektórych ogólnych szpitalach (na Czystem, Karola i Marji) specjalne oddziały dla chorób zakaźnych, a w chwilach krytycznych, jak to miało miejsce w tym roku w czasie zwiększonej epidemji płonicy, wydział przeznacza prowizorycznie na ten cel ieden z mniejszych szpitali (w tym roku szpital Wolski). Ze względów łatwo zrozumiałych należałoby wogóle dążyć do całkowitego usunięcia oddziałów zakaźnych ze szpitali ogólnych. Rozbudowa szpitala św. Stanisawa jest wobec tego sprawą bardzo aktualną. Na zasadzie tego, co widziałem na wystawie w Düsseldorfie, sądziłbym, że narazie można byłoby w znacznym stopniu tej sprawie pomóc, gdyby miasto zakupiło kilka t. zw. baraków Dekertowskich na 200—300 łóżek. Jest to względnie koszt niewielki. A dobra strona tych baraków (podobno Kraków niemi się posiłkuje) polega na tem, że w razie potrzeby (a taka potrzeba zachodzi zwykle tylko 1 — 2 r. do roku na kilka tyg.), mogą w przeciągu 8 — 10 dni być zestawione i uruchomione, a potem w miarę słabnięcia epidemji znowu rozbierane.

Nie trzeba byłoby więc utrzymywać stałego personelu lekarskiego i pomocniczego, co dla kasy miejskiej byłoby wielkim atutem. Dodam nawiasem, że Wydział Szpitalnictwa ma szczegółowo opracowane plany oddzielnego pawilonu dla chorych zakaźnych ze sfer zamożniejszych (więc coś w rodzaju I klasy niemieckich szpitali, albo t. zw. „pokoików" w niektórych naszych szpitalach), z większą, oczywiście, opłatą. Taki pawilon byłby, wydaje mi się wielkiem dobrodziejstwem dla tych chorych, co z tych lub innych względów nie chą się leczyć na ogólnych salach szpitalnych, i przyczyniłby się niezawodnie do większej jeszcze izolacji chorych zakaźnych.

Sprawa braku miejsc w zakładach dla umysłowo chorych w całem państwie, nie wyłączając Warszawy, była tylokrotnie omawiana (niedawno jeszcze na zjeździe psychjatrów w Krakowie), że nie chiałbym jej tu w całym zakresie poruszać. Wszyscy chyba są tego zdania, że szpital Jana Bożego (b. klasztor) i oddział psychjatryczny przy szpitalu na Czystem nie odpowiadają nawet skromnym wymaganiom współczesnym. Projekt rozbudowy szpitalnictwa miejskiego przewiduje duży zakład, jeżeli się nie mylę, na 1000 chorych ze wszelkiemi nowoczesnemi urządzeniami (ferma, warsztaty, szkoła i t. p.).

Narazie Wydział Szpitalnictwa pomaga sobie umieszczaniem części chorych za względnie skromną opłatą (4 zł. dziennie) w Drewnicy i Zofjówce, które też już są przepełnione. Sądzę więc, że dopóki nie zostaną urzeczywistnione marzenia o dużym nowoczesnym zakładzie, miasto powinno przy pomocy długoterminowej pożyczki zachęcić wspomniane wyżej 2 instytucje do możliwie szerokiej rozbudowy. Względnie małym kapitałem (przypuszczam, że łóżko kosztowałoby najwyżej 4 tysiące złotych, gdy przy budowie specjalnego zakładu koszt ten wynosiłby prawdopodobnie 8 tysięcy złotych,—a wraz z obszernym terenem prawdopodobnie jeszcze więcej) możnaby w ten sposób uzyskać miejsca dla kilkuset chorych. Wobec tego, że w miejskich szpitalach kosztuje utrzymanie chorego koło 8 zł., to na utrzymaniu 300 nowych chorych w Drewnicy i Zofjówce miasto oszczędziłoby rocznie około 400 tys. złotych, t. j. w przeciągu 4 — 5 lat wypożyczony kapitał iużby się zamortyzował.

Z punktu widzenia finansowego możnaby tę sprawę prawdopodobnie jeszcze lepiej przeprowadzić. Ale sądzę, że przy obecnych naszych warunkach materjalnych, przy tym ogromie pozostających bez opieki umysłowo chorych i wobec tego wielkiego niebezpieczeństwa, które stale z ich strony społeczeństwu grozi (rozmaite przestępstwa, zwłaszcza na tle seksualnym), jest to jedyne możliwe rozwiązanie. Szczególnie byłoby pożądanem, żeby z inicjatywy miasta przy każdej z wyżej wspomnianych instytucyj był urządzony specjalny pawilon dla nieletnich ze szkółką i warsztatami. W szczegóły nie mogę się tu wdawać, ale każdy, kto miał u nas do czynienia z tym wysoce zaniedbanym materjałem i zwiedzał analogiczne zakłady na Zachodzie, nie może nie doznawać głębokiego żalu na myśl, że Warszawa dotychczas dla tego rodzaju chorych nic nie zrobiła.

Na zakończenie tej części swoich uwag muszę jeszcze przypomnieć, że Warszawa, która ma w swoich szpitalach oprócz klinik 10 dużych oddziałów chirurgicznych, 5 oddziałów ginekologicznych i nawet specjalny oddział urologiczny, dotychczas jeszcze nie posiada ani jedego oddziału ortopedycznego (drobniutki oddział przy szpitalu dziecięcym Karola i Marji nie może tu odegrać żadnej wybitniejszej roli).

Na naszych oddziałach chirurgicznych, a nawet i wewnętrznych można zawsze znaleźć chorych, kwalifikujących się do specjalnego leczenia ortopedycznego. Nie wątpię, że nasi chirurdzy oddziałowi otaczają takich chorych nie mniejszą, niż innych chorych opieką. Ale ortopedja, jak w swoim czasie naprz. okulistyka, a ostatnio i urologja, wyemancypowała się z ogólnej, klasycznej chirurgji, posiłkuje się obecnie całym szeregiem zabiegów swoistych i manipulacyj, wymagających i specjalnych warunków zewnętrznych (leżalnie, sale do ćwiczeń, pracownie przyrządów ortopedycznych i t. d.). Na Zachodzie znacznie mniejsze, niż Warszawa, miasta mają specjalne oddziały ortopedyczne, wykazujące ciekawe i ładne wyniki. — Sądzę, że i u nas należałoby z istniejących oddziałów chirurgicznych wyodrębnić przynajmniej jeden albo dwa oddziały i zastosować je wyłącznie do potrzeb i zadań współczesnej ortopedji.

* * *

www.dlibra.wum.edu.pl

W powyższem naszkicowałem w ogólnych zarysach obecny stan naszego szpitalnictwa. Główne czynniki etjologiczne — to brak planowości i szerszego poglądu na sprawę w okresie przedwojennym i trudności finansowe w dobie obecnej. Pod kątem widzenia lekarskiego szpitalnictwo, oczywiście, powinno zająć miejsce naczelne w gospodarce miejskiej, a ochrona zdrowia powinna być główną jej troską. Z punktu widzenia jednakże ogólnego samorząd miejski miał w przeciągu tych kilku lat swego istnienia jeszcze inne niezmiernie ważne obowiązki do załatwienia, że tylko wspomnę szkolnictwo powszechne zawodowe, organizację służby zdrowia i t. p. Nie osłabia to, ma się rozumieć, w niczem ostatecznej diagnozy, która sprowadza się do pewnego braku łóżek, i w niemniejszym stopniu do braku jednolitości w ogólnej gospodarce szpitalnej w zastosowaniu do istotnych wymagań nowoczesnych. Zdaję też sobie zupełnie sprawę z tego, że niektóre proponowane przeze mnie środki są tylko półśrodkami i dadzą może asumpt komuś złośliwemu do zacytowania znanej bajki Kryłowa o kaftanie Tryszki. Wychodząc jednakże z założenia, że sprawy tej nie można traktować w czambuł, postarałem się uwydatnić najniezbędniejsze potrzeby, które względnie mniejszym wysiłkiem mogą i powinny być w najbliższej przyszłości załatwione.

Aforyzm łaciński: **In magnis voluisse sat est** nie ma tu zastosowania, i, zamiast zadawalniać się pobożnemi westchnieniami do lepszych czasów z monumentalnemi budowlami, należałoby pójść w kierunku najmniejszego oporu i robić to, co przy głębszem wniknięciu w całokształt zagadnienia, dałoby się uskutecznić.

Pragnąłbym zwrócić uwagę na inne jeszcze momenty, które mogą dodatnio wpłynąć na obecny stan szpitalnictwa w Warszawie.

Wielkim ciężarem szpitalnictwa na całym świecie, a zwłaszcza w Warszawie są c h r o n i c y.

Chronikami nazywamy, jak wiadomo, chorych, niedotkniętych żadną zaraźliwą chorobą, więc nie niebezpiecznych dla otoczenia, których stan, ze względu na charakter ich cierpienia, nie wymaga tej opieki lekarskiej i tego złożonego aparatu lekarskiego, któremi rozporządza normalny szpital. Więc w pierwszym rzędzie należą tu starcy z jakiemś nieuleczalnem cierpieniem (**arthrjtis deformans, emphysema pulm., hemiplegiae, tabes dorsalis** i t. p.).

Nie ulega kwestji, że miasto ma obowiązek opiekowania się tą gromadą rozbitków i niedołęgów. Ale opieka, której wymaga chronik, jest zupełnie odmienna od opieki, która się należy ciężko choremu. To też wszędzie istnieją specjalne zakłady dla tych ludzi wydziedziczonych. Mają dach nad głową, mają życie, opiekę sanitarno-higjeniczną i, w razie potrzeby, d o r a ź n ą pomoc lekarską. I my mamy koło 2000 łóżek dla starców i chroników, ale zakłady te uginają się pod ciężarem stałego przepełnienia, wskutek czego chronik musi nieraz całe miesiące wyczekiwać swojej kolejki. Wydział szpitalnictwa subsydjuje też cały szereg analogicznych prywatnych zakładów filantropijnych, ale to wszystko nie nasyca odnośnych potrzeb. Dzięki takiemu stanowi na oddziałach szpitalnych znajduje się zawsze znaczna liczba chroników (jak twierdzą niektórzy lekarze szpitalni, do 30%), stanowiących istny balast dla oddziału i ogromny, zupełnie nieprodukcyjny wydatek dla kasy miejskiej. W szpitalu Dz. Jezus, naprzykład, dzień szpitalny kosztuje zł. 8.25, a w przytułku w Górze Kalwarji tylko zł. 2.70, więc 3 razy mniej. — I wytwarza się taki stan, że ciężko chory, któremu w przeciągu krótkiego czasu można byłoby rzetelnie pomóc i dać możność powrotu do pracy, nie może być do szpitala przyjęty, bo łóżka są zajęte przez chroników.

Ma się wrażenie, że, gdyby się udało odciążyć szpitale od wędrujących nieraz lata całe, i to bez wszelkiej opłaty szpitalnej, od jednego szpitala do drugiego chroników, i obecna liczba łóżek szpitalnych, wynosząca koło 5000, zwłaszcza przy zastosowaniu proponowanych wyżej środków, byłaby narazie może wystarczająca. Nasuwa się więc nakaz możliwie rychłego rozszerzenia istniejących przytułków. W samej Górze Kalwarji możnaby wybudować jeszcze kilka pawilonów na 200 — 300 osób. Tak samo mający obszerne tereny szpital w Mieni (34 łóżka i 20 osób personelu, koszt dnia szpitalnego wynosi zł. 8.10), należałoby obrócić na duży zakład dla chroników. Ze względu na to, że koszt budowy takich zakładów dla chroników jest znacznie prostszy i tańszy, zwłaszcza przy istnieniu już budynków administracyjnych, budowa dodatkowych pawilonów nie pochłonęłaby dużych kosztów, w każdym razie znacznie mniej, niż budowa szpitali normalnych, tembardziej, że dzięki różnicy w utrzymaniu (8.10 i 2.70) miasto w przeciągu kilku lat odzyskałoby wydane na budowę pieniądze.

Przy tej okazji pragnę zwrócić uwagę na mało, niestety, znany, a niezmiernie ciekawy ze względu na konstrukcję wewnętrzną miejski dom zarobkowy przy ul. Czerniakowskiej (350 łóżek, koszt dnia zakładowego 3.20). Właściwie mówiąc, niema tam ani jednego całego, zdrowego pensjonarza. Są to osobniki (przeważnie rzemieślnicy) z mniejszemi lub większemi defektami, nie dającemi im możności samoistnej walki o byt. Wielu z nich prawdopodobnie mogłoby prowadzić nudne i bezczynne życie w jakimś przytułku, a nawet od czasu do czasu korzystać z łóżka szpitalnego. Ale w Domu zarobkowym każdy z nich pracuje. Celowo urządzone i prowadzone warsztaty dają właśnie możność wykrzesania z każdego pensjonarza mniejszej lub większej jeszcze wydajności. To też budżet na 1926 r. przewiduje 250 tysięcy dochodu ze sprzedaży wyrobów zakładu, co wynosi koło 2 zł. dziennie na pensjonarza. Że przez to wytwarza się zupełnie inna, lepsza i szlachetniejsza, pod hasłem r e s s a c r a l a b o r, atmosfera, nie trzeba chyba dowodzić. Nie wątpię, że wśród pensjonarzy przytułkowych i innych, żyjących na koszt miasta lub społeczeństwa chroników znalazłoby się jeszcze dużo setek kandydatów do Domu Zarobkowego. Należy więc intenzywnie dążyć do powiększenia tego zakładu. I ten wydatek opłaciłby się sowicie w przeciągu lat kilku.

Jak już powiedziałem, Wydział Szpitalnictwa i Opieki Społecznej subwencjonuje też szereg prywatnych przytułków i schronisk, dzięki czemu ma możność umieszczania tam koło 300 starców i chroników.

Z punktu widzenia finansowego jest to dla kasy miejskiej wcale korzystna tranzakcja, utrzymanie bowiem jednego pensjonarza kosztuje tam połowę tego, co miasto w swoich instytucjach wydaje.

Powtórzyłbym tu to samo, co powiedziałem wyżej w stosunku do Drewnicy i Zofjówki. I tu miasto powinno przyjść z inicjatywą i pomocą niektórym instytucjom prywatnym w celu ich rozbudowy. Dałoby to wogóle może nowy impuls do wskrzeszenia pięknej tradycji prywatnej inicjatywy w dziedzinie opieki społecznej. Jeszcze kilkadziesiąt lat temu grała prywatna inicjatywa wybitną rolę nietylko w opiece społecznej, ale nawet w szpitalnictwie. Szpital na Czystem, Szp. Karola i Marji, Szpital na ul. Kopernika — powstały wyłącznie z prywatnych ofiar, tak samo cały szereg schronisk. Niestety, ta prywatna inicjatywa, która ma swego protoplastę w wielkim Staszycu, obecnie zupełnie zamilkła albo przyjęła zgoła inny, spaczony nieraz charakter.

Przy zastosowaniu wszystkich tych środków możnaby było liczbę miejsc dla chroników powiększyć bardzo pokaźnie, a pośrednio i liczbę wolnych łóżek szpitalnych. Wydział Szpitalnictwa i Opieki Społecznej mógłby wtedy rozwinąć większą, niż dotychczas, sprężystość w odciążaniu szpitali i uwalnianiu setek rodzin ubogich od wielkiego ciężaru utrzymywania przez lata całe zatruwającego im życie kaleki lub chorego.

Pragnąłbym tu poruszyć jeszcze jedną sprawę, która wyda się niektórym może znikomo drobną wobec ogólnego tu omawianego zagadnienia. Nie jest ona jednakże zupełnie pozbawiona znaczenia. Chodzi mi o stworzenie ściślejszego kontaktu między szpitalem a schroniskiem (wogóle sądzę, że należałoby zaniechać używania wyrazu przytułek, który ma w sobie coś upokarzającego, a mówić o schronisku). Przy obecnym stanie rzeczy chory, przechodząc ze szpitala do schroniska, pod względem naukowym ginie zupełnie dla ordynatora. Tymczasem są chorzy, których cierpienie budzi wielkie zainteresowanie u ordynatora i stanowi poważny materjał naukowy. Wiem z osobistego doświadczenia, że ordynator nieraz wprost umyślnie przetrzymuje dłużej takiego chorego na swoim oddziale, nie chcąc go stracić z oczu. Bardzo doniosłe prace naukowe dokonane zostały właśnie na materjale chroników. Cała wiekopomna praca C h a r c o t a powstała w Salpetriere, która w swoim czasie była tylko dużem schroniskiem. W prywatnych rozmowach z dyrektorami tutejszych klinik uniwersyteckich i wieloma ordynatorami słyszałem nieraz, w mojem rozumieniu zupełnie słuszne,

www.dlibra.wum.edu.pl

ubolewania na ten temat. Należy więc dążyć do tego, żeby ten cenny materjał naukowy nie został zmarnowany. Byłoby zatem pożądane, żeby chronicy każdego szpitala, względnie oddziału, byli w miarę możności zawsze kierowani do jednego i tego samego schroniska, żeby ordynator szpitalny miał, że tak powiem, w stałej ewidencji swoich chroników i mógł od czasu do czasu sam (albo ktoś z jego asystentów) tych chorych odwiedzać, kontrolować ich stan i w razie jakiejś zmiany, wymagającej ściślejszej obserwacji i pomocy lekarskiej, znowu przenosić na swój oddział. Dużą rolę tu może odegrać lekarz danego schroniska. Pozostając w pewnym kontakcie z ordynatorem, który poprzednio leczył chorego, i mając odpis historji choroby, wykaże wtedy prawdopodobnie większe zainteresowanie naukowe dla swoich chroników. Nie mogę tu wdawać się w szczegóły. Ale nie wątpią, że wszyscy, którym jest droga nauka lekarska — a niema chyba takiego, któryby nie miał dla niej najwyższej czci — nie zlekceważą tej sprawy, tembardziej, że ona — jedyna- — nie jest połączona z żadnym nowym kosztem.

Na zakończenie jeszcze jedna, tym razem mniej sympatyczna sprawa. W szpitalach naszych przebywa bardzo dużo chorych z prowincji (na niektórych oddziałach 30 — 40%). Wobec niedostatecznego poziomu szpitalnictwa na prowincji jest to zupełnie zrozumiałe. Ale wobec szczupłości naszych szpitali cierpi na tem nasza ludność warszawska, która, bądź co bądź, te szpitale utrzymuje, tembardziej, że pod względem opłaty za leczenie prowincja pozostawia wiele do życzenia. Nie twierdzę bynajmniej, że nie należy przyjmować chorych prowincjonalnych, ale sądzę, że w obecnych warunkach powinny być pod tym względem czynione pewne ograniczenia. Należałoby może przyjmować tylko istotnie ciężko chorych, wymagających specjalnej fachowej pomocy, której w danem mieście otrzymać nie mogą. Byłoby także może wskazane, żeby naczelni lekarze specjalnie czuwali nad tem, aby pobyt takich chorych w szpitalu był — oczywiście bez szkody dla ich zdrowia — możliwie krótki i t. d. i t. d.

Wiem, że to sprawa pod wieloma względami niesympatyczna, ale przejść nad nią do porządku dziennego nie należy.

* * *

Jeżeli jeszcze raz zastanowimy się nad całem poruszonem tu zagadnieniem, to widzimy, że rokowanie nie jest wcale tak ponure, jak się na pierwszy rzut oka wydawało. Pięć tysięcy łóżek szpitalnych dla miljona mieszkańców odpowiada mniej więcej przyjętym normom, o ile te łóżka nie są obciążone chronikami i pozamiejskimi chorymi. Prawda, że trzeba się liczyć z tem, iż stolica rośnie w szybkiem tempie, i że za 10 — 15 lat liczba tych łóżek nie będzie wystarczała. Najważniejsze jest to, że poszczególny walor tych łóżek jest bardzo różnolity, że wiele z nich nie zadawalnia współczesnych wymagań. Tak samo dotkliwie daje się odczuć brak równomierności w stosunku do poszczególnych specjalności. Pod tym względem niezbędny jest — na przyszłość przynajmniej — bardziej celowy, całokształt sprawy wyłącznie pod kątem potrzeb ludności obejmujący plan. Zwijanie małych szpitali i rozbudowa większych oraz rozszerzanie opieki społecznej w kierunku miejskich i prywatnych schronisk i instytucyj jest nie cierpiącym zwłoki imperatywem. Ułatwi to wyekwipowanie wszystkich naszych szpitali w te pomocnicze urządzenia rozpoznawcze i lecznicze, któremi nauka w walce z rozmaitemi stanami chorobnemi rozporządza.

Wpłynie to, oczywiście, i na poziom naukowy i wydajność naukową naszych szpitali, które obecnie także bardzo różnolicie się przedstawiają. Należy wszak pamiętać, że szpitale stolicy są szkołą dokształcania i dalszego rozwoju dla ogromnych rzeszy młodych lekarzy. Uniwersytet z natury rzeczy daje absolwentowi medycyny przeważnie teoretyczne i ogólno-patologiczne podstawy dla myślenia i postępowania lekarskiego. Dopiero w szpitalu następuje ta niezbędna bezpośrednia styczność z chorym człowiekiem. I obowiązkiem szpitala jest danie możności młodemu koledze pogłębiania swojej wiedzy i zastosowania wszelkich zdobyczy nauki przy łóżku chorego. Ze młodzież głęboko odczuwa ten głód dalszego kształcenia się, widać najlepiej z tego, że, na te oddziały, gdzie prowadzona jest systematyczna praca naukowa, uczęszcza nieraz, bezpłatnie oczywiście, 30 i więcej wolentarjuszy. Mylny jest pogląd, że zaszczytna rola dalszego naukowego kształcenia lekarzy i rozwoju nauki lekarskiej wogóle ciąży tylko na instytutach i klinikach uniwersyteckich. Pomijam już te zasługi, które u nas przed wojną położyły szpitalne oddziały Dunina, Krajewskiego, Sokołowskiego, Edwarda Zielińskiego i w. in., ale i na zachodzie, gdzie jest duża obfitość uniwersytetów, szpitale miejskie pracują intensywnie nad rozwojem i postępem medycyny. Chirurgja nerek, chirurgja ośrodkowego układu nerwowego, chirurgja dróg żółciowych, nauka o przemianie materji i w. in. powstały i rozwinęły się właśnie w szpitalach miejskich. Mógłbym wyliczyć cały szereg słynnych lekarzy z Babińskim na czele, którzy całe swoje owocodajne życie spędzili właśnie w szpitalach mieskich. Zresztą, nie wątpię, że ten słuszny punkt widzenia znajduje w pewnym stopniu swoje uwzględnienie wśród miarodajnych czynników. Sądziłem jednakże, że należy go jeszcze raz mocno podkreślić i mieć stale na uwadze przy układaniu budżetów, obsadzaniu stanowisk kierowniczych i planach rozbudowy.

Wielka wystawa „Gesolei" w Duesseldorfie.

Podał

Brunon NOWAKOWSKI (Warszawa).

Miałem sposobność, jako delegat Państwowej Szkoły Higjeny, zwiedzenia wystawy duesseldorfskiej w celu zapoznania się głównie z stroną organizacyjną i metodyczną wystawy, która, wobec projektowanego w Szkole Muzeum Higjeny, interesowała nas szczególnie. Wobec coraz szerszego stosowania propagandy wzrokowej dla celów zdrowia publicznego zasługuje ona jednakże na omówienie w szerszem gronie.

Pragnąłem bardzo uzupełnić te moje uwagi jakimś materjałem obrazowym. Niestety, poza oficjalnym katalogiem, nie zawierającym ani jednej ryciny, ani jednego wykresu, nie mogłem zdobyć niczego, coby ułatwiło zapamiętanie i zobrazowanie otrzymanych wrażeń. I to byłby może najpoważniejszy zarzut, jaki postawiłbym organizatorom wystawy, że zbyt zazdrośnie strzegą nagromadzonych skarbów. Jakkolwiek silne jest wrażenie, odebrane na miejscu, dla większości widzów jest ono jednorazowe, a więc nietrwałe. Ponadto jest to wystawa tak wielka i tak różnorodna, że wrażeń tych jest zadużo, wypierają się one nawzajem. W takich warunkach można osiągnąć silne zaciekawienie, tem silniejsze, im doskonalsza jest forma pokazu — ta zaś na wystawie w Duesseldorfie doprowadzona została do bardzo wysokiego poziomu. Chcąc jednak osiągnąć rezultaty praktyczne, a więc w dziedzinie higjenicznej inteligentne współdziałanie jednostek z akcją, prowadzoną przez władze państwowe i samorządowe lub organizacje społeczne, chcąc, by nauki, tu głoszone przy pomocy eksponatów, nagromadzonych z wielkim nakładem, przeniknęły do domów, należałoby przez rozdanie broszur i ulotek, zawierających odnośne dane faktyczne i, o ile możności, obrazowe, pogłębić, uzupełnić i uporządkować spostrzeżenia zwiedzających. Z tych możliwości korzystali, niestety, tylko wystawcy przemysłowi i niektóre organizacje społeczne w celach reklamy lub pozyskania sympatyków. Specjaliści znowu, zainteresowani w poszczególnych działach wystawy, odczuwają zapewne brak szczegółowych katalogów działowych, gdyż katalog ogólny, prócz wyliczenia grup i podgrup oraz nazwisk biorących udział w wystawie, prawie nic więcej nie zawiera. Właśnie dlatego, że wystawa udała się wspaniale, należałoby życzyć sobie, by pozostawiła po sobie jakąś trwałą pamiątkę równie pouczającą i okazałą.

Wielka wystawa "Ge—So—Lei" (Gesundheitspflege, Sociale Fuersorge, Leibesuebungen) czyli higjeniczno-społeczno-sportowa zorganizowana została przez miasto Duesseldorf przy współudziale rządów Rzeszy i krajów, w skład Rzeszy wchodzących, oraz niemieckiego Muzeum Higjeny z Drezna. Jej myślą przewodnią jest wykazanie wysiłków, przy pomocy których naród, osłabiony skutkami wojny i okresu powojennego, pracuje nad swą odbudową społeczną i zdro-

www.dlibra.wum.edu.pl

wotną. Jak widać z tego, wystawa ma zupełnie wyraźny przysmak polityczny, podkreślony jeszcze przez wybór miasta Duesseldorfu jako miejsca pokazu. Tutaj bowiem podczas okupacji zagłębia Ruhry stała główna komenda wojsk francuskich, tutaj dochodziło do szeregu konfliktów między ludnością a okupantami. Chodziło więc o to, by przy pomocy wielkiej wystawy ściągnąć liczne rzesze z całych Niemiec do miasta, które najwięcej pono ucierpiało naskutek konfliktu z Francją. Chciano zadokumentować jedność Nadrenji z Niemcami, wbrew dążnościom separatystycznym, popieranym przez władze okupacyjne, i zademonstrować nieugięte dążenie do życia i dalszego pomyślnego rozwoju narodu niemieckiego. Znamiennem jest, że następnie przy realizowaniu tego projektu wybrano jako tematy najbardziej ku temu odpowiednie: zdrowie publiczne, opiekę społeczną i wychowanie fizyczne, które stanowią trzy zasadnicze oddziały wystawy. Widocznie nasz sąsiad zachodni zdaje sobie dokładnie sprawę ze znaczenia tych trzech nawzajem się uzupełniających dziedzin życia społecznego dla zagojenia odniesionych ran i odzyskania dawnej potęgi, sama zaś wystawa świadczy z niezwykłą plastycznością o tem, że są one w istocie wyzyskane w całej pełni dla tych celów.

Nie brak zresztą i wyraźniejszych akcentów politycznych wśród samych eksponatów. W dziale wstępnym opieki społecznej, który ma uzasadnić potrzebę tej opieki, znajdujemy przedewszystkiem wspomnienia blokady głodowej z całą kolekcją ersatzów spożywczych, nastrojowe obrazy głodującej rodziny niemieckiej w przeciwieństwie do dawnego dobrobytu, straty wojenne w ludziach wojska i ludności cywilnej, wyliczenie wartości reparacyj, których domagają się zwycięzcy, dane, ilustrujące obniżenie się zarobków w Niemczech w porównaniu z zarobkami angielskiemi i t. p. Tradycje wielkiej armji reprezentuje bogaty dział higjeny wojska i marynarki. W dziale higjeny kolonjalnej przedstawiono zasługi nauki niemieckiej dla uzdrowotnienia, a więc i uprzystępnienia krajów podzwrotnikowych. Nie jest też chyba przypadkiem, że zaproszono do współudziału w wystawie, jako jedyne państwo, nie należące do Rzeszy, Austrję, która bierze w niej udział w osobnym pawilonie. Wystawa ma więc charakter nietyko ogólno-narodowy, lecz wszechniemiecki. Coprawda, reprezentowana jest również sekcja higjeny Ligi Narodów. Katalog oficjalny pośpiesza jednakże z wyjaśnieniem, że udział w pracach tego ciała biorą wybitne siły naukowe niemieckie. Podobne argumenty tłomaczą oczywiście obecność pawilonu higjeny żydów, pawilonu armji zbawienia i wystawę Czerwonego Krzyża, które reprezentują element międzynarodowy.

Objekty te giną zresztą zupełnie w tem "mieście wystawowem", o którego rozmiarach dadzą pojęcie następujące liczby: front wodny, nad Renem położony, ciągnie się na przestrzeni 2 kilometrów, teren wystawy obejmuje około 400000 m. kw., z czego pod dachem około 140000. Nad wystawą króluje wieża straży ogniowej wysoka na 44 m., zbudowana notabene w 40 dni. Wystawa ma własną swą komunikację kolejową w postaci "kolejki lilipuciej" z dworcami, tunelem i t. d., dokładnie wzorowanej na kolejach normalnych a rozwijającej do 30 km. na godzinę. Znaczna część gmachów wykonana została jako budynki trwałe, to też nie dziw, że miasto Duesseldorf wydało na wystawę 26 miljonów marek niem., a wartość całości wraz z eksponatami przekracza podobno 100 miljonów m. n. Jest to bez wątpienia największa i najokazalsza wystawa tego rodzaju.

By zapełnić tak obszerne ramy, powołano do współudziału naukę, organizacje urzędowe i społeczne oraz przemysł, stąd każdy z trzech zasadniczych oddziałów wystawy ma potrójny charakter: naukowy, ilustrujący stan i postępy nauki, społeczno-organizacyjny, dający wyobrażenie o działalności organizacyj i urzędów w danym zakresie, wreszcie przemysłowy, demonstrujący, jak postęp techniczny stara się wcielić w życie wskazania nauki i obsłużyć tak jednostki, jak społeczeństwo. Niewiele krajów mogłoby się poszczycić taką współmiernością rozwoju w tych trzech dziedzinach twórczości ludzkiej, dzięki której tutaj przy złączeniu ich w jednej wystawie otrzymano tak harmonijną a zarazem tak imponująca całość. Wielkość wystawy pozwoliła również sięgnąć w głąb i szerz tematu, a więc uwzględnić rozwój historyczny i potraktować samodzielnie dziedziny pokrewne. Umiano jednakże zachować właściwe proporcje tak, że główna myśl wystawy występuje plastycznie, zyskując na perspektywie i na wykazanem pokrewieństwie z innemi interesami życiowemi. Dział anatomji i fizjologji, sam będący wstępem do właściwej higjeny, poprzedzony jest jeszcze działem prehistorycznym, gdzie w trzech panoramach pokazano rekonstrukcje człowieka z epoki Neandertalu, z epoki paleolitycznej i z epoki kamiennej na tle ówczesnej przyrody. W dziale wychowania fizycznego widzimy w jednej salce piękny model igrzysk olimpijskich z czasów starogreckich, w drugiej przedstawiono turniej średniowieczny przy pomocy manekinów naturalnej wielkości. W oddziale opieki społecznej znajduje się nastrojowa kapliczka z witrażami, na których przedstawiono czyny miłosierdzia i dobroczynności z średniowiecza niemieckiego. Podobnie w pawilonie higjeny żydów widzimy wykonane w płaskorzeźbie sceny, obrazujące nakazy higjeniczno-społeczne, zawarte w starym testamencie. Wogóle znajdujemy momenty historyczne, uwzględnione w mniejszym lub większym stopniu, prawie w każdym z poddziałów.

Jako przykład rozszerzenia tematu na dziedziny pokrewne, może posłużyć dział higjeny odżywiania. Mamy więc przedewszystkiem w jednej z hal wystawowych część naukową, potraktowaną systematycznie, jak w podręczniku. Następnie idzie dział kontroli środków spożywczych, również podzielony systematycznie według poszczególnych produktów, ponadto zawierający dane, dotyczące organizacji nadzoru nad żywnością. Reszta hali oddana została na wystawę przemysłu spożywczego przetwórczego. W tym dziale znajduje się tablica, obrazująca krążenie materji życiotwórczej z gleby przez rośliny i zwierzęta do człowieka i jej powrót do gleby. Tę myśl rozwija dalej i szczegółowiej osobna wystawa pod nazwą: człowiek w swych stosunkach zdrowotnych do roślinności i do świata zwierząt. Jest to skondensowana wystawa rolnicza, mająca wykazać znaczenie racjonalnej uprawy gleby oraz racjonalnej hodowli roślin i zwierząt domowych dla dobrobytu i zdrowia ludności. Szczególną uwagę zwrócono przytem na higjenę produkcji rolnej w stosunku do mleka i mięsa. Tutaj umieszczono również wystawę weterynaryjną. Stąd mały skok myślowy zaprowadzi nas do działu ochrony przyrody, jako właściwego tła i podłoża zdrowia ludzkiego, mającego łączność i z działem wychowania fizycznego poprzez turystykę. Dzięki podobnym asocjacjom w grupie, ujętej pod nazwą zbiorową "mieszkanie i osiedle", która pokrywa się w zasadzie z terenem działalności inżyniera sanitarnego, znajdujemy wystawę zbiorową pod nazwą "kobieta", gdzie zobrazowano działalność i potrzeby kobiety w gospodarstwie domowem i w pracy zawodowej. Cała ta grupa "mieszkanie i osiedle" nie ogranicza się zresztą do zagadnień ściśle sanitarnych, lecz obejmuje całokształt gospodarki miejskiej w zakresie zakładów użyteczności publicznej.

Inną cechą, będącą w związku z wielkością wystawy, są pokazy urządzeń społecznych j n n a t u r a. Znajdziemy więc oddzielny dom dla niemowląt, w którym na czas wystawy wychowuje się pomyślnie dwanaście niemowląt, pod wzorową opieką lekarską i pielęgniarską. Obok znajduje się półkolonja leśna — teren wystawy obejmuje bowiem część parku miejskiego — również w pełnym biegu. Dalej idzie wzorowa gospoda dla młodzieży, która po zamknięciu wystawy pójdzie na właściwe swe miejsce w górach Eifel. Podobnie do grupy "mieszkanie i osiedle" należy wioska, składająca się z 5 domów mieszkalnych, przeznaczonych dla różnych sfer społecznych, wraz z kapliczką wiejską i cmentarzykiem. Do oddziału wychowania fizycznego należy wzorowa hala gimnastyczna z boiskiem i poradnia sportowa, w której lekarze udzielają porad co do wyboru sportu najbardziej odpowiedniego dla danego osobnika.

Przechodząc teraz do systematycznego podziału wystawy, zaznaczyć należy, że dopuszczono dwojaki typ wystawy. Przedewszystkiem w każdym z trzech zasadniczych oddziałów wystawy przeprowadzono podział rzeczowy, że tak powiem, podręcznikowy, obejmujący większość eksponatów. Prócz tego dopuszczono wystawy zbiorowe, umieszczone bądź to w osobnych pawilonach, bądź to wpośród danej grupy rzeczowej, przedstawiające całokształt działalności jakiegoś urzędu, czy organizacji społecznej lub przemysłowej. Wracając do podziału rzeczowego, mamy przedewszystkiem oddział higjeny, podzielony na 12 grup głównych, rozbitych na szereg podgrup. Początek tworzy grupa "człowiek", zestawiona

www.dlibra.wum.edu.pl

całkowicie przez drezdeńskie Muzeum Higjeny, zawierająca anatomję i fizjologję człowieka. W następnej znajdujemy zagadnienia dziedziczności i eugeniki. Dalej idzie grupa powietrze i klimat, następnie odżywjanie. Piąta omawia stosunek człowieka do roślinności j zwierząt. W grupie mieszkanie i osiedle skupiono: pożarnictwo, wodę, kąpieliska, usuwanie ścieków, budownictwo i materjały budowlane, budowę dróg i ulic, planowanie osiedli, cmentarnictwo, gaz, elektryczność, oświetlenie, ogrzewanie i przewietrzanie, pralnie, wreszcie higjenę komunikacji. Grupa siódma poświęcona jest odzieży. Dalej idzie lecznictwo i szpitalnictwo, uzupełnione pawilonem lipskiego związku lekarzy, poświęconym zawodowi lekarza, oraz wystawą zdrojowisk niemieckich. Grupa chorób zakaźnych obejmuje bakterjologję, epidemjologję i dezynfekcję. Następuje higjena kolonjalna, gdzie uświetniono działalność K o c h a. Grupy, poświęcone higjenie zawodowej i higjenie wojskowej, zamykają ten oddział, do którego zaliczono dodatkowo pawilon higjeny żydów. Oddział opieki społecznej podzielono na 6 grup głównych, a mianowicie: w pierwszej przedstawjono dane demograficzne i społeczne, mające uzasadnić konieczność opieki społecznej, oraz dane, dotyczące organizacji i zakresu działania odnośnych urzędów. Druga grupa pod nazwą opieki zdrowotnej obejmuje właściwą higjenę społeczną, a więc: opiekę nad matką, dzieckiem w pierwszym roku życia i w wieku przedszkolnym, higjenę szkolną, opiekę lekarską nad szkołami zawodowemi, choroby społeczne, jak gruźlica, choroby weneryczne, rak, wole, alkoholizm i nikotynizm, dalej opiekę nad umysłowo chorymi i psychopatami, nad kalekami wszelkiego rodzaju. Trzecia grupa pod nazwą opieki wychowawczej i oświatowej obejmuje opiekę nad sierotami, nad dziećmi zaniedbanemi, nad dziatwą zarobkującą, dalej opiekę nad więźniami i opuszczającymi więzienia, następnie wystawę organizacyj młodzieży, oświatowych i turystycznych, wreszcie bogaty dział oświaty pozaszkolnej dla młodzieży i dorosłych, jak uniwersytety ludowe i czytelnie oraz bjblioteki ludowe. Czwarta grupa, opieki gospodarczej, obejmuje pośrednictwo pracy, orjentację zawodową, opiekę nad częściowo lub zupełnie bezrobocznymi; nad inwalidami, bezdomnymi, emigrantami i t. p. Piąta grupa zawiera ubezpieczenia społeczne i prywatne. Ostatnia, szósta, daje przegląd opieki urzędowej i prywatnej w postaci wystaw zbiorowych całego szeregu organizacyj dobroczynności, Czerwonego Krzyża, związku miast, związku powiatów niemieckich oraz mnóstwa miast poszczególnych. Oddział wychowania fizycznego ma dwie grupy główne. W pierwszej przedstawiono rozwój i zastosowanie wychowania fizycznego w szkole i życiu, w drugiej poszczególne sporty i organizacje sportowe. Przy tym oddziale znajduje się pozatem bogata wystawa awiacji oraz wystawa sztuk pięknych, w której zebrano dzieła, będące odbiciem sportu w sztuce.

Drugi typ, wystaw zbiorowych, znalazł szerokie zastosowanie szczególnie w oddziale opieki społecznej. Według tego typu zorganizowano całą grupę ubezpieczeniową, gdzie występują oddzielnie Kasy Chorych terytorjalne, zawodowe i prywatne. Austrja w swym pawilonie, Saksonja z krajów Rzeszy, Związek miast, Związek powiatów niemieckich, poszczególne miasta, jak Frankfurt n. Menem, Duesseldorf, Kilonja i inne zdają sprawę z całokształtu swych zabiegów w dziedzinie zdrowia publicznego, opieki społecznej i wychowania fizycznego. Wśród towarzystw dobroczynności z imponującą wystawą wystąpiła Liga Towarzystw Dobroczynności, Katolickie towarzystwa misyjne, Związki zawodowe wystąpiły w osobnym pawilonie. Wśród grupy przemysłowej najokazalej wystąpił związek browarów niemieckich, dalej przemysł węglowy zagłębia Ruhry. Księgarnia Hirschwalda zorganizowała wystawę zbiorową piśmiennictwa niemieckiego w dziale medycyny i higjeny. Te wystawy zbiorowe, oświetlające główne tematy wystawy z nieco innego punktu widzenia, przyczyniają się niewątpliwie do ożywienia j urozmaicenia całości. Całość zaś daje doskonałe wyobrażenie o kierunku i rozmiarach postępu społecznego w Niemczech powojennych.

Pozostaje do omówienia strona zewnętrzna, sama metodyka wystawiania. Przedewszystkiem należy podnieść z uznaniem dbałość o estetykę wystawy. Do współpracy zaproszono cały szereg wybitnych artystów, którym zapewniono należyty wpływ przez powołanie osobnego kierownictwa artystycznego wystawy, którego wpływ znać tak na szacie zewnętrznej, jak wewnętrznej trwałych i czasowych budynków wystawy. Element artystyczny jest silnie reprezentowany również w całym szeregu eksponatów. Modele, wykonane w własnej modelarni biura wystawy, są dziełem zbiorowem uczonych, artystów i rzemieślników. Wystawcy prywatni nie szczędzili pieniędzy, by dostroić się do ogólnego poziomu. Taki związek zawodowy Nadrenji, niezbyt chyba zasobny, występujący z niedużą wystawą, zaprosił sobie jednak wybitnego artystę na doradcę. Jedną z najpiękniejszych jest wystawa kas chorych terytorjalnych. W związku z tem jest niezwykła okazałość niektórych eksponatów. Liga towarzystw dobroczynności umieściła w środku hali wystawowej pięknie wykonany model miasta dobroczynności, zajmujący kilka metrów kwadratowych przestrzeni. Przedstawia on w postaci miasta przeszło półmiljonowego liczbę mjejsc w zakładach dobroczynności prywatnej. Do zobrazowania zanieczyszczania i samooczyszczania się Renu służy model długości kilku metrów, który daje panoramę prawego brzegu rzeki z oznaczeniem miast i osiedli nadbrzeżnych oraz dopływów rzek. Wzdłuż modelu ustawione są kostki barwne, które oznaczają wyniki badań chemicznych i bakterjologicznych, wykonanych w ważniejszych punktach biegu rzeki. Związek przemysłu hutniczego dał dwa duże modele pieców hutniczych, jeden typu dawnego, drugi typu najnowszego, które są dokładnie wzorowane na istniejących instalacjach. Puszczone w ruch, pozwalają one ocenić, na ile postęp techniczny usunął szereg niebezpieczeństw dla pracowników, ulepszając jednocześnie sam proces techniczny, czyli dając przykład idealnego rozwiązania zagadnienia bezpieczeństwa pracy z uwzględnieniem potrzeb produkcji. Ogólnie powiedzieć można, że w stopniu dotąd niebywałym urzeczywistniono żądanie plastyczności eksponatu. Tablic, do jakich my przywykliśmy, jakie widać na samej wystawie jeszcze w salce Ligi Narodów, pozatem jest mało, a jeżeli są, to giną one wśród modeli trójwymiarowych. Nie poprzestając na tem, starano się, by modele były ruchome, starano się wyzyskać efekty świetlne. Na szeregu eksponatów można studjować ewolucję tego ruchu do plastyczności. W pawilonie austrjackim spotykamy tak zwane hieroglify statystyczne. Jest to próba normalizacji znaków statystycznych. Najważniejsze przedmioty podlegające wyliczeniu, otrzymują raz na zawsze swój znak, mający równocześnie określoną wartość liczebną. Liczby większe otrzymuje się przez sumację znaków. Znaki, wykonane artystycznie, pozwalają domyśleć się odrazu, o co chodzi. Komin fabryczny oznacza zakłady przemysłowe, stylizowany kontur człowieka oznacza pewną liczbę ludności, i t. p. Nie zastępują, lecz uzupełniają one zwykłe słupki poziome, na których są nadrukowane przy użyciu odmiennych barw dla słupka i dla znaku. Prócz korzyści, wynikających z samej zasady normalizacji, mamy i tę, że znaki te ożywiają tablicę, czynią je bardziej zrozumiałemi, nadają im wygląd bardzo estetyczny. Następny etap obserwujemy w dziale higjeny spożywczej. Dwuwymiarowe słupki tablicy wykonane są w trzech wymiarach. Na każdym słupie figurka rzeźbiona oznacza typ pracy, wysokość zaś słupa zapotrzebowanie kaloryj danego pracownika. Jeszcze krok dalej posunięto się w dziale opieki społecznej, gdzie znajdujemy następującą ilustrację stosunków mieszkaniowych wśród nowożeńców w Frankfurcie nad Menem. Prócz zwykłej tablicy, podającej liczby, mamy model w postaci ruchomej tarczy. Połowa odkryta tarczy przedstawia plac otwarty przed szeregiem domów mieszkalnych i urzędu stanu cywilnego, których fasady zamykają przestrzeń widoczną. Z otwartej bramy urzędu stanu cywilnego wysuwa się korowód lalek w miejscowych strojach ludowych, ustawionych na tarczy w kilku koncentrycznych szeregach, odpowiadających grupom statystycznym tablicy, w liczbie, odpowiadającej stosunkom procentowym poszczególnych grup. Pochód ten przesuwa się przed oczyma widza i znika w bramach domów mieszkalnych. Okazuje się, że tylko 7% nowożeńców otrzymuje własne mieszkanie, reszta pozostaje w mieszkaniach rodziców lub w mjeszkaniu kawalerskiem, w pokojach odnajętych, wyprowadza się i t. d. Wreszcie najdoskonalej udało się zilustrować trzy zasadnicze zjawiska demograficzne: częstość urodzin, ślubów j zgonów. W stylowej szafie znajdują się trzy tarcze ruchome, których bjeg uregulowano w ten sposób, że co 24 sekundy na jednej ukazuje się bocian, co 72 sekundy na drugiej zjawia się para

www.dlibra.wum.edu.pl

nowożeńców; a co 42 sekundy na trzeciej kościotrup. We właściwej chwili odzywa się dzwonek — to radosny, to żałobny, zapala się światełko, rzucające snop światła na daną postać, poczem gaśnie, pozostawiając ją w cieniu. Nad każdą z tych tarcz zegar z nieruchomą wskazówką podaje liczbę odnośną sekund. Mamy tu więc figurki ruchome, światło i wrażenie słuchowe skombinowane, całość zaś dzięki estetycznemu ujęciu wywołuje wśród oblegających ten pokaz widzów nastrój skupiony i poważny. Jak zwykle, tak i tutaj nic wolno w zasadzie dotykać eksponatów. Tem więcej na uwagę zasługuje, że szczególnie w grupie człowiek, zorganizowanej przez drezdeńskie Muzeum Higjeny, znajduje się cały szereg modeli, wykonanych z materjału trwałego, tak, że publiczność może swobodnie niemi manipulować. Jak bardzo to dogadza zwiedzającym, tego dowodzi ciżba, skupiająca się w tych punktach. Jedną z cech, stosowaną z powodzeniem, szczególnie w działach teoretycznych, to podawanie proporcyj w odniesieniu do wielkości, znanych z życia codziennego. Jeden z najlepszych przykładów tego typu, który jednocześnie ilustruje inną cechę, często stosowaną, mianowicie odwołanie się do elementu humorystycznego, to przedstawienie wartości energetycznej 1 grama cukru. Na obrazku widać małą grupkę cukru wagi 1 gr., podnoszącą o 1 metr od poziomu talerz wagi, na którym tłoczy się około 20 wypasionych Spiessbuergerów. Inny przykład: powierzchnię czerwonych krwinek zobrazowano, pokazując fasadę największego w Duesseldorfie domu towarowego Tietza, której część odpowiednią zabarwiono na czerwono. Element humoru wyzyskano również przy przedstawieniu produktów spożywczych, zawierających witaminy. Widać tu trzy rumiane przekupki, którym się widocznie doskonale powodzi, sądząc choćby z okazałości parasoli, które zasłaniają ich stragany, na których znajdują się produkty bogate w witaminy A, B, C, każdy rodzaj u innej przekupki. Nieco dalej widać czwartą przekupkę zmizerowaną, handlującą albowiem produktami bezwartościowemi pod tym względem. By obudzić szacunek dla pracy organizmu ludzkiego, nie szczędzono pieniędzy dla plastycznego przedstawienia liczb oderwanych, dotyczących ważniejszych funkcyj życiowych. Praca serca przedstawiona jest w następujący sposób: z jednej strony umieszczono model serca naturalnej wielkości, a obok w cylindrze mierniczym pokazano ilość krwi, zawartej w człowieku, niecałe trzy litry. Temu przeciwstawiono całą górę beczułek od piwa, dającą pojęcie o ilości krwi, przetoczonej przez serce na godzinę przy wysiłku maksymalnym. Niemałą wesołość, ale i zastanowienie się wywołuje ilustracja całorocznego menu dojrzałego mężczyzny przy pomocy zbioru odpowiedniej ilości produktów spożywczych, który prawie sięga sufitu sali wystawowej. Szeroko stosowano również modele przedmiotów powiększonych, jakby przy użyciu mikroskopu. I tak widzimy np. 1 cm. sz. krwi powiększony do rozmiarów 1 m. sz. w postaci modelu szklanego, zapełnionego odpowiednio powiększonemi krwinkami czerwonemi i białemi. Nie będę mnożył tych przykładów, wystarczą one do scharakteryzowania metody użytej. Chciałbym jedynie podkreślić jeszcze sposoby zestawiania eksponatów. Wzorowy pod tym względem jest przedewszystkiem dział anatomiczno-fizjologiczny. Przedewszystkiem, budowa i funkcja omawiane są zasadniczo razem. Przy omawianiu poszczególnej części ciała podkreślono zawsze jej miejsce i funkcję w całości organizmu, pokazując rysunek człowieka, w którym specjalnie zaznaczono kontur danej części. Poniżej na stole umieszczono preparat makroskopowy, obok przekroje, rysunki histologiczne, zdjęcia rentgenologiczne, ewentualnie schemat, czy to w modelu, czy w rysunku, objaśniający funkcję danego organu, może jeszcze preparat makroskopowy, prześwietlony metodą Spaltehoza, ewentualnie i preparaty patologiczne. Tyle co do rozmieszczenia pod względem treści. Ponadto starano się prawie wszędzie skombinować w danej sali różne rodzaje eksponatów, a więc tablice, obrazy, fotografje, modele ruchome i nieruchome, filmy, eksponaty historyczne, artystyczne, naukowe, przemysłowe i t. d. To też dzięki osiągniętemu urozmaiceniu można powiedzieć o tej wystawie, że nuży, ale nie nudzi.

Na zakończenie chciałbym podać kilka liczb najbardziej charakterystycznych dla kierunku, w którym obecnie rozwija się zdrowie publiczne w Niemczech. Dotyczą one higjeny społecznej, która będąc poddziałem opieki społecznej, rozwija się równocześnie z rozwojem organizacji sanitarnej samorządów, głównie większych miast. Z danych, przedstawionych przez Związek miast za r. 1925, wyjmuję następujące liczby. Wydatki tych miast, obejmujących 21½ miljona mieszkańców, na opiekę społeczną, w czem mieści się również higjena społeczna, wzrosły ze 120 miljonów m. n. w r. 1913 na 404 miljony. Lekarzy pełnopłatnych w służbie miejskiej było 469 (2/100000 ludności), lekarzy półpłatnych było 1192 (5/100000); pielęgniarek społecznych pełnopłatnych było 3037 (13/100000). Poradnie dla dzieci udzieliły przeszło miljon porad. Przebadano 66% całej młodzieży szkolnej. 267 poradni przeciwgruźliczych miało pod obserwacją swą 1724 gruźlików na każde 100000 mieszkańców. Miasta te dysponowały 6814 łóżkami w sanatorjach przeciwgruźliczych oraz 7040 łóżkami w zakładach dla dzieci, podejrzanych o gruźlicę. Prócz tego w sanatorjach dziennych było 2492 miejsc. Poradnie przeciwweneryczne miały frekwencję ca. 75.000 osób. Opieka nad alkoholikami obejmowała 28502 osób. Miasta te oddały średnio 2.4 m. kw. na każdego mieszkańca pod gry ruchowe i sporty. Na 63.378 mieszkań, zbudowanych pośrednio lub bezpośrednio z funduszów miejskich, przeznaczono 1495 dla rodzin gruźliczych, a 4657 dla rodzin z wielką liczbą dzieci. Powiaty niemieckie, złączone w Związku powiatów, zatrudniały 4.179 lekarzy, utrzymywały przychodni dla matek i dzieci 4.184, przeciwgruźliczych 1648, dla chorób wenerycznych 462. Jeżeli dodać do tego świadczenia kas chorych, które obejmują swoją działalnością 30% całej ludności Niemiec, a stosują coraz więcej medycynę zapobiegawczą, to będziemy mieli choć w przybliżeniu wychrażenie o rozmiarach akcji społeczno-higjenicznej, po której Niemcy słusznie spodziewają się wyników nietylko zdrowotnych i społecznych, lecz ostatecznie i politycznych.

Projekty nowelizacji Ustawy Kasy Chorych.*)

Podał

Tytus MAKOWSKI (Warszawa).

Zarówno sfery lekarskie, jak i nielekarskie przeniknięte są ideą, że w organizacji lecznictwa decydujący głos powinni mieć lekarze; i we wszystkich projektach nowelizacji w mniejszym lub większym stopniu idea ta jest uwzględniona. — Nic nad to słuszniejszego. Kością niezgody między lekarzami w dalszym ciągu jest sprawa tak zwanego wolnego wyboru lekarzy. Należy jednak zaznaczyć, że, aczkolwiek wszędzie wysuwa się hasło wolnego wyboru lekarza, jednakże prawie nigdzie w Polsce żadna grupa lekarzy nie dąży do rzeczywistego wolnego wyboru lekarzy, lecz wszyscy go zwalczają; różnica zaś między poglądami i dążeniami różnych grup lekarzy polega na następującem: 1) Jedna grupa przyznaje Zarządom Kas prawo doboru sobie lekarzy i urządzania własnych przychodni i tylko szuka sposobów, żeby zmusić Zarządy Kas Chorych do celowego urzeczywistnienia tego doboru — z pożytkiem dla ubezpieczonych i sprawiedliwie w stosunku do lekarzy. 2) Druga grupa lekarzy, zjednoczona w organizacji, noszącej miano Związku Lekarzy Państwa Polskiego, dąży do zmonopolizowania w swem ręku całego lecznictwa Kas Ch. Grupa ta wysuwa następujące postulaty: a) w Kasach Chorych mają prawo pracować tylko członkowie Związku Lekarzy Państwa Polskiego, b) lekarze powinni przyjmować chorych kasowych tylko w swoich prywatnych gabinetach. Zarządy Kas Chorych nie powinny urządzać własnych przychodni; c) godność lekarzy nie pozwala na otrzymywanie wynagrodzenia ryczałtowego (wtedy lekarze stają się urzednikami), lecz wymaga wynagrodzenia jednostkowego z kalkulacją za poszczególne zabiegi.

W niektórych projektach nowelizacji przejawiały się te dążenia Związku L. P. P. (naprz. postulat żeby Lekarz Naczelny był wybierany przez Związek.) projekty te jednak nie mają szans urzeczywistnienia, a więc i wielkiego znaczenia.

Zasługuje na specjalną uwagę sprawa stosowania w

---

*) Wygłoszone na posiedz. plenarn. P. Tow. Med. Społ., dn. 27.X. 1926 r.

www.dlibra.wum.edu.pl

Kasach Chorych medycyny zapobiegawczej. Jaką wagę dla Kas Chorych posiada ta sprawa, może zilustrować chociażby następujący fakt: Statystyka Kasy Ch. m. Warszawy wykazała, że do 40% wszystkich wypłaconych z powodu niezdolności do pracy zasiłków są spowodowane chorobami infekcyjnemi, przeważnie gruźlicą. Stanowi to sumę blisko 2.000.000 zł. Jeżeli obliczymy, co kosztuje jeszcze leczenie tych chorych a także leczenie chorych członków rodzin i inne straty i ciężary finansowe, połączone z zapadaniem na choroby zakaźne, to przekonamy się, że te choroby kolosalnie obciążają finanse Kasy Chorych. Ograniczać się w chorobach zakaźnych tylko do leczenia rozwiniętych chorób, nie dbając o zapobieganie im, jest conajmniej anachronizmem. Z całą przeto satysfakcją czytamy w Memoriale Naczelnej Izby Lekarskiej: „Instytucja Kas Chorych powinnaby dążyć nietylko do niesienia pomocy indywidualnej, ale zarazem, zgodnie z postępem nauki lekarskiej, do współdziałania w rozwoju zadań higjeny zapobiegawczej. Tak tylko bowiem pojęte zadanie lecznictwa może odpowiadać obowiązkom i interesom Państwa, interesom chorych i wiedzy lekarskiej".

Ażeby dobrze, naukowo postawić lecznictwo, niezbędne są odpowiednie środki, tembardziej potrzebne są duże środki, jeżeli mamy stosować medycynę zapobiegawczą. Zdawałoby się, że kto jak kto, ale lekarze o tem wiedzą najlepiej, — a jednak... też same Izby Lekarskie na Zjeździe międzyizbowym postanowiły dążyć do znacznego obcięcia dochodów Kasy i jednoczesnego znacznego powiększenia obowiązkowych rozchodów Kas.

Uważając tę właśnie finansową stronę w projektach nowelizacji za najważniejszą i najniebezpieczniejszą dla Kas Ch., dłużej się na niej zatrzymam.

Dla orjentowania się, jak może odbić się na lecznictwie zmniejszenie dochodów Kasy Ch., trzeba mieć na względzie następującą o znaczeniu zasadniczem okoliczność: Rozchody Kasy Chorych dzielą się na dwie grupy: 1) obowiązkowe rozchody w określonych sumach pieniężnych, które ustawowo Kasa musi ponosić niezależnie od jej stanu finansowego, do nich należą: a) świadczenia pieniężne członkom kas (zasiłek w razie niezdolności do pracy, pogrzebowy i inn.) i b) odsetki na kapitał zapasowy. 2) rozchody z sum pozostałych po wydatkowaniu 1-szej grupy, które zarząd Kasy ma prawo i musi przystosowywać do stanu swoich finansów. Do tej grupy należą rozchody na administrację i lecznictwo. Jasnem jest przeto, że, gdybyśmy zmniejszyli tylko dochody Kasy, nie zmniejszając rozchodów 1-szej grupy, to cały ciężar obniżenia dochodów spadłby na administrację i lecznictwo, faktycznie zaś prawie wyłącznie na lecznictwo, ponieważ administracja, w której ręku są pieniądze, jest dość odporna w tych razach.

Rozchody na 1-szą grupę stanowią około 32% wszystkich dochodów Kasy (przeciętna na całą Polskę w 1924 r.). Administracja pochłonie około 15%; na lecznictwo więc pozostaje reszta 50 — 55% dochodu Kas Chorych.

Mając powyższe na względzie, zobaczmy, jak projekty, popierane i wysuwane przez stan lekarski (Izby Lekarskie), ujmują sprawę finansową. W projektach tych postanowiono:

I. Zmniejszyć dochody Kasy przez.

a) obniżenie składki z 6½% do 4%;
b) ustalenie górnej granicy do 300 zł.

II. Zwiększyć rozchody Kasy przez:

a) obowiązek pełnego opłacania szpitali;
b) prawo do świadczeń rodzin dobrowolnych członków.

III. Zmniejszyć rozchody Kasy przez:

a) zmniejszenie zasiłku połogowego ze 100% do 60%;
b) zmniejszenie kapitału zapasowego z 10% do 5%.

Przypatrzmy się bliżej, jak wyglądałyby finanse i budżet Kas Chorych po takiej nowelizacji ich finansów:

1) Przy obniżeniu składek do 4% dochody Kasy zmniejszyłyby się o 38,5%.

2) Przy ustaleniu górnej granicy zarobkowej, obowiązującej pracowników do należenia do Kasy Chorych, na 300 złotych dochody, jak wykazują dane statystyczne, zmniejszyłyby się jeszcze o 30% (liczba zaś członków Kasy zmniejszyłaby się najwyżej o 10%).

3) Szpitale obecnie przeciętnie pochłaniają około 12% dochodów Kasy (w Kasie Ch. m. Warszawy znacznie więcej), pełne opłacanie szpitali zwiększyłoby rozchód Kas jeszcze o 12%.

Razem przeto przy tej reformie Kasom pozostałoby 31,5% obecnych dochodów, t. j. zaledwie starczyłoby na pokrycie 1-szej grupy obowiązkowych rozchodów. — Na administrację i lecznictwo z pełnem opłacaniem szpitali i medycyną zapobiegawczą nie zostałoby ani grosza. Oczywiście, sytuacji nie uratowałoby historyczne postanowienie Izb Lekarskich obniżenia zasiłków połogowych ze 100% do 60% (zmniejszyłoby to rozchód Kasy o 0,5 — 1%).

Trudno sobie zdać sprawę, czy wysuwanie takich projektów jest wynikiem zupełnego nieorjentowania się w sprawie, w której się głos zabiera, czy też tendencją postawienia instytucji w położenie bez wyjścia.

Obniżenie składek z 6½ do 4% motywuje się zbytniem obciążeniem przemysłu daniną na ubezpieczenia społeczne. Ale przedewszystkiem: przemysł przecież musi zabezpieczyć byt i zdrowie pracowników, którzy całą swą pracę i zdrowie oddają temu przemysłowi, często w bardzo niehigjenicznych, podrywających zdrowie warunkach; robotnicy polscy pracują często lepiej, a opłacani są zwykle znacznie gorzej, niż na zachodzie. Rozchód na ubezpieczenia społeczne robotników nie jest niczem innem, jak tylko wynagrodzeniem za pracę, z tą tylko różnicą, że pieniędzy nie wydaje się bezpośrednio na ręce pracowników, lecz pośrednio przez instytucje ubezpieczeniowe, co powoduje przymusowe odkładanie oszczędności.

Prócz tego należy bardzo krytycznie zapatrywać się na przedstawiane przez przemysłowców wykazy w tej sprawie, które zazwyczaj są wyolbrzymione: do rozchodów na ubezpieczenia często zaliczają się wydatki, nic wspólnego właściwie z ubezpieczeniami nie mające, jako to dodatki na rodziny, deputaty węglowe, urlopy i bodaj nawet karbid do lampek górniczych.

Izby lekarskie, wysuwając postulat ustalenia górnej granicy do 300 złotych, wychodzą z następujących założeń:

1) Pracownicy z zarobkiem powyżej 300 zł. są to przeważnie ludzie inteligentni i o tyle zamożni, że zawsze w razie choroby mogą dać sobie radę i korzystać z odpowiedniej pomocy lekarskiej.

2) Udzielanie taniej pomocy lekarskiej ludziom zamożnym połączone jest z krzywdą dla lekarzy.

Oba założenia nie wytrzymują krytyki, ponieważ: 1) Zarobek 300 zł. i nawet wyższy często, szczególnie ludziom familijnym, nie daje zabezpieczenia bytu, zwłaszcza w razie choroby. 2) Krzywda dla lekarzy jest w danym razie taka sama, jak krzywda dla szoferów, że zamożni mają prawo jeździć tramwajami, i t. p. Gdyby interes lekarzy w danym razie był uwzględniony, to państwo powinnoby uwzględnić w podobny sposób i interesy innych zawodów.

Samobójstwa młodzieży.

Podała

Marja GRZYWO-DĄBROWSKA. (Warszawa).

Badając sprawę samobójstwa, zarówno lekarze, jak i socjologowie zajmują przeważnie stanowisko krańcowe. Gdy pierwsi widzą w niem, zbyt może często, przejaw choroby umysłowej lub wyraz zmian konstytucyjnych, socjolog przenosi, zdaje się, zbyt silnie punkt ciężkości na warunki społeczne, uważając, że każde społeczeństwo w danym czasie ma określoną skłonność do samobójstwa, której siłę czy natężenie mierzy się za pomocą stosunku ogólnej liczby śmierci samobójczych do liczby mieszkańców danego kraju. Niezależnie jednak od stanowiska, na którem staniemy, zawsze zgodzić się musimy, że w patologji społecznej samobójstwo jest jed-

www.dlibra.wum.edu.pl

nem z nabardziej trudnych do wyleczenia cierpień. „Być może — mówi prof. Lacassagne — jest to jeden ze sposobów doboru naturalnego, mający na celu wyeliminowanie ze społeczeństwa istot niezrównoważonych, często zbyt egojstycznych". I tu właśnie lekarz znajdzie z socjologiem wspólny punkt. Wiemy, że wielkie kryzysy ekonomiczne dają dlatego właśnie dużą liczbę samobójstw, że, wstrząsając ustrój społeczny, naruszają jego równowagę. Osobnik, przechodząc z jednego środowiska do drugiego, niezależnie od tego, czy będzie ono lepsze, czy też gorsze, zostaje w swej równowadze mniej lub więcej zachwiany. Gdy warunki pogorszą się raptownie, oczywiście cierpi on, a jeśli przytem równowaga danej jednostki była już poprzednio z tych lub innych przyczyn niedostatecznie stała, silny wstrząs oraz zmiana sprawiają, że czasem rozstaje się on własnowolnie z życiem. Lecz i wtedy nawet, gdy warunki z gorszych zmienią się zbyt gwałtownie na lepsze, gdy stara hierarchja społeczna zostaje zburzona, a nowa jeszcze nie jest ugruntowana, tenże sam brak równowagi społecznej wytwarza warunki, podatne do samobójstwa.

Biorąc za temat samobójstwa młodzieży, chciałabym zastanowić się nad następującemi punktami:

1. Czy liczba tych samobójstw wzrasta silniej, niż w innych okresach życia?

2. Czy dziecięce samobójstwa mają jakie specjalne cechy?

3. W jakim stopniu czynniki indywjdualne i społeczne odgrywają rolę w samobójstwach młodzieży? Co możemy powiedzieć o przyczynach tych samobójstw?

4. Jak należy walczyć z tem zjawiskiem?

Zacznę od cyfr.

Według statystyki Ministerstwa Sprawiedliwości we Francji w 1902 r. było 8716 samobóstw, w tem mężczyzn 6698, kobiet 2018, młodzieży od 16 roku 373, dzieci do lat 16 — 59.

Oto dane według dziesięcjolecj:

Rok	do 16	od 16 do 21	ogółem samobójstw	t. j. samobójstwa młodz. stan. proc
	razem	razem		
1838	20 chł. 16 dz. 4	132 chł. 80 dz. 52	2752	5,5
1849	20 chł. 13 dz. 7	122 chł. 76 dz. 46	3583	4,2
1859	chł. 16	139 chł. 94 dz. 45	3899	5,8
1869	37	168 chł.	5114	4,008
1879	61 chł. 38 dz. 23	266 chł. 187 dz. 79	6496	5,07
1889		392 chł. 242 dz. 150	8180	5,4
1899		444	8952	5,2

Według tejże samej statystyki popełniło we Francji samobójstwo w wieku do 15 lat.

	1892	1897	1898	1902
Dzieci	8 lat — 1	11 lat — 4	8 lat — 1	do lat 16 — 52
„	9 „ — 2	12 „ — 2	11 „ — 2	od 16 do 20 373
„	13 „ — 4	13 „ — 9	12 „ — 7	
„	14 „ — 33	14 „ — 24	13 „ — 3	
„	15 „ — 35	15 „ — 37	14 „ — 20	
	75	76	15 „ — 42	
			75	

W Szwajcarji, podług Strobińskiego, od 1910—1919 roku było samobójców poniżej 15 lat (od 4 do 14) 25; od 15 — 19 lat — 340, niestety, nie posiadamy danych, któreby pozwoliły orzec czy liczba ich wzrasta, czy też spada.

W Prusach (według Medizinalstatistische Nachrichten) na 100000 mieszkańców popełniło samobójstwo:

	w 1913 r.	1919 r.
w wieku 10 — 15 lat	2,1	1,2
15 — 20 „	20,3	17,0
20 — 25 „	27,2	25,2
25 — 30 „	25,2	20,9
30 — 40 „	24,1	16,4
40 — 50 „	37,3	20,2
50 — 60 „	52,4	29,5
60 — 70 „	55,4	42,3
70 — 80 „	58,7	52,9

Opierając się na powyższych danych, możemy wyciągnąć pocieszający wniosek, gdyż poprzednie statystyki, np. Baera w okresje między 1869 — 1898 rokiem, wykazywały stały przyrost samobójstw dzieci i młodzieży.

Według roczników statystycznych m. Warszawy (materjał Pogotowia Ratunkowego), czyniło próby pozbawienia się życja, wzgl. popełniło samobójstwo:

	w wieku do l. 15	od l. 15—20	ogółem:
w 1917 r.	4 chł. 4 dziew.	17 m. 38 k.	63
1918 r.	2 chł. 1 dziew.	17 m. 59 k.	79
1919 r.	1 chł.	11 m. 65	77
1920 r.	.....	8 m. 44 k.	52
1921 r.	5 chł.	10 m. 12 k.	27
1922 r.	.....	8 m. 17 k.	25
1923 r.	.....	7 m. 17 k.	24

W Rosji Sowieckiej, według Lejbowicza, na 1000 samobójstw w okresie 1920 — 1921 r. wypadało według płci: kobiet 413, mężczyzn 587, w tej liczbie dzieci:

od 6—10 l.	1
od 11—15 l.	13
od 15—20 l.	85

Na ogólną liczbę samobójstw, samobójstwa młodzieży między 11 — 20 rokiem życia wynoszą 10%. Zresztą, materjał jest zbyt szczupły, by dane statystyczne mogły mieć większe znaczenie.

Widzimy zatem, że wahania w krzywej samobójstw młodzieży są na ogół niewielkie, być może, okazuje ona nawet ostatnio jakby tendencję ku zniżeniu.

Jedną z bardziej charakterystycznych cech samobójstwa dzieci i młodzieży jest to, że w tym wieku oraz w okresje dojrzewania odbiera sobie życie większa stosunkowo liczba kobiet, niż w pozostałych okresach życia. Aczkolwjek liczba samobójstw kobiet wzrasta stale, szczególniej w wielkich miastach, stosunek samobójstw mężczyzn do kobiet jest 4 lub 3:1. Wszędzie niemal, z wyjątkiem Japonji oraz Rosji sowjeckiej, stosunek ten jest zachowany. U młodzieży w wieku dojrzewania wynosi on jednak 2:1, a nawet wykazuje jeszcze mniejszą różnicę: między 1896 r. a 1900 w departamencie Sekwany było 88 samobójstw dzieci, w tem chłopców 54, dziewcząt 34, w 1898 r., według statystyki Ministerstwa Sprawiedliwości, we Francji popełniło samobójstwo 273 chłopców, dziewcząt 204.

Havelock Ellis podaje statystyki Oglego; według których w wieku l. 10 na 100 samobójstw wśród dziewcząt wypada 133 u chłopc., w wieku l. 15 na 100 samobójstw wśród dziewcząt wypada 87 chł., w wieku l. 20 na 100 samobójczyń wypada 192 samobójców.

Brudziński daje następujące cyfry dla Warszawy: od 1882 do 1892 r. było 40 samobójców i 34 samobójczynie w wieku 10 — 20 lat., od 1892 do 1899 — 48 chłopców i 66 dziewcząt w tymże wieku.

Potwierdzałoby to spostrzeżenie tych badaczów, którzy twierdzą, że popęd do samobójstwa rozwija się, na ogół biorąc, znacznie szybciej u kobiet.

Zarówno wśród dorosłych, jak i u dzieci, zauważono, że stosunkowo najmniejszy odsetek samobójców rekrutuje się z mieszkańców wsi. Co prawda, ogromna liczba dorosłych samobójców są to wychodźcy ze wsi, którzy wyszli już z tamtejszych stosunków, a do nowych często jeszcze nie zdążyli się przystosować. U dzieci, zdaje się, wpływ warunków

www.dlibra.wum.edu.pl

wielkomiejskich nie gra tak decydującej roli, jak u dorosłych, jednak i u nich największa liczba samobójstw wypada na wielkie środowiska. Na 540 samobójstw dziecięcych oraz młodzieży w 1897 r. we Francji 109 wypadło na departament Sekwany.

Niezmiernie charakterystyczne dla samobójstw młodzieży jest znaczne ich nasilenie w okresie dojrzewania płciowego. Punkt ten poruszę nieco obszerniej, omawiając przyczyny samobójstw młodzieży.

W jakim stopniu czynniki indywidualne oraz społeczne odgrywają rolę w smutnem zjawisku samobójstwa młodzieży? Wpływ ich zdaje się nie ulegać żadnej wątpliwości, doniosłość ich znaczenia daje się stwierdzić w każdym omal poszczególnym wypadku, aczkolwiek, przerzucając punkt ciężkości na zupełnie inną płaszczyznę, pewien odłam niemieckich uczonych przyznaje tym czynnikom rolę poniekąd drugorzędną.

Gdy P r o a l w pięknym swym artykule „Les Suicides et l'éducation" mocno podkreśla doniosłość tych właśnie czynników, szkoła niemiecka twierdzi, że mogą one jedynie wytworzyć odpowiednie środowisko dla idei samobójstwa, a przyczyn tego zjawiska upatrywać należy gdzieindziej — są niemi siły, częstokroć przez osobnika nieuświadomione, one to popychają go do czynu. Zgadzając się w zasadzie na to ujęcie, pozwolę sobie podzielić je na i n d y w i d u a l n e, dotyczące tylko danej jednostki i o g ó l n e w pewnym okresie lub stale wspólne wszystkim. Gdy do tych rzeczywistych przyczyn dołączą się te lub inne powody, mogą one doprowadzić do samobójstwa.

Zacznę od warunków czy też przyczyn indywidualnych; mogą one być wewnętrzne lub też pochodzić z zewnątrz.

Dziecko wrażliwe, o usposobieniu neurastenicznem, jest już wskutek swego usposobienia jakby predysponowane do cierpienia, będącego częstokroć wynikiem nadmiernego wstrząsu układu nerwowego. Zbyt silna fala nerwowa jest często bardzo bolesna. Napięcie maksymalne układu nerwowego, na którego granicy zaczyna się cierpienie, jest zmienne w zależności od jednostki i u tej samej osoby w zależności od jej stanu. Ludzie o silnym, mało wrażliwym układzie nerwowym posiadają niższą granicę cierpienia, niż istoty przeczulone, u tych ostatnich wrażenia odbijają się na nastroju znacznie łatwiej, często drobne nawet wydarzenia stają się dla nich źródłem wielkiej przyjemności lub ogromnej przykrości. Zdawaćby się mogło, że wskutek tego wytwarza się jakby kompensata duchowa—w rzeczywistości jednak jej niema: wrażenia przykre dają więcej smutku, niż radosne — wesela, i obcowanie ze środowiskiem zewnętrznem sprawia podobnym jednostkom więcej bólu, niż szczęścia. O podobnem usposobieniu człowiek dojrzały, który już mógł opanować swoje reakcje, by uniknąć cierpień, stara się w miarę możności odosobnić się od ludzi, gdyż dają mu oni z powodu jego organizacji nerwowej więcej wrażeń ujemnych, niż dodatnich. Lecz i on nawet, gdy warunki mu na to nie pozwolą, często zmęczony szuka śmierci — wybawicielki (Mówiąc o nadwrażliwości, mam jednak na myśli ludzi psychicznie zdrowych). Dziecko o podobnem usposobieniu nie zdążyło jeszcze w sobie rozwinąć pierwiastków hamujących, nie posiada ono dostatecznej dozy krytycyzmu, by pod wpływem rozsądku opanować swe odruchy — cierpi i przeważnie szuka szybkiego wyjścia. Zresztą, muszę tu zaznaczyć że nie wszyscy badacze się z tem zgodzą, że dziecko, popełniając samobójstwo, działa pod wpływem impulsu. D u r a n d-F a r d e l twierdzi, że większość dzieci popełnia je po głębokim namyśle, że czyn ten bywa wykonany z zastanowieniem.

Mojem jednak zdaniem, nie da się pogodzić z psychologją normalnego dziecka, z jego zmiennym usposobieniem opracowanie a często i przygotowywanie zawczasu materjału, niezbędnego do przeprowadzenia zamachu.

Dalej, przychodząc na świat, przynosimy z sobą nietylko pewne usposobienie — małe dziecko jest to często mały człowiek z namiętnościami dorosłego, z tą jednak różnicą, że odczuwa ono gwałtowniej, żyje przeważnie chwilą, a ośrodki hamujące nie działają sprawnie. Już choćby te zaznaczone pobieżnie rysy dziecka mówią, jak ważną rzeczą jest tu sprawa wychowania. Wysunąć, dzięki racjonalnemu kształceniu, zarówno sfery uczuć, jak i woli, dodatnie cechy, rozwijać je harmonijnie, nie podkreślając ujemnych, które potrochu same się zatrą, jest to, być może, z istoty, prawie że przeznaczonej na życiowego kalekę, być może, kandydata na samobójcę, uczynić jednostkę szczęśliwą i pożyteczną. Zapoznając się z materjałem, dotyczącym młodocianych samobójców, widzimy, jak częstemi są wykroczenia przeciw higjenie duchowej i fizycznej, jak okropne są ich skutki.

Omal że każde dziecko pragnie miłości; czasami chce ono wyłącznie dla siebie jej przejawów, częściej jednak wystarczy mu, gdy czuje, że jest kochane niemniej od reszty rodzeństwa czy też współtowarzyszy. Życie nie zdążyło jeszcze go nauczyć, że równości niema, cierpi więc, widząc, jak pieszczą jego młodszego brata, cierpi, słysząc, że jest brzydsze od innych. Uczucie zazdrości, bodaj czy nie jedno z najwcześniej się przejawiających u dziecka, może zostać rozdmuchane i spotęgowane do granic chorobliwych. O ile się tu dołączy jeszcze wygórowana ambicja — może to razem doprowadzić do chęci położenia kresu własnemu istnieniu. B r u d z i ń s k i przytacza przykład D u r a n d-F a r d e l a, dotyczący 12 letniego chłopca, który pozbawił się życia, gdyż był nie pierwszym uczniem w swej klasie, lecz drugim. P r o a l mówi o 14-letnim chłopcu, który, nazwany niesłusznie przez matkę w chwili rozdrażnienia próżniakiem, biegnie do stajni i tam pozbawia się życia. Chorobliwa drażliwość w połączeniu z dumą, niedoceniana przez otoczenie lub też nawet potęgowana na skutek wadliwego wychowania, może również doprowadzić do samobójstwa, czego liczne przykłady spotykamy w literaturze.

Jeśli racjonalne wychowanie zawsze jest potrzebne, w stosunku do podobnych dzieci jest ono wprost niezbędnem. Tutaj zarówno zbytnia surowość, jak i pobłażliwość, a także brak jednolitego kierunku w wychowaniu mogą doprowadzić do bardzo ponurych wyników. U drażliwego i ambitnego dziecka brutalna kara, a nawet lęk przed nią, może doprowadzić do samobójstwa. K o p c z y ń s k i w swych „szkicach higjeniczno-wychowawczych", omawiając zjawisko nerwowości, przytacza przykład chłopca, który, uderzony przez ojca w twarz w obecności służby, w chwilę potem pozbawił się życia.

Jaką rolę odgrywa szkoła w zjawisku samobójstwa młodzieży? Na pytanie to trudno jest odpowiedzieć w sposób wyczerpujący. G e r h a r d utrzymuje, że samobójstwo wśród uczniów zdarza się na ogół rzadziej, niż w innych środowiskach młodzieży, że znacznie częstsze jest ono np. wśród czeladników. Wł. S t e r l i n g zaznacza natomiast, że w Prusach „stosunki szkolne zajmują pomiędzy przyczynami samobójstwa pierwsze miejsce", i stanowią one 38,2% ogólnych przyczyn samobójstwa. Zdaniem F r e u d a, wina szkoły polega na tem, że nie potrafi ona natchnąć młodzieży chęcią do życia, że nie daje ona oparcia i pomocy moralnej dziecku w tym okresie, gdy węzły rodzinne oraz łączność z domem z powodu zmiany warunków ulegają rozluźnieniu, jednem słowem, udział szkoły polega na tem, że nie zastępuje ona dziecku rodziny i że nie budzi w niem w dostatecznej mierze zainteresowania. K o p c z y ń s k i uważa, że „winną bywa szkoła, która, nie uwzględniając przyczyn nieprzygotowania dziecka, zbywa je krótko niską oceną, winien też bywa i dom rodzicielski, który dobry stopień stawia dziecku, jako drogowskaz i cel w jego dążeniach do karjery materjalnej, podsyca w niem ambicję, budzi zazdrość o wyższe stopnie u kolegów". E u l e n b u r g oraz inni zgadzają się, że współwinowajcami są zarówno dom, jak i szkoła.

Według D u p r a c a nadewszystko przemysł daje duży odsetek samobójstw młodzieży, pozostawionej często samej sobie, bez należytej opieki. Gdy na 100000 mieszkańców przypadają naogół we Francji 3 samobójstwa młodzieży, w Paryżu — 7, w Lille — 6, w Rouen — 11. Nikt chyba jednak nie zaprzeczy, że praca szkolna dzieci, często niedostatecznie zdolnych, lecz ambitnych lub też zmuszanych przez rodziców do nadmiernych wysiłków, szczególniej w razie niepowodzenia, w połączeniu z napięciem nerwowem, np. w czasie egzaminów, nie może nie okazać swego wpływu na istniejącą już skłonność do samobójstwa, chociaż rola szkoły jest tu dodatkowa.

Czy dziedziczność gra rolę w wypadkach młodocianych samobójców, których rodzice kończyli w ten właśnie sposób? Aczkolwiek znane są liczne podobne przykłady, uważam, że przypadki te należy objaśniać nie dziedziczno-

www.dlibra.wum.edu.pl

ścią idei samobójstwa, lecz skłonnością psychopatyczną oraz suggestją i naśladownictwem. Że tak jest w istocie, dowodzą liczne przykłady. Przytoczę tu cytowany przez Proala przypadek, dotyczący młodej dziewczyny, która wie, że jej ojciec odebrał sobie życie i jest wprost opanowana całkowicie przez myśl, że i ją taki koniec czeka prędzej, czy później; zrozpaczona matka wyznaje jej w końcu, że ten, kogo uważała za ojca, nie był nim w rzeczywistości. Od tej chwili dziewczyna została uleczona.

Przytoczę jeszcze jeden przykład, cytowany również przez Proala, dowodzący, że właśnie suggestja gra tu rolę: 14 letni chłopiec potrafił ojca swego odwieść od myśli o samobójstwie, myśl ta jednak, podświadomie najprawdopodobniej go nurtowała i w jakiś czas potem sam on pozbawił się życia. Zresztą znaną jest rzeczą, że w pewnych warunkach myśl o samobójstwie dość łatwo się narzuci: wiadomość o samobójstwie bliskich, często ukochanych osób (Redlich), wywołuje w umyśle jakby rezonans — wrażenie czeka w podświadomości chwili odpowiedniej.

Według Gauppa ostateczną pobudką do samobójstwa bywa często wiadomość o popełnieniu samobójstwa przez kogoś bliskiego, lub nawet tylko znajomego.

Wszak nawet i u dorosłych, życiowo bardziej uzbrojonych, często się daje stwierdzić zaraźliwość przykładu. Cytuję za Durkheimem 15 inwalidów, którzy w 1772 r. odbierali sobie kolejno życie, wieszając się w jednym i tym samym korytarzu na jednym i tym samym haku. Gdy ostatecznie hak został usunięty, samobójstwa ustały.

W wieku zaś młodzieńczym, w wieku pragnień niezrozumiałych, tęsknot i uniesień przykład większą jeszcze odgrywa rolę: widowiska teatralne, kina, wiadomości o samobójstwach — wszystko to może w pewnych warunkach mieć bardzo duże znaczenie. Jednak muszę zaznaczyć, że według niektórych badaczy pewne konstytucje specjalne, właściwe pewnym rodzinom, mogą przekazywać się dziedzicznie i pod wpływem pewnych przyczyn decydujących dać te same następstwa — samobójstwo.

Co się tyczy przyczyn ogólnych, popychających młodzież do popełnienia samobójstwa, często zbyt może silnie podkreśla się związek między życiem płciowem a samobójstwem. Związek ten istnieje rzeczywiście: ogromny wzrost samobójstw właśnie w okresie dojrzenja, gdy się już nawet spotyka nierzadko i podwójne samobójstwo na tle erotycznem, stwierdzanie u samobójców chorób wenerycznych, homoseksualizmu, a u kobiet — częste zamachy samobójcze w czasie menstruacji, ciąży i karmienia — wszystko to przemawiałoby za tym związkiem. Jednak tłomaczenie, jak tego chce Scholz „niezrozumiałych" samobójstw właśnie momentem płciowym, jest zbyt daleko idące. Również nie mogę się zgodzić na stanowisko niektórych wiedeńskich psychoanalityków, którzy uważali, że samobójstwo młodzieży jest sprawą omal że wyłącznie seksualną, że skłonność do pozbawienia się życia jest często rodzajem fobji, powstałej na tle przytłumienia onanji, oraz wynikiem lęku przed jej następstwami. Wypowiadano pogląd, że samobójstwo młodzieży jest wynikiem homoseksualistycznych skłonności dzieci w stosunku do wychowawców, twierdzono, że samobójstwo jest czynnością zastępczą onanji, czego dowodem ma być (Stekel) wyrażenie „Hand auf sich zu legen" oraz, że samobójstwo jest ostatnim aktem onanisty. Freud uważa, że lęk przed szkołą, a więc przed egzaminem, przed cenzurą, jest nie czem innem, niż „Sexual—angst", i że ten lęk seksualny właśnie jest przyczyną samobójstw młodzieży. Zdaniem tego autora przeniesienie następstwa lęku ze strony seksualnej na szkołę jest tem łatwiejsze, że ta ostatnia jest jednym z objektów najbliżej ucznia stojących, oraz, że może się łatwo wytworzyć połączenie wyobrażeń w związku z zadawanemi lekcjami. Marcuse uważa, że istnieje bezspornie związek między samobójstwem młodzieży, okresem dojrzewania oraz onanizmem, który wytwarza podłoże dla wstrząsów duchowych. Stan lękowy może wystąpić nietylko u istot, które się oddają onanizmowi, lecz i u tych, które już go poniechały i są przekonane, że doń nie wrócą. Zresztą, u typów psychopatycznych sam onanizm bywa czasem przejawem jakiegoś nieuzasadnionego lęku, który może przejść w nerwicę lękową.

Aczkolwiek rozmaite statystyki, np. Eulenburga, obejmujące 320 samobójstw młodzieży, dowodzą, że ogromna ich liczba ma podkład erotyczny, poprzednio przytoczone zapatrywania są zbyt krańcowe. Bliższym rzeczywistości wydaje się pogląd Hellera, że u jednostek, stojących pod względem etycznym wysoko, zbyt silny wybuch popędu płciowego, uważanego przez danego osobnika za coś niższego, brudnego, może doprowadzić do wstrętu do życia, niechęci do samego siebie i do samobójstwa. Co się zaś tyczy okresu dojrzewania, wyłaniają się wtedy nowe i nieznane uczucia, wytwarzają się pytania oraz wątpliwości, na które osobnik nie znajduje odpowiedzi. Dla jednego okres ten przechodzi łatwo, dla drugiego trudniej, trzeciego niszczy konflikt, zachodzący w nim samym z powodu najrozmaitszych uczuć, które nim szarpią: żądzy i wstydu, wstrętu i zmysłowości, niepokoju religijnego i coraz silniej wzbierającej żądzy. Są to siły potężne, które, gdy do nich się przyłączą skądinąd nieznaczne zewnętrzne przyczyny, mogą doprowadzić do samobójstwa.

Zewnętrzne przyczyny, a właściwie powody samobójstwa były również wielokrotnie badane. Eulenburg, Siegert, Beyer i inni doszli do wniosku na swych materjałach, że lęk przed karą gra największą rolę, bo stanowią około 50%, pozatem troski i zmartwienia, złe obchodzenie się w domu, urażona miłość własna i t. d.

Francuzi mniej krańcowo pojmują moment seksualny w smutnej statystyce samobójstw młodzieży: Duprac zaznacza wprawdzie, że u natur namiętnych, gwałtownych, jedną z przyczyn samobójstwa bywa miłość i podkreśla, że instynkt płciowy przejawia się niekiedy pod postacią popędu czy natręctwa, co w pewnych wypadkah, a mianowicie u istot, skłonnych do samobójstwa, może być fatalne. Audiffrant z Marsylji (Le suicide, Archives d'anthropologie criminelle), wypowiada pogląd, że z przyczyn osobistych najczęściej urażona ambicja popycha do popełnienia samobójstwa, znacznie zaś rzadziej — miłość rodzicielska lub instynkt płciowy—ogranicza on zatem tem samem rolę strony seksualnej wśród przyczyn samobójstw.

Z przyczyn głębszych, wywołanych po części tylko zewnętrznemi warunkami, muszę nadmienić stan nudy oraz zwątpienia. O ile dokonanie każdej nienadmiernej pracy wytwarza stan zadowolenia, brakowi absolutnemu tej pracy, brakowi zainteresowania przejawami życiowemi towarzyszy zawsze stan depresji, mogący doprowadzić do samobójstwa.

Czy jest jaka specjalna sylwetka psychiczna samobójcy wogóle, a dziecięcego w szczególności? Tylu badaczy sprawą tą się zajmowało, i w większości przypadków wyniki ich badań pozostały niezgodne.

Gdy Grasset wypowiedział zdanie, że każdy człowiek choćby w myśli popełnił niejednokrotnie samobójstwo, gdy socjologowie twierdzą, że przy określonych warunkach społeczno-ekonomicznych każda jednostka mogłaby przerwać dowolnie pasmo swego życia, gdy ostatnio badacz samobójstw w Rosji sowieckiej, Lejbowicz, uznał, że samobójstwo dzieci jest uwarunkowane surową dyscypliną, a nawet uciskiem domu i szkoły, Horstman, Gaupp, Eulenburg, Brosch, Redlich, Starobiński, Helena Stelzner, nie mówiąc już o Esquirolu i Falret, uważają samobójców w ogromnej większości przypadków za istoty nienormalne. O ile będziemy stali na stanowisku, że człowiek normalny zawsze jest gotów do walki z życiem, że zawsze jest w stanie stawiać opór przeciwnościom losu, wówczas możemy powiedzieć, że ten, kto jest pozbawiony jednego z najpotężniejszych instynktów — instynktu samozachowania, że ten, kto posiada w bardzo zmniejszonym stopniu zdolność sprzeciwiania się losowi i chwytania życia za bary, jest nienormalny. Lecz instynktu tego nie posiadają często jednostki szlachetne, pod żadnym względem nie stojące niżej od przeciętnych, przeciwnie, pod wielu względami przewyższające o głowę swe społeczeństwo. A jeśli nawet ich samobójstwo nie jest wywołane czysto altruistycznemi względami, może ono jednak być czy to wyrównaniem życiowego ich bilansu, czy też wynikiem rozumowania, nie posiadającego cech chorobliwych.

Co się tyczy psyche dziecka — samobójcy, była ona wielokrotnie analizowana. Starobiński dla Szwajcarji,

www.dlibra.wum.edu.pl

na podstawie materjału, obejmującego 25 dzieci — samobójców od 5 — 14 lat i 340 od 15 — 19 lat, doszedł do wniosku, że najczęstszą przyczyną samobójstw młodzieży jest hebefrenja oraz stany depresji okresu dojrzewania, wywołane trudnością, a raczej niemożliwością ustosunkowania swych potrzeb życiowych.

Redlich opracował 61 przypadków samobójstw dziecięcych, z których śmiercią skończyło się 17: 10 chłopców i 7 dziewcząt. 40 młodocianych samobójców miało poniżej 14 r., 21 — do 16 lat. Dzieci odratowane młodsze kierowane do Związku im. Pestalozziego lub do lecznicy pedagogicznej oddziału Piqueta, starsze — na klinikę psychjatryczną. Z wywiadów, zebranych o tych dzieciach, Redlich stwierdza, że, aczkolwiek one uczęszczały do szkoły, na ogół jednak korzystały w niej mało, nietyle z powodu braku właściwych zdolności, ile ze względu na roztargnienie, nieuwagę oraz brak systematyczności w pracy. Zaznaczę też, że Eulenburg uważa, iż przynajmniej 25% dzieci — samobójców są to typy mniej zdolne od przeciętnych, a nawet umysłowo upośledzone.

U dzieci samobójców stwierdzał on często przedwczesną dojrzałość duchową — tak, np. dziecko 5½ letnie mówi o swych rodzicach: oni nie byli małżeństwem, stale się z sobą kłócili, ojciec miał inną; pił dużo i pijany wracał do domu.

Przyjemności tych dzieci również często nie odpowiadały ich wiekowi: za kradzione pieniądze dziecko kilkunastoletnie skupuje najrozmaitszą broń i spędza czas, strzelając do celu, co się tyczy książek — stwierdza się specjalne zamiłowanie do literatury sensacyjnej i kryminalnej, widowiska o podobnym charakterze posiadają dla tych dzieci także wielki urok, widziane czy też słyszane sceny we wrażliwych i mało odpornych ich umysłach pragną w czyn się przetworzyć.

Charakter młodocianego samobójcy często przedstawia cechy specjalne, jak: brak równowagi, zmienność nastroju, drażliwość oraz przeczulenie, obserwuje się napady szału, po których następuje silna depresja. Zdaniem Hubnera, około 90% młodocianych samobójców ma usposobienie skłonne do depresji. Redlich jednak u obserwowanych przez siebie młodocianych samobójców stwierdził na ogół nastrój wesoły, towarzyski. Pod względem moralnym Eulenburg i Redlich doszli do wniosku, że naogół wziąwszy, młodzież ta odznacza się mniejszą wartością etyczną, w związku z tem u starszej młodzieży często sprzeniewierzenie czy też kradzież bywa ostatecznym powodem samobójstwa.

Dzieci te — według materjału Redlicha — cechuje zamiłowanie do intryg, złośliwość, skłonność do kłamstwa oraz kradzieży, a także do włóczęgostwa oraz padpalania. W połączeniu ze wstrętem do pracy cechy te wytwarzają nieraz typy prostytutek i podpalaczy.

Przejdziemy teraz do sposobów, jakiemi młodociani samobójcy próbowali rozstać się z życiem: Najczęstszy z nich był według Redlicha:

skok z okna	19 przyp.	7 chł.	12 dziew.	(koło 30%)
„ do wody	9 „	5 „	4 „	„ 15%
ostrzał	7 „	4 „	3 „	„ 10%
otrucie	11 „	4 „	7 „	„ 18%
powieszenie	8 „	8 „	— „	„ 12%

Pozatem pojedyńcze przypadki: rzucenie się pod tramwaj, pod koła parowozu, poderznięcie sobie gardła i t. d.

Według Bartla w okresie 1893 — 1912 r., odebrało sobie życie w wieku od 15 — 20 lat przez:

strzał	12 chłopców	1 dziewczynka
powieszenie	12 „	3 dziewczynki
otrucie się	3 „	9 dziewczynek

W Warszawie według statystyki Pogotowia Ratunkowego w 1917 r., popełniło zamachy samobójcze w wieku: do lat 15 — chłopców 4, dziew. 4, od 15 — 20 l. — 17 mężcz., 38 kob.
Najczęściej stwierdzano zażycie trucizny: 12 m. oraz 34 k.

pozatem	runięcie z wysokości	4 m.	7 k.
	postrzał	4 m.	— k.
	utopienie	2 m.	— k.
	rzucenie się pod pociąg	— m.	1 k.
	Razem . . .	21 m. i 42 k.	ogół. 63

Dążąc z pomocą psychjatrom, anatomo-patologowie zaczęli w ciągu ostatnich dwuch, a nawet trzech dziesiątków lat badać dokładnie zwłoki samobójców, zarówno mózg, jak i inne narządy. Są z tego zakresu prace Bartla, Broscha, Miłosławicza, Ollendorfa, Siengalewicza, Pfeiffera i innych. Naogół dochodzą oni do wniosku, że u samobójców często bardzo spotyka się stan grasiczo-chłonny, że szczególniej często stwierdzić to się daje u młodocianych samobójców.

Pfeiffer na materjale, obejmującym 595 samobójców, zbadanych w okresie 1893 — 1912 r., znalazł 35 przypadków w wieku od 15 —20 lat. Zbadawszy szczegółowo nietylko mózg, lecz i inne narządy, doszedł on do następujących wniosków: zwłoki 37% młodocianych samobójców nie przedstawiały żadnych zmian widocznych (procent ten podaje on jednak z rezerwą). Tenże sam odsetek 37 — przedstawia zmiany w układzie nerwowym ośrodk., a mianowicie:

Przewlekłe zapalenie opon miękkich	8
„ „ opony twardej	3
wodogłowie przewlekłe	1
zanik rogów tylnych rdzenia	1
Dalej idą zmiany konstytucyjne:	
Stan grasiczy wzgl. grasiczo-chłonny	14
wrodzone zwężenie tętnicy głównej	6
kryptorchja	8
inne wady rozwojowe	8

Tak więc na pierwsze miejsce wysuwają się zmiany w układzie nerwowym ośrodkowym, następnie zmiany konstytucyjne: powiększenie grasicy i zwężenie tętnicy głównej, które zdaniem Broscha, Miłosławicza i Bartla stanowią pod względem anatomo-patologicznym czysty typ młodzieńczych samobójców. Wogóle zaś u 63% młodocianych samobójców znaleziono wyraźne zmiany organiczne. Na tej też podstawie przytoczeni powyżej badacze uznają, że w zjawisku samobójstwa młodzieży ma się do czynienia z osobnikami o wadliwej konstytucji, często obciążonymi, a niejednokrotnie przedstawiającymi obie te zmiany.

Ollendorf na podstawie wyników sekcyjnych, badanych przez siebie 362 zwłok samobójców, doszedł do wniosku, że 43,92% samobójców przedstawia zmiany, które upoważniają do przypuszczenia, że ich zdolności psychiczne były upośledzone.

Nie zdaje mi się jednak, by wadliwej konstytucji można było w danej sprawie przypisać tak wielkie znaczenie; często się zdarza stwierdzić tego rodzaju zmiany na stole sekcyjnym u osób, które zmarły czy to śmiercią naturalną, czy też wypadkową, a nie z powodu zamachu samobójczego.

To też, o ile nawet weźmiemy pod uwagę powyżej wymienione zmiany konstytucyjne, nasuwa się pytanie: dlaczego tylko pewne jednostki z wielkiej liczby obarczonych wadliwą konstytucją popełniają samobójstwo? Być może, że samobójstwo jest sumą dwuch składników, dla istot zdrowych nie mających prawie znaczenia: 1) pierwszym z nich byłaby przyczyna rzeczywista czy też rzekoma, która może również wyniknąć naskutek omamów, co ma np. miejsce u chorych umysłowo. 2) Drugim składnikiem byłyby zmiany chorobowe organizmu, na który ta przyczyna oddziaływa. Organizm może ulec schorzeniu naskutek rozmaitych czynników: zatrucia, choroby zakaźne, alkoholizm jednostki lub jej rodziców i t. d. Samobójstwo byłoby wtedy odruchem na podrażnienie, odruchem istoty słabej, niezdolnej do walki z przeciwnościami, a tem samem do roli czynnej w społeczeństwie. To też, wychodząc z tego ostatniego założenia, Lombrozo uważa, że nie należy przeciwdziałać temu zjawisku, gdyż za jego pomocą społeczeństwo pozbywa się istot nieprzydatnych, a nawet obciążających społeczeństwo. Pogląd ten, acz wychodzi z założenia dobra ogólnego, jest jednak aspołeczny. Walka z samobójstwem, to walka z tem wszystkiem, co je wywołuje, a więc: z ciemnotą, pijaństwem, egoizmem rodzicielskim,

www.dlibra.wum.edu.pl

wadliwym systemem nauczania i t. d. Sięgając do podstaw, konieczna jest poprawa warunków ekonomicznych i społecznych szerokich mas, podniesienie ich pod względem kulturalnym i etycznym, najpotężniejszą jednak bronią będzie racjonalne wychowanie młodzieży, wychowanie, dążące do harmonijnego rozwoju ducha i ciała. Choć wiele postulatów, niezbędnych do tej walki, jest trudnych do osiągnięcia, droga, którą należy dążyć, jest jasna. Zresztą, warunki materjalne nie odgrywają tu najważniejszej roli. Zdaniem wybitnych socjologów, nie w trudnościach życia tkwi przyczyna samobójstwa, nie jest ona wywołana wzmożoną walką o byt: statystyki dowodzą, że najrzadziej pozbawiają się życia nędzarze; ich ubóstwo jest poniekąd hamulcem, przeszkadzającym ich potrzebom rozrosnąć się nadmiernie. Ważniejszą, być może, w zjawisku tem odgrywa rolę zatrata poczucia, dokąd sięgają granice uprawnionych potrzeb do życia, brak w niem celu, brak głębszej idei, utrata wiary w życie za grobem oraz osłabienie więzów rodzinnych lub też innych więzów, łączących jednostkę ze społeczeństwem. Łatwiej wszak rozstać się z życiem, gdy duszę opanuje przesyt, nuda lub pustka, gdy ze społeczeństwem otaczającem nic już nie łączy. To też w wychowaniu młodzieży jest rzeczą niezbędną bardzo poważnie uwzględniać konieczność pozostawania w ścisłym związku duchowym ze środowiskiem otaczającem, rozwijać w dziecku wielki krąg zainteresowań i dążności do wspólnych celów, a równocześnie dbać, by wszelkie etapy jego rozwoju, a w szczególności okres dojrzewania, były otoczone odpowiednią opieką.

Nie mogę jednak posuwać optymizmu za daleko: wypowiedzieć walkę tej klęsce społecznej — to walczyć z nędzą, ciemnotą, egoizmem, wyzyskiem, a także ze zwyrodnieniem, którego jednym z wyrazów może być osłabienie instynktu samozachowawczego.

Tracąc jednostki zwyrodniałe, acz nieraz stojące pod pewnemi względami bardzo wysoko, społeczeństwo na ogół nie ponosi wielkiej straty. Smutniejsze niepomiernie jest to, że istoty naogół zdrowe, lecz nieprzygotowane do walki z życiem, w chwili afektu, pod wpływem zbyt bolesnego lub brutalnego z niem zetknięcia, nie znajdując w sobie siły do zwalczenia wstrętu czy lęku przed życiem, odchodzą własnowolnie przed czasem.

Myślę, że wiele z nich, gdyby mogły znaleźć w swem otoczeniu zrozumienie i odczucie w chwilach zawodu lub rozpaczy, gdyby przetrwały ten okres duchowej niestałej równowagi, zanim hart serca ich opancerzy, uniknęłyby przedwczesnej śmierci. Wszak normalna młodość ma tyle pędu „nad poziomy", tyle niepohamowanej, żywiołowej siły, która, szukając ujścia, częstokroć, własne szarpie łożysko, tyle zarazem ufności i pogody, i ma ona nakoniec „dni żalu krótkie, szczęścia — długie" oraz smutki zaprawne rozkoszą. To też, o ile wątła roślinka ludzka przetrwa gwałtowne nieraz burze wiosenne, rozwinąć się ona może bujniej i wspanialej, niż całe rzesze tych, co bez wstrząsów i szarpań spokojnie w pełnię życia wstąpili.

PIŚMIENNICTWO.

Brudziński. Samobójstwo dzieci. Przegląd Pedagogiczny 1903 r. Chmielewski. Samobójstwo ze stanowiska psychopatologji i med. społ. Nowiny Lekarskie 1922. St Kopczyński. Szkice Higjeniczno-wychowawcze 1910 r. Wł. Sterling. O samobójstwie wśród dzieci i młodzieży szkolnej (odczyt, wygł. w 1908 r. w sali Techników). Audiffrent. Du Suicide. (Arch. d'Antropol. Crim. 1902). Arnauld. Contribution à l'étude du suicide dans l'armée (Arch. d'antrop. crimin. 1893). Durkheim. Le suicide. Etude de sociologie. Paris. Matignon. Le suicide en Chine (Arch. d'antrop. crim. 1897). Tarnowski. Le suicide et la criminalité au Japon (Arch. d'anthrop. crim. 1907). Lacassagne. Les suicides à Lyon. Arch. d'anthr. crim. 1897). Proal L. Education et suicide d'enfants. (Arch. d'anthr. crim. 1905). De Fleury L'angoisse humaine. Paris. Les éditions de France Bartel J. Uber Obductionsbefunde bei Selbstmordfällen (Deutsch. Zeitsch. für die ges. gericht. Méd. 1922). Gaupp. Klinische Untersuchungen über Ursachen u. Motive des Selbstmordes. Vierteljahrschrift II Tag. der deutsch. Gesellschaft fur gerichtl. Med. Supplem. I. Berlin 1907). Medizinalstatistische Nachrichten. 10 Jahrgang III Heft. 1922. Morselli. Der Selbstmörder, Lejpzig 1881. Placzek. Selbstmordverdacht und Selbstmordverhütung. Leipzig, 1915. Pfeiffer. Ueber den Selbstmord (Eine pathol. anatom. u. ger. med. St. Jena 1912). Redlich u. Lazar Ueber kindliche Selbstmörder, Berlin 1912. Weichbrodt. Der Selbstmord 1923, Berlin. Szittya E. Selbstmörder (Beitrag zur Kulturgeschuchte, Lejpzig 1925). Havellock Ellis. Mann und Weib. Duprat. La criminalité dans l'adolescence. Paris 1909. Ueber den Selbstmord, insbesondere den Schüler — Selbstmord. Beiträge von Dr. Adler, Professor Freud, Dr. Friedjony etc. Diskussionen des Wiener psychoanalytischen Vereins, Wiesbaden 1910. J. Lejbowicz. 1000 sowriemiennych samoubijstw. Moskwa 1923. Markuse. Handwörterbuch der Sexualwissenschaft, 1925 r.

Wykłady kliniczne.

O nerwicach zwrotnych pochodzenia nosowego*).

Podał
Rafał SPIRA (Kraków).

Nierzadkie są w praktyce lekarskiej błędy, popełniane przez lekarzy, rozpoczynających i leczących stany chorobowe, jako choroby samodzielne, podczas gdy w rzeczywistości stanowią one tylko odruchy nerwowe, wywołane drogą zwrotną przez zmiany chorobowe, zachodzące w innym mniej lub więcej oddalonym narządzie ustroju. Przez zapoznanie lub nieuwzględnienie tego związku i punktu wyjścia objawu chorobowego leczenie musi zostać bezskutecznem, chorzy zaś są narażeni na długoletnie mniej lub więcej dotkliwe cierpienia i zgubne następstwa. Należy tedy znać: 1) narządy, których schorzenie lub podrażnienia najczęściej i najłatwiej bywają przyczyną nerwic odruchowych w innych miejscach ustroju i 2) te objawy nerwowe, które wyzwolone zostają często na drodze odruchowej.

Jako narządy, które często bywają punktem wyjścia dla odruchów nerwowych, znamy górne drogi oddechowe, narząd słuchowy, przewód pokarmowy (drgawki dziecięce przy helminthiasis i innych chorobach kiszek), dalej części płciowe, zwłaszcza kobiece, szczególnie macica, jajniki.

Nie należy zapominać o odruchach normalnych, które nieraz trudno odróżnić od chorobowych, które mają na celu wydalenie np. obcego ciała z obrębu podrażnionego i niedopuszczenie go do głębszych dróg oddechowych.

Bardzo liczne i różnorodne są objawy nerwowe, wywołane przez rozmaite cierpienia nosa i jam ocznych szczególnie takie, które powodują zwężenie ja-

*) Wedł. odczytu, wygłoszonego w Tow. Lek. Krakowskiem w r. 1925.

www.dlibra.wum.edu.pl

my nosowej. Wymienić należy różne nerwobóle, przeważnie w obrębie n. trójdzielnego, jak bóle głowy, oka, ucha, zębów, serca, dalej kaszel, duszność, kurcz głośni, zboczenia w czynności serca: **angina pectoris, tachycardia,** upośledzenia w narządzie wzrokowym, jak zwężenie pola widzenia, światłowstręt, ślepota odruchowa, bóle oczu, mroczki, przekrwienie spojówki, wady akomodacyjne, ogólne stany nerwowe, jak histerja, melancholja, neurastenja, padaczka, choroba Basedowa, zawrót głowy i t. p.

Na szczególną uwagę zasługuje stosunek między nosem a układem płciowym kobiet, na co pierwszy zwrócił uwagę Mackenzie i później Fliess. Wzajemną zależność bólów miesiączkowych i wzmożonej pobudliwości nosa, jakoteż znikanie pierwszych po czasowem lub trwałem znieczuleniu odnośnych miejsc w nosie stwierdzono niejednokrotnie (Ephraim, Schiff, Heiffli in.). Fliess podaje także, że w wielu przypadkach udało mu się przez znieczulenie punktów płciowych nosa usunąć część czuciową bólów porodowych.

Kuttner i inni przeczą wprawdzie pewnym twierdzeniom Fliessa, wszyscy jednak przyznają możliwość dodatniego wpływu znieczulenia błony śluzowej nosa na bóle miesiączkowe (**dysmennorrhoea nasalis**). Kuttner osiągnął złagodzenie bólów brzucha i krzyża przez pendzlowanie nosa nietylko kokainą, ale także mentolem, eukainą, a nawet wodą. Zaprzecza on typowej regularności tego objawu, przyznaje jednak, że może on wystąpić wyjątkowo, jednak nie jako objaw fizjologiczny, lecz patologiczny.

Znane jest także zastępcze krwawienie miesiączkowe nosa. Nos wogóle usposobiony jest do krwawień neurotycznych z powodu obfitego unaczynienia błony śluzowej i ciałek prężnych. Niektóre miejsca przegrody reagują łatwo krwawieniem na wahania w układzie naczynioruchowym.

Za zależnością krwawienia nosowego od stanu narządów rodnych przemawiają zastępcze krwawienia nosowe, występujące regularnie podczas miesiączki i ustające podczas ciąży, krwawienie nosa przy samogwałcie i podobne spostrzeżenia.

Lindner spostrzegł skurcz i przekrwienie macicy przy podrażnieniu pewnych miejsc w nosie w narkozie podczas laparotomji. Obermaier widział u 24-letniej panny krwawienia nosowe regularnie występujące co miesiąc od 15 roku życia, które ustały po zajściu w ciążę, żeby w 6 tygodni po rozwiązaniu znowu regularnie się powtarzać.

Na tłómaczenie tego zjawiska przytacza Schickele fakt, że wyciąg z jajników, wstrzyknięty zwierzętom, działa rozszerzająco na naczynia krwionośne. Zdaniem jego, wytwory wydzielnicze jajników dostają się nawet w małej ilości do ogólnego krwiobiegu i wywołują zmiany w błonie śluzowej macicy, działając na układ współczulny, t. j. na nerwy naczynioruchowe. W przypadkach odpowiedniej skłonności, szczególnie przy istnieniu stosunków odruchowych między nosem a układem płciowym, może łatwo przyjść do tak zwanej zastępczej miesiączki nosowej.

Oprócz tego postrzegano różne zmiany, występujące w nosie podczas miesiączki, ciąży lub porodu, jak pogorszenie przewlekłych chorób w nosie n. p. ozeny, w której podczas miesiączki woń staje się silniejszą, wydzielina obfitszą, dalej różne nerwice odruchowe, jak kichanie, obrzęki i rumień na skórze nosa. Tak zw. „**Erysipèle cataméniale**“ pojawia się jako zaczerwienienie i nabrzmienie końca nosa, prawdopobnie również, jako nerwica odruchowa naczynioruchowa, pochodząca z narządów płciowych.

Meyer znalazł na 80 kobiet, badanych przez niego podczas ciąży lub porodu, u 70-ciu zmiany w nosie, jak przekrwienie błony śluzowej, przerosty muszel i skłonność do silniejszych krwawień. Są ludzie, u których każde podrażnienie płciowe wywołuje kichanie, zatkanie nosa lub t. zw. katar nerwowy.

Elsberg widział spóźnienie rozwoju płciowego pod wpływem chorób nosowych.

Freud opisuje **vomitus gravidarum,** który zniknął po przyżeganiu galwanokaustycznem dolnych przerosłych muszel nosa.

Koblankowi udało się umożliwić ciążę przez leczenie nosa u kobiet, u których przedtem notowano niepłodność.

U młodych królików i psów, którym za młodu wyłuszczał dolną muszlę nosową, i które potem zresztą dobrze się rozwinęły, pokazało się później, po osiągnięciu dojrzałości płciowej, że narządy ich płciowe mało były rozwinięte, szczególnie macica, jajniki, pochwa były mniej unaczynione i rozwinięte, w stanie hypoplastycznym.

Oppenheim wyleczył w kilku przypadkach **amennorrheam** przez usunięcie istniejącego zatkania nosa i jest skłonny uważać brak miesiączki w tych przypadkach za nerwicę zwrotną naczynioruchową nosowego pochodzenia.

Nauka Hacka o zależności różnych chorób ustroju, jako objawów odruchowych, od zmian w nosie była przez jakiś czas dominującą w nauce medycyny. Jednakże fanatyzm i fantazja wkrótce owładnęły sprawę i przez przesadę dużo jej szkodziły. Prawie każdą chorobę uważano za odruch nerwowy i chciano ją leczyć zabiegami w nosie.

B. Fraenkel pierwszy wystąpił z twierdzeniem, że teorja Hacka zawiera dużo przesady. Zdrowa krytyka i dokładne spostrzeżenia zredukowały znaczenie tej teorji do stosowniejszych rozmiarów.

Wszystkie nerwice zwrotne nosa można podzielić według Jurasza na 3 grupy, a mianowicie: odruchy nosowe: 1) mające punkt wyjścia w nosie i występujące również, w nosie jak: **rhinitis vasomotorica,** gorączka sienna, nastrzyknięcie ciał prężnych nosa i t. p.

2) pochodzące od innego narządu i występujące w nosie, np. obrzęki i rumień na skórze nosa, kichanie, krwawienie nosowe, wywołane podrażnieniem przewodu płciowego, kichanie kurczowe po nagłem ochłodzeniu zgrzanego ciała,

3) liczne i różnorodne odruchy nerwowe, zjawiające się w różnych narządach ustroju, wywołane podrażnieniem czuciowem pewnych miejsc nosa.

Mechanizm tych odruchów i sposób, w jaki przychodzą one do skutku, są nam po części znane i dają się tłómaczyć. Nerwy czuciowe nosa pochodzą od nerwu trójdzielnego. Od pierwszej gałęzi tego nerwu odchodzi **n. naso-ciliaris,** od którego odgałęzia się n. sitowy, który dostaje się przez blaszkę sitową do jamy nosowej, gdzie zaopatruje błonę śluzową przegro-

www.dlibra.wum.edu.pl

dy nosowej, zewnętrznej ściany jamy nosowej i skórę zewnętrzną nosa. Resztę błony śluzowej nosa zaopatrują **nn. nasales posteriores,** przechodzące przez **ganglion sphenopalatinum** i pochodzące od II gałęzi n. trójdzielnego, i **nn. dentales,** pochodzące od III gałęzi tego nerwu i zaopatrujące dno jamy nosowej i jamę szczękową. Wspomnieć jeszcze wypada, że od pierwszej gałęzi n. trójdzielnego odchodzi **ramus recurrens Arnoldi** do opony twardej mózgowej.

Otóż odruch normalny z nosa przychodzi do skutku w ten sposób, że podrażnienie zakończeń nerwowych n. trójdzielnego lub węchowego przenosi się na inną gałązkę tego samego nerwu albo drogą nn. dośrodkowych do ośrodka nerwowego i stąd drogą nn. odśrodkowych do narządów obwodowych. Jeżeli np. przy podrażnieniu pewnego miejsca w nosie, jak np. tylno-górnej części przegrody, naprzeciw tylnej części muszli środkowej (punkt sercowy), występuje niemiarowość serca, to tu drogę dośrodkową stanowi n. trjódzielny, a drogę odśrodkową n. błędny, względnie współczulny. Tą samą drogą przychodzi do skutku kaszel nerwowy i inne podobne odruchy nerwowe nosowe. Podrażnienie n. węchowego może wywołać łzawienie za pośrednictwem **n. lacrimalis.** Podrażnienie tego samego n. może wywołać powiększenie wydzieliny nietylko śliny, ale też soku żołądkowego. Tu drogę odśrodkową stanowi n. współczulny, prowadzący włókna wydzielnicze i naczynioruchowe. Wszystkie te nerwy z wyjątkiem n. węchowego mają swe jądra w moście i w rdzeniu przedłużonym, gdzie pobudzenie, powstałe drogą dośrodkową, przenosi się przez nn. odśrodkowe wprost albo drogą n. współczulnego na narządy obwodowe. W ten sposób łatwo wytłómaczyć powstanie drogą odruchową przez podrażnienie nosa objawów odruchowych, jak kichanie, kaszel, kurcz głośni i oskrzeli, dusznica, zaburzenia czynności serca i t. p.

Jednakże nie we wszystkich przypadkach odruchy nerwowe łatwo tłómaczyć się dają. Połączenia n. I i III z innemi nerwami ruchowemi, czuciowemi i zmysłowemi są tak liczne i zawikłane, że niemożliwem jest we wszystkich przypadkach wyjaśnić skomplikowaną budowę mechanizmu odruchowego. Że w pewnych przypadkach wpływ psychiczny odgrywa pewną rolę, dowodzi spostrzeżenie, że pewna kobieta, cierpiąca na nadwrażliwość na zapach róży, oddziaływała kurczowem kichaniem przy podawaniu jej sztucznej róży przed nos. Podobne nieprawidłowe odruchy mają swą przyczynę w nadzwyczaj wzmożonej wrażliwości i stanie psychoneuropatycznym chorego i zjawiają się albo jako silniejsze formy odruchów normalnych, jeżeli np. po pewnem podrażnieniu nosa występuje kichanie częstsze, kilkanaście razy, albo przez przeniesienie się pobudzenia na tory nerwowe zwykle tą drogą niepobudliwe przez t. zw. **irradiatio,** np. wywołanie z nosa drogą odruchową napadu padaczkowego, moczenia nocnego i t. p. Tak w chorobach krtani, gardła, języka mogą wystąpić bóle w uchu i H a u g notował nawet szum w uszach, wywołany ze strony nosa. Tu należą także inne z nosa pochodzące i w innych miejscach występujące odruchowe objawy, jak przypadek U r b a n t s c h i t s c h a, gdy przy cewnikowaniu trąbki usznej występowały za każdym razem zawrót głowy i padanie ku prawej stronie i ku dołowi. Objaw ten wychodził z pewnego punktu na przedniej części średniej muszli nosowej.

Trudności nie do przezwyciężenia narazie przedstawiają stosunki odruchowe między nosem a częściami rodnemi, wyżej podane. Przy wszelkiem ograniczeniu nauki F l i e s a o zależności stanu i funkcji narządów płciowych i nosa od siebie, to jest w każdym razie pewne, że zachodzą tu jakieś wzajemne stosunki, nad któremi nie można przejść do porządku dziennego, i że wyłania się potrzeba szukania sposobu wytłómaczenia tych związków. W tym celu tworzono różne teorje i przypuszczenia; wystarczającego jednak wyjaśnienia tych odruchów narazie brak. Po części przypisują je powiększonej ogólnej wrażliwości wskutek podrażnienia jednego miejsca, w następstwie czego dotychczas niespostrzegane bodźce w innych oddalonych miejscach czuciowych występują z większą wyrazistością (G r ü n w a l d). Innym razem powiększona wrażliwość pewnych ograniczonych miejsc powstaje w następstwie miejscowych bodźców przez elektywne działanie pewnych toksyn lub wytworów wydzieliny wewnętrznej. I tak stosunek nosa do narządów rodnych może polegać na powinowactwie (**affinitas**) gałązek nosowych współczulno - błędnych do wydzielin gruczołów płciowych, macicy lub innych organów, połączonych ze strefą płciową (tarczyca). Jest prawdopodobnem, że istnieje ścisły związek części płciowych z przysadką mózgową, której usunięcie również pociąga za sobą niedorozwój narządów rodnych. Nareszcie możliwy jest związek ośrodkowy (korowy lub podkorowy) sfery płciowej z innemi częściami ciała, pośredniczący w powstawaniu tych odruchów.

A więc związki wyżej opisane mogą przyjść do skutku: 1) na podstawie drażnienia elektywnego przez wytwory wydzielnicze lub przez toksyny, 2) na podstawie powiększonej pobudliwości ogólnej, 3) przez połączenia centralne różnych sfer nerwowych. Jako nerwy zaś, utrzymujące łączność między nosem a sferą płciową, uważać należy: 1) węchowy, 2) n. współczulny, 3) 1—3 gałązka n. trójdzielnego.

Dla powstawania objawów odruchowych wymagane są prócz A) ogólnego usposobienia, jeszcze B) bodźce miejscowe. A)Zdaniem K i l l i a n a nerwica odruchowa przychodzi do skutku na podstawie nadczułości. K u t t n e r zaś uważa nadwrażliwość jako objaw nerwicy odruchowej, jako podstawę zaś choroby stan psychonerwowy, którego materjalnego podkładu nie znamy, a którego skutki widzimy, jak np. w histerji lub neurastenji. Siedzibą tego stanu jest punkt szczytowy łuku odruchowego, gdzie odbywa się przejście bodźca z torów dośrodkowych na tory odśrodkowe. Usposobienie osobiste do odruchów nerwowych może być:

1) wrodzone albo też

2) nabyte i może być zależne od ogólnego stanu nerwowego ustroju, jak histerja, neurastenja, od przewagi jednej części układu nerwowego wegetatywnego nad drugim, jak wagotonja połączona ze spazmofilją, od zboczeń w wydzielinach wewnętrznych (jajników, wątroby, tarczycy, i t. p.). Nareszcie, podstawą i przyczyną powiększonej pobudliwości ogólnej może być anafilaksja, przy uczuleniu ustroju na ciała proteinowe,

www.dlibra.wum.edu.pl

3) Usposobienie takie nerwowe może być nabyte przez zakażenie lub zatrucie (wścieklizna, tężec, alkoholizm, kiła i t. p.), choroby niszczące, kłopoty, troski.

Z drugiej strony czynnik znakomicie ułatwiający wystąpienie takich nerwic zwrotnych stanowi wzmożona wrażliwość zakończeń n. trójdzielnego lub węchowego i, co za tem idzie, powiększona pobudliwość miejscowa pewnych miejsc w nosie i gardle, jak guzek, przegrody, muszle nosowe.

B) Bodźce miejscowe, wywołujące odruchy, są najróżnorodniejsze: mechaniczne, chemiczne, termiczne lub podrażnienia zmysłowe. Wymienić tu należy: dotykanie się przeciwległych części błony śluzowej nosa, ucisk przegrody nosowej przegiętej lub grzebienia przegrody na przeciwległą muszlę nosową lub muszli przerosłej na przegrodę, zrost tych części ze sobą, obce ciała, pasożyty w nosie, zbyt gorące, zbyt zimne powietrze, ostre gazy, zapachy drażniące i t. p. Punktem wyjścia tych odruchów w nosie bywają najczęściej muszla środkowa lub dolna nosa lub guzek przegrody i, choć rzadziej, górne części błony śluzowej nosa. Że obrzęki, zwłaszcza przednich końców muszli nosowych, mogą wywołać rozmaite dolegliwości podmiotowe, w pierwszym rzędzie silne bóle głowy, że mocno dotykając sondą przedniej części muszli średniej, szczególnie po jej powierzchni wklęsłej lub guzka przegrody, można czasem wywołać bóle, rozpromieniające się na okolicę nadoczodołową, i że w pewnych przypadkach udało się po usunięciu przedniej części muszli środkowej uleczyć jednostronne bóle głowy, jest faktem powszechnie znanym. Takie bóle głowy mogą mieć swoją przyczynę czysto mechaniczną w zatamowaniu obiegu krwi i limfy, w rozciągnięciu tkanki błony śluzowej i szarpaniu nerwów, zatkaniu ujść jam ubocznych nosa, w zaburzeniu w ich wydzielinie i t. p.

C) Nareszcie, większa drożność torów, składających się na łuk odruchowy, spowodowana przez częste powtarzanie się tych odruchów, obniża próg pobudliwości, powiększa skłonność do wystąpienia tych odruchów i cały łuk odruchowy tem łatwiej się uruchamia. Stąd się tłómaczy, że po dłuższem trwaniu choroby, nawet po usunięciu przyczyny obwodowej, t. j. wrażliwych miejsc w nosie, nerwice te niezawsze odrazu całkiem ustępują, lecz często utrzymują się przez jakiś czas jeszcze i przy najlżejszem podrażnieniu czuciowem, a nawet psychicznem znów występują, choć już nie w tem samem nasileniu.

Czy w danym przypadku rzeczywiście rozchodzi się o nerwicę zwrotną, pochodzącą z nosa lub gardła, a nie o chorobę miejscową samodzielną, często stwierdzić można dopiero według zasady: **ex nocentibus et juvantibus.**

Jeżeli napad nerwowy można wywołać przez drażnienie odpowiedniego miejsca np. przez silny ucisk sondą, jeżeli znieczulenie tego miejsca kokainą przerywa napad i jeżeli po wyleczeniu lub operacyjnem usunięciu tego miejsca w nosie odnośny odruch nerwowy na zawsze zostaje usuniętym, to rozpoznanie objawu chorobowego jako odruchu nerwowego można uważać za pewne. Jednakże dopiero trwałe usunięcie zaburzenia nerwowego daje pewność związku przyczynowego. — Natomiast przemijające ustąpienie objawu może nastąpić po każdym zabiegu i dać złudzenie wyleczenia, ale nie jest dowodem zależności napadu od podrażnienia miejsca odnośnego.

Należałoby sądzić, że stosunki te są dość znane, doświadczenie dość duże i kazuistyka dość obfita, by unikać błędów rozpoznawczych i leczniczych, o których była mowa w początku. Niestety, doświadczenie uczy, że tak nie jest, że za mało jeszcze dziś zwraca się uwagi na to, że nieznaczne i lekkie zboczenia, które łatwo usunąć się dają i zresztą żadnych przypadłości podmiotowych miejscowych nie sprawiają, mogą drogą odruchową powodować w miejscu oddalonem objawy nerwowe bardzo poważne, a nawet groźne. Na dowód służyć mogą następujące przypadki:

Pani Ch., żona wyższego urzędnika, cierpiała od 20 lat na częsty nieżyt nosa, który czasem trwał miesiącami i któremu często towarzyszyły bóle głowy. Później bóle głowy występowały coraz częściej i bez równoczesnego kataru nosa i trwały coraz dłużej z coraz mniejszemi przerwami. Z biegiem lat bóle te stały się ciągłemi i tak silnemi, że chora nie mogła sypiać. Podczas miesiączki ból ten wzmagał się jeszcze. Chora wskutek niesypiania, braku apetytu i ciężkich cierpień traciła siły, mizerniała, chudła. Usposobienie jej, zwykle pogodne, wesołe, zrównoważone, cierpliwe, stało się ponure, niecierpliwe, gniewne, popędliwe, z czasem straciła pamięć. Przez ten czas była obserwowana i badana przez internistę, ginekologa, okulistę, neurologa i dentystę. Badanie wewnętrzne i ginekologiczne dało wyniki ujemne. Badanie dna oka wykazało zmniejszenie pola widzenia. Badano też krew, mocz i płyn mózgordzeniowy z wynikiem ujemnym.

Leczono najrozmaitszemi lekami, używano aspiryny, fenacetyny, pyramidonu, kofeiny, przetworów chininowych, salicylowych, morfinowych, jodowych. W rozpaczy chora raz użyła tyle aspiryny, że wystąpiło zatrucie aspiryną z białkomoczem. Dalej zastosowano w celu leczniczym upust płynu mózgowordzeniowego przez punkcję lędźwiową, wstrzykiwania rtęcią, okłady zimne i gorące na głowę. Wszystko bez najmniejszego skutku. Znamiennem jest, że ból zazwyczaj rozpoczynał się na lewym wewnętrznym końcu łuku nadoczodołowego lewego, rozszerzał stąd ku tyłowi przez ciemię i ku drugiej stronie. W pozycji leżącej ból był zawsze najsilniejszy, dlatego chora często w nocy wstawała z łóżka i chodziła po pokoju.

Nareszcie, w roku 1921, chora zgłosiła się do mnie z powodu silniejszego kataru nosa, powstałego prawdopodobnie w następstwie nadużywania przetworów jodowych. Przy tej sposobności chora opowiedziała mi całą 20-letnią historję swoich cierpień. Przy badaniu znalazłem w nosie obok zwykłych objawów silniejszego nieżytu wypuklenie przegrody w górnej jej połowie, aż do dotknięcia się z wewnętrzną powierzchnią muszli średniej po stronie lewej. Posmarowanie tego miejsca kokainą nie sprowadziło żadnej ulgi. W ciągu dalszej obserwacji przekonałem się o bezwzględnie powiększonej wrażliwości tej części nosa, której najlżejsze dotknięcie sondą za każdym razem powodowało znaczne wzmożenie bólu głowy. Zwróciwszy uwagę chorej na zboczenie w nosie, wyraziłem przypuszczenie o związku bólów głowy z tą zmianą, byłem wszakże co do rokowania wstrzemięźliwym, nie chcąc i nie mogąc zapowiedzieć ze stanowczością dobrego skutku po usunięciu tego zboczenia. Jednakże ze względu na rozpaczliwy stan chorej, na to, że mimo wszechstronnego badania przez wybitnych kolegów nie znaleziono innej przyczyny choroby, i wreszcie na to, że dotychczas używane środki i sposoby zostały zupełnie bez skutku i, last but not least, na nieszkodliwość zabiegu, zaleciłem operację.

Zabieg wykonał kol. Dr. Spira jun., który w znieczuleniu miejscowem usunął przegięcie przegrody. Przebieg operacji i pooperacyjny był prawidłowy, po wyleczeniu rany operacyjnej bóle głowy nie ustały odrazu całkiem, ale występowały napadami coraz rzadziej i w coraz większych przerwach i mniejszem nasileniu. Podczas takich

www.dlibra.wum.edu.pl

napadów popendzlowałem kilka razy odnośne miejsca kwasem trójchlorooctowym z takim skutkiem, że wkrótce potem ból ustał i wrócił dopiero po dłuższej przerwie. Chora zaczęła powoli przychodzić do siebie, czuła się coraz lepiej. Nareszcie po upływie 6 miesięcy bóle całkiem ustały. Siły fizyczne i umysłowe wracały, wygląd cierpiący twarzy znikł, apetyt i humor stały się znów dobremi i od tego czasu chora czuje się znów zupełnie zdrową.

Przypadek ten był o tyle ciekawy, że, mimo iż chora była przez tylu lekarzy przez długi czas obserwowana i wszechstronnie badana, nikomu nie wpadło na myśl zwrócić uwagę na nos, aczkolwiek występowanie takich objawów odruchowych z nosa oddawna jest znane.

Ciekawy również jest następujący przypadek, który w krótkości pozwalam sobie przytoczyć:

Chora F., zamężna, w sile wieku, miała od dzieciństwa nos skrzywiony w taki sposób, że dolna część tego organu była odchylona na bok i tworzyła z częścią górną kąt otwarty. Nie mając jednak z tego powodu żadnych dolegliwości i nie będąc zbyt próżną, chora nie zwracała na to wielkiej uwagi. Otóż zdarzyło się, że podczas ciąży zaczęła doznawać ze strony serca dolegliwości coraz dokuczliwszych. Poradzono jej przerwanie ciąży, gdyż donoszenie ciąży do końca i rozwiązanie w tym stanie jakoby mogło ją przyprawić o niebezpieczeństwo dla życia. Chora w celu wykonania tej rady wyjechała zagranicę do swoich rodziców. Tam zalecono jej operację w nosie. I rzeczywiście, po usunięciu znacznego stopnia wygięcia przegrody objawy sercowe ustąpiły. Chora donosiła ciążę do końca, rozwiązanie odbyło się bez żadnych przeszkód, prawidłowo. Dolegliwości serca ustąpiły i więcej się nie zjawiły.

Inny zajmujący przypadek z własnej praktyki dotyczy księdza M., który leczył się u mnie z powodu choroby usznej. Razu jednego skarżył się na silniejsze zatkanie nosa. Przy zbadaniu znalazłem zrost przegrody nosa z muszlą dolną przez most mniej więcej 1 mm. długi i około 3 mm. gruby. Przy tej sposobności chory podaje, że od dzieciństwa cierpi na częste bóle głowy i w następstwie na złą pamięć, na utrudnienie skupienia myśli, przez co zawsze ciężko się uczył. Proponowałem choremu przecięcie mostu w nosie nożyczkami. Na to chory zwrócił mi uwagę, że jest krawcem, a zatem musi unikać wszelakiego zabiegu krwawego. Ze względu na to proponowałem mu usunięcie zrostu bezkrwawo zapomocą przepalania kwasem chromowym, na co chory się zgodził. Po kilkurazowem przyżeganiu udało mi się zniszczyć most między obiema ścianami jamy nosowej, poczem wkładałem coraz grubsze pasma gazy otłuszczonej maścią między ściany dawniej zrośnięte, żeby rozszerzyć przestrzeń między niemi i zapobiedz powtórnemu zarośnięciu. Po wyleczeniu w ten sposób nosa wszystkie dolegliwości, na które chory dawniej się skarżył, znikły.

Hutter przytacza (M. f. O. 1922. str. 749), przypadek nerwobólu, który neurolog rozpoznał, jako bóle głowy neurasteniczne, kilkomiesięczne zaś leczenie elektryzacją pozostawało zupełnie bez skutku. Wszechstronne dokładne badanie nosa nie wykazało najmniejszego zboczenia anatomicznego w tym narządzie. Natomiast stwierdzono przeczulicę w pewnych przeciwległych miejscach błony śluzowej przegrody i muszli nosowej, gdzie najlżejsze dotknięcie sondą wywoływało bardzo silne bóle głowy po tej samej stronie. Zwitek waty z kokainą, włożony do obrębu bolesnego, usuwał po kilku minutach ból głowy i uwalniał chorego od uczucia ucisku. Po przyżeganiu tych miejsc kwasem trójchlorooctowym ból głowy ustąpił podczas gdy leczenie w ten sam sposób punktów zalecanych przez Kiliana (guzek przegrody i przedni koniec muszli dolnej) pozostało bez skutku.

Bardzo znamienne jest spostrzeżenie Levinsteina. U chorego, cierpiącego od 12 lat na oczy, występuje nagle zaczerwienienie i łzawienie w lewem oku ze światłowstrętem i bólami przez 5 — 10 minut, 1—2 razy dziennie. Przy dotknięciu guzka przegrody chory uczuwa silny ból, rozpromieniający się z nosa na oko lewe, które odrazu się zaczerwienia i łzawi. Po zapendzlowaniu tego miejsca kokainą dolegliwości te chwilowo ustępują. Głębokie wkłucie galwanokaustyczne przez guzek usuwa zupełnie wszystkie objawy na czas krótki. Kilka dni później wprawdzie objawy te na nowo wystąpiły, ale po powtórnej kauteryzacji nosa nieco wyżej, niż poprzednio, choroba ustąpiła na zawsze. Po 7-miesięcznej obserwacji choroba więcej nie wystąpiła.

Rokowanie i widoki wyleczenia są dobre, jeżeli się uda przez zastosowanie kokainy choćby na jakiś czas usunąć cierpienie i jeżeli trwa ono tylko krótki czas.

Leczenie nerwic odruchowych może być tylko przyczynowe, według zasady: „**cessante causa, cessat effectus**“, a zatem staramy się z jednej strony zwalczać wzmożoną wrażliwość ogólną i usposobienie nerwowe przez wzmocnienie ogólne ustroju leczeniem dietetycznem, klimatycznem, kąpielowem, przez unikanie nadużyć płciowych, tytoniu, wyskoku, kawy, herbaty, wysiłków fizycznych i umysłowych, przez leczenie układu nerwowego przetworami arszenikowemi, hydropatją i t. p. Następnie należy usuwać wrażliwe miejsca i zboczenia miejscowe w nosie, o ile istnieją, przywrócić drożność nosa przez przyżeganie, czy drogą operacyjną i t. p. Należy się jednak wystrzegać wykonywania zabiegów operacyjnych w nosie normalnym, li tylko z tego powodu, że istnieją objawy nerwowe, które często występują, jako odruchy nosowe.

Gdzie to postępowanie nie prowadzi do pożądanego skutku, tam możemy mieć do czynienia z czystą neuralgją lub nerwicą na podstawie **wagotonji i spazmofilji.** Wtedy wskazanie przyczynowe domaga się środków, obniżających pobudliwość n. błędnego, jak soli wapnia, których brak w organiźmie ma powodować nadwrażliwość nerwową. Podobnie działa adrenalina i atropina, przez obniżenie pobudliwości n. błędnego i zmniejszenie eozynofilji we krwi. W pewnych przypadkach może być wskazanem leczenie antyanafilaktyczne, przez wstrzykiwanie peptonu, mleka. Z drugiej strony zachodzi tu **indicatio morbi,** która może wymagać wstrzykiwań alkoholowych do nerwu, rezekcji n. sitowego, elektrolizy i innych zabiegów czysto neurologicznych.

www.dlibra.wum.edu.pl

Z klinik, szpitali i pracowni.

Z Zakładu Fizjologji (Kierownik Prof. Dr. Marjan Eiger) i Kliniki Ocznej (Kierownik Prof. Dr. J. Szymański) Uniwersytetu Stefana Batorego.

O wprowadzaniu sanokryzyny i neosalwarsanu do oka za pomocą jontoforezy.

(Badania doświadczalne. Doniesienie tymczasowe).

Podał

Ignacy ABRAMOWICZ, St. asystent Kliniki (Wilno).

Próby wprowadzania leków do oka drogą elektrolityczną robione już były w ubiegłym stuleciu. Z pośród nielicznych w tym kierunku prac zasługują na uwagę badania doświadczalne Schölera i Albranda (1894), którzy, wprowadzając za pomocą prądu elektrycznego jodek potasowy do oka, stwierdzili jego obecność w przedniej komorze i ciałku szklistem.

Zjawisko przenikania leku tłomaczono sobie w ten sposób, że prąd galwaniczny przenosi cząsteczki w przestrzeni międzybiegunowej, i że rozpuszczone w wodzie drobiny wraz z płynem rozpuszczającym posuwają się od dodatniego bieguna do ujemnego, zawiesiny natomiast — w kierunku odwrotnym.

Pogląd ten wszakże nie objaśniał wielu spraw, powstałych w związku z tego rodzaju wprowadzeniem leku. Dopiero prace Leduca i Frankenhäusera, opierające się na nauce Arrheniusa o jonach i dysocjacji elektrolitów, wykazały, że prąd galwaniczny powoduje w żywym ustroju rozkład istniejących w nim elektrolitów, które, w zależności od tego, czy są naładowane dodatnio, czy też ujemnie, wędrują do przeciwnych biegunów. Stąd wypłynęła możliwość wprowadzania pomiędzy elektrodami a ustrojem leków elektrolitycznych, któreby, uczestnicząc w powyższej wędrówce, weszły do ustroju. Otóż tego rodzaju wprowadzenie leków do ciała przez skórę lub błonę śluzową lub nabłonek nazywamy jontoforezą (Frankenhäuser) lub jonizacją (Leduc).

Z szeregu dotychczasowych prac (Asmus, Birkhauser, Bourguignon, Contonnet, Erlanger, Fietta, Franke, Joltrois, Jung, Sabowski, Schnyder, Schwarzkopf, Stocker, Wirtz) wynika, że w wielu sprawach chorobowych powieki, spojówki, a w szczególności rogówki jontoforeza jest skuteczna i zasługuje na szersze zastosowanie. Dodatnie oddziaływanie jontoforezy na zmętnienia rogówki objaśnia naprz. Birkhäuser w ten sposób, że dzięki żywej wymianie jonów występuje rozluźnienie chemicznej budowy zmętniałej tkanki, ułatwiające jej wchłonienie, a może nawet chemiczne przekształcnie powodujących plamę kolloidów.

Spostrzeżenia z jontoforezą, poczynione z inicjatywy Prof. Szymańskiego w Klinice Ocznej U. S. B. w przeciągu ostatnich 2-ch lat, również wykazują, że we wrzodziejących zapaleniach brzegu powiek i wrzodach rogówki, osobliwie pochodzenia pasorzytniczego, elektrolityczny sposób wcielenia leków, szczególnie siarczanu cynku, zasługuje na większą, niż to czyniono dotychczas, uwagę. Z innych gałęzi medycyny, gdzie ten sposób zastosowania leków znalazł gorących zwolenników, wymienimy dermatologję (Mienicki).

Do tej pory wprowadzano w lecznictwie ocznem jony cynku, miedzi, chlorku i jodu, salicylu, rtęci; optochiny, atropiny kokainy i adrenaliny.

Schnyder dzieli działanie owych jonów na 3 stopnie: 1) podrażnienie, 2) działanie swoistych właściwości danych jonów, 3) działanie albuminolityczne, Przenikanie jonów jest wprost proporcjonalne do dysocjacji elektrolitów; w każdym bądź razie niezbicie dowiedziono, naprz. dla jodu (Birkhäuser), że w tej postaci, t. j. jonów, przechodzą one rzeczywiście do przedniej komory. Hertel przypuszcza, że niewyłączonen jest przenikanie mechaniczne leków; badania jego również wykazały, że zwiększenie się ilości białka w cieczy wodnej, występujące przy nakłuciu przedniej komory lub w stawach zapalnych przedniego odcinka gałki, zmniejsza zdolność przewodzenia prądu.

I.

Otrzymane na zdrowych i chorych zwierzętach i ludziach przez Lundsgaarda i Sigurda, Wernera ujemne wyniki wykrycia złota w przedniej komorze po wkraplaniach do worka spojówkowego i wstrzykiwaniach podspojówkowych sanokryzyny skłoniły mnie do przedsięwzięcia prób elektrolitycznego wcielenia tego leku do oka. Przeprowadzając odnośne doświadczenia pod kierownictwem p. Prof. Eigera na zdrowych narazie królikach, starałem się wyświetlić, czy i w jakim stopniu przechodzi złoto poprzez rogówkę do przedniej komory i ciałka szklistego i czy zatrzymuje się ono w rogówce i tęczówce. Możliwem jest, że ujemne naogół wyniki lecznicze, otrzymane przez Krusiusa, Lundsgaarda i Wernera w przypadkach cierpień gruźliczych spojówki, rogówki i tęczówki zależą od niedostatecznego przenikania sanokryzyny do tkanek oka przy zwykłem zapuszczeniu tego leku lub wstrzyknięciu podspojówkowem.

Co do strony technicznej, to używałem jako czynnych elektrod — szklanych rogówkowych Stockera i Birkhäusera. Wprowadzałem sanokryzynę z katody (formuła chemiczna sanokryzyny $AuO_3S_2 < {}^{Na}_{Na2\ S_2\ O_3}$). Bierną czyli dodatnią elektrodę trzymaliśmy na ostrzyżonej głowie królika pomiędzy uszami.

Siła prądu, otrzymywanego przez pantostat, dochodziła do 2 M. A. Czas działania 3, 5 i 15 minut. Koncentracja rozczynu ½%, 1% i 2%.

Do znieczulania używaliśmy 3% rozczynu kokainy. Jak wynika z badań Birkhäusera, głównym czynnikiem, powodującym mechaniczne uszkodzenie rogówki, prawda przemijające, jest nadmiar waty, stosowanej w szklanej rurce elektrody do nasiąkania roz. tworu danego leku. Dla uniknięcia oparzenia rogówki należy owijać watą li tylko cynkowy lub miedziany pręcik elektrody, poczem przez boczny otwór w elektrodzie wlewa się do rurki dany roztwór. Przy

www.dlibra.wum.edu.pl

takiem napełnianiu elektrody płyn omywa rogówkę i tylko owinięte watą zakończenie pręcika cynkowego jest w nim zanurzone.

Po każdym seansie przepłukiwaliśmy starannie worek spojówkowy, poczem nakłuciem przedniej komory zapomocą strzykawki Luera specjalną igłą wydobywaliśmy ciecz wodną. Wykrycie złota odbywało się za pomocą ogrzewania i spalania stałych resztek na porcelanowej płycie — wolne złoto wydziela się w postaci fioletowego zwierciadła.

W 2 doświadczeniach wyłuszczono po seansie jontoforetycznym gałki oczne, poczem badano na zawartość złota w rogówce, tęczówce i soczewce. Przed enukleacją wydobywano za pomocą nakłucia ciałko szkliste, również celem określenia w nim złota.

Dla porównania otrzymanych wyników i określenia w przybliżeniu stopnia przenikania złota, zrobiliśmy na osobnej porcelanowej płytce próby z wykryciem złota w wodnym rozczynie sanokryzyny 1:1000, 1:10000, 1:100000. Porównywując otrzymane wyżej fioletowe barwne zwierciadła z odpowiedniem ich nasyceniem w próbach o wiadomej koncentracji sanokryzyny, określaliśmy stopień przenikania złota (sposób kolorymetryczny).

Doświadczenie I. Królik. Znieczulenie 3% kokainą. Przepłukanie wodą przekropioną. Jontoforeza z 2% roztworem sanokryzyny. Prąd 2 M.A. 15 minut. Przepłukanie. Wydobycie cieczy wodnej. Badanie złota dało wynik dodatni według skali 1:8000. Przepłukanie. Wydobycie ciałka szklistego: badanie na złoto wypadło ujemnie. Wyłuszczenie gałki. W rogówce i tęczówce po uprzedniem ich przepłukaniu wykryto złoto: w rogówce — 1:12000, w tęczówce — 1:20000. W soczewce — żadnych śladów złota.

Doświadczenie 2. Królik. Znieczulenie, roztwór sanokryzyny i prąd, jak wyżej. 5 minut. Przepłukanie. Nakłucie komory. Złoto według skali 1:30000.

Doświadczenie 3. Królik. Znieczulenie, roztwór i prąd, jak wyżej. 3 minuty. Przepłukanie. W cieczy wodnej złoto, skala 1:50000 — 1:75000.

Doświadczenie 4. Królik. Znieczulenie. Przepłukanie. Prąd 2 M.A. 1% roztwór sanokryzyny. 5 minut. Przepłukanie oka. Złoto w przedniej komorze jak 1:75000.

Doświadczenie 5. Królik. Znieczulenie, roztwór i prąd, jak w doświadczeniu 4.3 minuty. Przepłukanie Nakłucie tylnej komory. Minimalne ślady (?) złota.

Doświadczenie 6. Królik. Znieczulenie, roztwór sanokryzyny, siła prądu i czas trwania, jak w doświadczeniu 5. Przepłukanie. W cieczy wodnej ślady złota. Ponowne przepłukanie oka. Nakłucie szklistki — badanie na złoto wypadło ujemnie. Wyłuszczenie. Wyciecie rogówki i tęczówki. Przepłukanie. Ślady złota 1:100000. W soczewce —żadnych śladów złota.

Doświadczenie 7. Królik. Znieczulenie. Przepłukanie. ½% sanokryzyna. Prąd 2 M. A.. 5 minut. Przepłukanie. W cieczy wodnej z przedniej komory minimalne ślady złota.

Z powyższego widzimy, że przy elektrolitycznem wprowadzeniu sanokryzyny do oka możemy z łatwością wykryć złoto w przedniej komorze. Przenikająca zdolność takiego sposobu wcielania do oka sanokryzyny jest więc daleko większą, niż zwykłe zakraplanie lub wstrzyknięcie podspojówkowe. Dokładne dawkowanie u ludzi da się określić dopiero w spostrzeżeniach klinicznych. Niewątpliwie stany zapalne oka, zmniejszające przewodnictwo prądu (Hertel) wskutek zwiększenia się ilości białka w cieczy wodnej, mogą mieć pod tym względem pewne znaczenie.

II.

Wprowadzenie salwarsanu, a raczej neosalwarsanu do oka zapomocą jontoforezy i wykrycie arsenu w przedniej komorze natrafiło na pewne trudności, gdyż: 1) środek ten pod wpływem prądu galwanicznego sam przez się słabo dysocjuje, 2) wykrycie tak minimalnej ilości arsenu, jakiej się w przedniej komorze spodziewać można, należy do zadań dość trudnych.

Technika wprowadzenia, jak przy sanokryzynie. Wprowadzaliśmy neosalwarsan z katody; wtedy sód, jako katjon, wędruje do katody, a reszta, przedstawiająca organiczny związek o własnościach kwasowych, idzie, jako anjon, poprzez oko do anody.

Wykrycie arsenu odbywało się po uprzedniem zniszczeniu substancyj organicznych zapomocą próby Marscha, pozwalającej, jak wiadomo, wykryć ślady arsenu do 0,0002 mg. As. Wykonywaliśmy również próby Bettendorffa z chlorkiem cynawym. W 2-ch doświadczeniach przeprowadziliśmy zniszczenie substancyj organicznych w rurach zatopionych.

Doświadczenie 1. Królik. Znieczulenie 3% kokainą. Przepłukanie wodą przekropioną. 1½% rozczyn neosalwarsanu. Prąd 2 M.A. 5 minut. Przepłukanie. W cieczy wodnej arsenu nie stwierdzono.

Doświadczenie 2. Królik. Znieczulenie jak wyżej. Przepłukanie. 1½% neosalwarsan. Prąd 2 M.A. 10 minut. Przepłukanie. Nakłucie komory przedniej. Żadnych śladów arsenu.

Doświadczenie 3. Królik. Znieczulenie. Przepłukanie. 1½% neosalwarsan. 3—4 M.A. 15 minut. Przepłukanie. Badanie cieczy wodnej na arsen wypadło ujemnie.

Jak widzimy, badania w kierunku wykrycia arsenu w cieczy wodnej przy powyższym czasie trwania jontoforezy i wyżej podanej sile prądu dały wynik ujemny. Możliwem jest wszakże, że arsen znajdował się w przedniej komorze w tak minimalnej ilości, że go wykryć za pomocą powyższych prób było nie sposób. Dalsze badania w tym kierunku przy większem natężeniu prądu, większej koncentracji rozczynu, dłuższem trwaniu doświadczenia i ewentualnie czulszych próbach na arsen są w toku. Przypomnę tutaj, że Krückmann, wcielając do oka za pomocą prądu galwanicznego niedrażniące preparaty rtęci (**Hydrargyrum succinimidatum** i **Sublamin**) w kiłowych schorzeniach oczu, otrzymał znaczną poprawę kliniczną, aczkolwiek próby na obecność rtęci w przedniej komorze wypadły ujemnie.

Wobec zachodzących nieraz ogólnych przeciwwskazań do dożylnych wstrzykiwań neosalwarsanu i nieznacznego naogół oddziaływania takiego leczenia na przebieg miąższowego zapalenia rogówki pochodzenia kiłowego, doszukiwanie się innych metod miejscowego leczenia neosalwarsanem jest nieusprawiedliwione.

Dotychczasowe próby z wkraplaniem i podspojówkowem wstrzykiwaniem neosalwarsanu w kiłowych sprawach przedniego odcinka gałki dały, jak wiadomo, wynik ujemny.

Na zakończenine pozwolę sobie złożyć serdeczne podziękowanie Kierownikowi Zakładu Fizjologji U. S. B. Panu Profesorowi Marjanowi Eigerwi za udzielenie cennych wskazówek oraz jego asystentowi, p. inżynierowi Grossmanowi, za czynną pomoc w wykonaniu powyższych badań.

www.dlibra.wum.edu.pl

PIŚMIENNICTWO.

1) Birkhäuser. Kl. Monatsbl. f. Augenh. 1921. T. 67. str. 536.
2) Hertel. Die nicht medikamentöse Therapie der Augenkrank. Aus Graefe-Saemisch. Handbuch. str. 74 i 97.
3) Krusius. Zentralbl. f. d. ges. Ophth. T. XV. sr. 203.
4) Krückmann. Zeitschr. f. Augenh. XI. str. 13, wedlug Wirtza.
5) Lundsgaard. Acta ophthalmologica. T. III. str. 298.
6) Mienicki. Pamiętnik Wileńsk. Tow. Lek. 1926, zeszyt 1; str. 45.
7) Schnyder. Klinische Monatsbl. 1919; T. 63. str. 433
8) Schöler, u. Albrand. według Hertela.
9. Werner. Acta Ophthalmologica T. III. str. 245.
10) Wirtz. Kl. Monatsbl. 1908. T. 46. str. 543.

Z oddziału wewnętrznego Szpitala Dz. Jezus.
(Ordynator: Dr. J. SKŁODOWSKI).

O leczeniu zachowawczem ropnego gruźliczego zapalenia opłucny*).

Podali

A. W. KAPŁAN (Warszawa) i J. KONOPNICKI (Warszawa).

Przypadki ropnego gruźliczego zapalenia opłucny są naogół ciężkie i niewdzięczne dla leczenia. Stosowano w nich różne sposoby zachowawcze i operacyjne. Lecz do zabiegów operacyjnych, jak torakotomja i wycięcie żeber, chirurgowie uciekają się niechętnie. Chorzy więc siłą rzeczy spadają na barki internisty. Stałe sączkowanie metodą Bülaua i innych jest bardzo uciążliwe dla chorego i pozostawia prawie zawsze stałe przetoki. Zwykłych płukań opłucny większość lekarzy unika ze względu na spostrzegane niekiedy podczas nich wypadki wstrząsu. Samo zaś wypuszczanie ropy prowadzi dość szybko do ponownego jej zbierania się. I tu, zresztą, łatwo powstają nacieki i przetoki wskutek zakażenia powłok przy wyjmowaniu trójgrańca.

Na oddziale naszym stosuje się oddawna następujący sposób leczenia ropnych gruźliczych zapaleń opłucny.

Boczne ramię nasady możliwie cienkiego trójgrańca (lub niezbyt cienkiej igły) od przyrządu Potaina łączy się, jak zwykle, z aspiratorem, drugie zaś ramię proste przy pomocy rurki gumowej, zakończonej odpowiednią nasadką, — ze strzykawką 10-gramową ssąco-tłoczącą systemu Zawadzkiego. Drugą rurkę gumową od tejże strzykawki wpuszcza się do parolitrowej otwartej butli, zawierającej sterylizowany roztwór fizjologiczny soli.

Po wkłuciu trójgrańca naprzód ostrożnie odciąga się ropę, kiedy zaś ta przestanie już spływać, zaciska się szczypczykami rurkę, prowadzącą do aspiratora, i zwolna, po 10 cm.³ za każdem naciśnięciem tłoka, wprowadza się do opróżnionej jamy ciepły roztwór soli w ogólnej ilości niewiększej nad 500 cm.³. Jeśli pierwiastkowa ilość ropy nie przekracza liczby powyższej, to na każde przemycie stosuje się mniej więcej równą jej ilość roztworu. W powyższy sposób aspirację i wprowadzenie płynu fizjologicznego powtarza się kolejno 3—5 razy, poczem zwykle ostatnia ciecz przepłuczynowa odpływa już prawie czysta. Po odłączeniu strzykawki proste ramię trójgrańca można łatwo połączyć z nasadką metalową rurki odprowadzającej przyrządu Forlaniniego. Korzystamy z tego dla kontrolowania ciśnienia w jamie opłucnej po usunięciu ropy, dla dopuszczenia gazu w trakcie przemywań, ażeby czasowo podnieść ciśnienie i ułatwić przez to dalszy odpływ cieczy i wreszcie dla końcowego wprowadzenia azotu do opróżnionej jamy opłucny w takiej ilości, ażeby osiągnąć ciśnienie nieco niższe od zera. Czynności tych dokonywać należy, kiedy przypuszczamy, że w jamie opłucny znajduje się już niewiele cieczy: należy też zawsze rurkę, doprowadzającą gaz, unieść możliwie wysoko. Inaczej bowiem ciekła zawartość opłucny łatwo dostaje się do niej i zanieczyszcza filtry, uniemożliwiając nietylko mierzenie ciśnienia, ale i dopływ gazu.

Na zakończenie, po zaciśnięciu rurki, prowadzącej do aspiratora, wstrzykujemy do jamy opłucny przez ramię proste nasady trójgrańca za pomocą zwykłej strzykawki Recorda 10 cm.³ zawiesiny jodoformowej.

Zabieg powyższy, zależnie od okresu choroby, od stanu chorego i wreszcie od warunków, w jakich tenże się leczy (w szpitalu czy ambulatoryjnie), stosuje się w przerwach od 2—6, a nawet 8 tygodni.

Metoda ta daje następujące korzyści:

1. Unika się zakażenia części miękkich klatki piersiowej przy wyciąganiu pochewki trójgrańca, ponieważ uprzednio przepuszcza się przez jej światło gaz i środek dezynfekcyjny.
2. Unika się podczas zabiegu przykrych dla chorego sensacyj, a niekiedy może i niebezpiecznego wstrząsu, powstających przy dużych i nagłych wahaniach ciśnienia wewnątrzopłucnowego; unika się też i bólów następczych, trwających nieraz przez wiele dni po zwykłem wypuszczeniu wysięku, a zależnych od zapadania się klatki piersiowej wskutek spadku ciśnienia w jej wnętrzu.
3. Dzięki wprowadzeniu gazu zapobiega się zbyt szybkiej reekspansji uciśniętego płuca, która może prowadzić do obostrzenia zmian gruźliczych, zwykle w niem istniejących. Przy naszem postępowaniu rozprostowanie płuca odbywa się powoli, w miarę wsysania się gazu i cieczy.

Dla przykładu pozwalamy sobie przedstawić z większego materjału dwa przypadki:

Przyp. 1. Stanisław S. 23 lata, rolnik. Przebył tyfus i hiszpankę przed 8-iu laty. Zresztą, zawsze zdrów. Zachorował nagle przed rokiem. Ciepłota 40°, ból w lewym boku. W 6-tym tygodniu choroby wypuszczono mu z lewej opłucnej litr jasnego zielonkawego płynu. Następnie w ciągu 3 miesięcy wypuszczono pięciokrotnie za każdym razem znaczną ilość również czystego płynu.

Zgłosił się na oddział w końcu października 1925 r.

Ciepłota 37,7, cera żółtawo-blada, lewa połowa klatki piersiowej rozciągnięta, znacznie mniej porusza się przy oddychaniu, niż prawa; stwierdza się tępość na całej jej przestrzeni. Oddech niesłyszalny, przewodnictwo i drżenie głosowe zniesione. Z prawej strony zmian niema, serce w znacz-

*) Według pokazu na posiedz. Klin. Szpit. Dz. Jez. z dn 21.III. 1926 r.

www.dlibra.wum.edu.pl

nym stopniu przesunięte na prawo, zresztą narząd krążenia bez zmian. Tegoż dnia wypuszczono 3700 cm.³ gęstej zielonkawej ropy, dopuszczono 1500 cm.³ azotu, ciśnienie wewnątrzopłucnowe z — 10 doprowadzono do — 2, poczem wstrzyknięto 10 cm.³ zawiesiny jodoformowej.

Plwocina bardzo skąpa nie zawiera prątków Kocha. W ropie liczne stłuszczone leukocyty, pojedyncze krwinki, detryt. Mocz bez zmian.

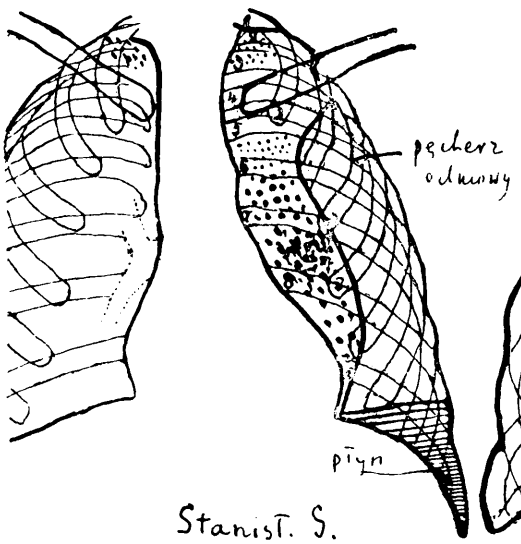
Leczenie miejscowe opłucny stosowano w odstępach mniej więcej dwutygodniowych. Pierwsze trzy razy zabieg polegał na wypuszczeniu ropy, dopuszczeniu azotu i wstrzyknięciu zawiesiny jodoformowej. Następnie po wypuszczeniu ropy stosowano jeszcze przepłukiwanie opłucny rozczynem fizjologicznym soli kuchennej.

Ilość ropy stopniowo zmniejszała się: 3700—1500—150—200—500—250—400—400—300—220—200—100 cm.³. Liczby powyższego szeregu, odchylające się od prawidłowego spadku (zwłaszcza 3-cia—150) zależą prawdopodobnie od niedokładnego odpływania nierozcieńczonej ropy wskutek warunków technicznych, jak np. zatykanie się pochewki trójgrańca lub wyższe miejsce wkłucia. Spoistość wysięku i jego barwa również uległy stopniowej przemianie: z bardzo gęstej ciecz stawała się coraz rzadsza, a barwa jej z szarozielonkawej poprzez odcień żółtozielony stała się w końcu mętno-żółta i ostatecznie z czysto ropnego wysięk stał się surowiczo-ropnym. Po odwirowaniu osadza się z niego zaledwie cienka warstwa ropy, jak to widać na przedstawionej próbie. W plwocinie i ropie, badanych wielokrotnie, nigdy prątków Kocha nie wykryto.

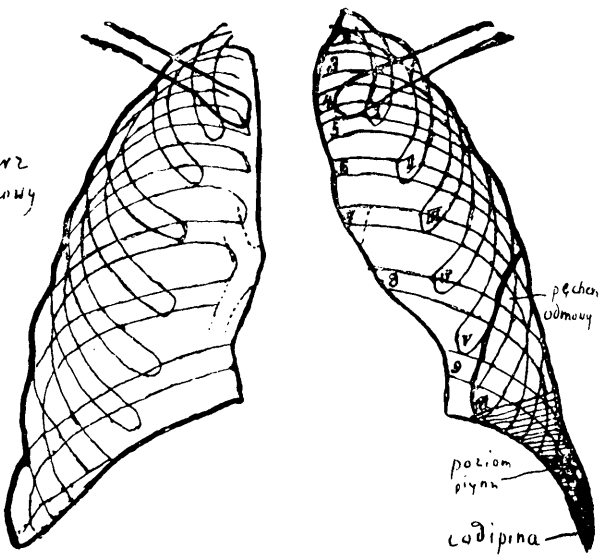
Natomiast zaszczepienie ropy śwince morskiej potwierdziło charakter gruźliczy wysięku (Dr. Mutermilch).

Chory wygląda obecnie znakomicie i czuje się zupełnie dobrze, na wadze przybyło mu przeszło 13 kg., ciepłota już po drugiem wypuszczeniu ropy spadła i utrzymuje się odtąd na poziomie normalnym.

Radioskopja wykazuje dość duży pęcherz odmowy z niewielkę ilością cieczy na dnie i lekkie zacienienie obu szczytów (p. rys. 1).



Rys. 1.



Rys. 2

Ostatnio przy wbijaniu trójgrańca przez zwężoną przestrzeń międzyżebrową wyczuwa się duży opór ze strony zgrubiałej opłucny.

Chory wypisał się w tych dniach ze szpitala, lecz ma co pewien czas zgłaszać się ambulatoryjnie dla dalszej kuracji i kontroli.

Obecny stan zdrowia pozwala mu naszem zdaniem w zupełności na stopniowy powrót do pracy*).

Przyp. 2. — Wincenty B., 25 lat, robotnik. Przed 3 laty operowano mu zropiałe gruczoły na szyi i wypuszczono wodę z prawego boku; leżał wówczas przez 3 miesiące w szpitalu. Odtąd wykonywał tylko lżejszą pracę. Od miesiąca znaczne pogorszenie: ból w lewym boku, duszność, kaszel. Stan obecny, Cera blada, błony śluzowe sinawe; ciepłota 37,5, tętno 94 miarowe. Ciśnienie krwi (Pachon) 12,5 max. Płuca: z lewej strony zatyłu w dole stłumienie szerokości 4 palców, oddech osłabiony, przewodnictwo głosu zmniejszone, powyżej stłumienia sporo rzężeń. Pozostałe narządy bez zmian. Plwocina skąpa, kilkakrotnie badana — bez laseczników. Mocz normalny. Radioskopja wykazuje niewielkie zacienienie o cechach wysięku z lewej strony i ślady po przebytem zapaleniu opłucny prawostronnem. (p. rys. 2).

Przekłucie próbne w miejscu stępienia wykazało gęstą ropę koloru kawy mlecznej, w której stwierdzono mnóstwo laseczników, stłuszczone leukocyty i sporo krążków krwi.

Wypuszczono 400 cm.³ gęstej ropy, poczem czterokrotnie przepłukano jamę ropnia rozczynem soli fizjologicznej w ilości za każdym razem 350 — 400 cm.³, następnie dopuszczono 200 cm.³ azotu, doprowadzając ciśnienie wewnątrzopłucnowe z — 9 do — 1. Z powyższego widać, że mieliśmy do czynienia z ropniem ograniczonym, niewielkich rozmiarów. Na zakończenie wstrzyknięto 10 cm.³ mieszanki jodoformowej. Zabieg ten powtórzono w przeciągu 3 miesięcy siedmiokrotnie, przyczem ropa co do barwy i spoistości uległa wyraźnej zmianie: za ostatnim razem wypuszczono już tylko 150 cm.³ rzadkiej ropy koloru brudnożółtego, prątków Kocha w niej już nie było. Celem lepszej orjentacji na zdjęciu rentgenowskiem wpuszczono za ostatnim razem zamiast mieszanki jodoformowej 5 cm.³ 40% jodipiny. Na załączonym szkicu (rysunek 2), widzimy niewielki pęcherz odmowy, nieznaczną ilość cieczy, której poziom nie wznosi się ponad wypukłość przepony, dolno-zewnętrzny kąt jamy opłucnej, wypełniony jodipiną, zaznacza się bardzo wyraźnie. Chory czuje się znacznie silniejszy, nie kaszle, nie pluje, przybrał 4 kg. na wadze; bóle już po drugiem wypuszczeniu ropy ustąpiły zupełnie.

I w tym więc przypadku chory się poprawił i odzyskał w znacznym stopniu zdolność do pracy. Jeżeli trzymamy go jeszcze w szpitalu, to głównie ze względu na tak trudne obecnie warunki zarobkowania.

Powyższe 2 przypadki wykazują pomyślne wyniki stosowanego przez nas leczenia, o ile prowadzi się je starannie, wytrwale i systematycznie. Uważamy je za godne uwagi i polecenia, tembardziej, że w wielu razach chorzy tego rodzaju traktowani są zbyt szablo-

*) Chory pokazał się później na oddziale 2 razy: 7.VI r. b. wypuszczono mu jeszcze 380 cm³ ropy i przepłukano jamę opłucny, 7.VIII zarówno punkcja jak i radioskopja obecności płynu nie wykazały, lewa połowa klatki piersiowej wyraźnie zapadnięta.

www.dlibra.wum.edu.pl

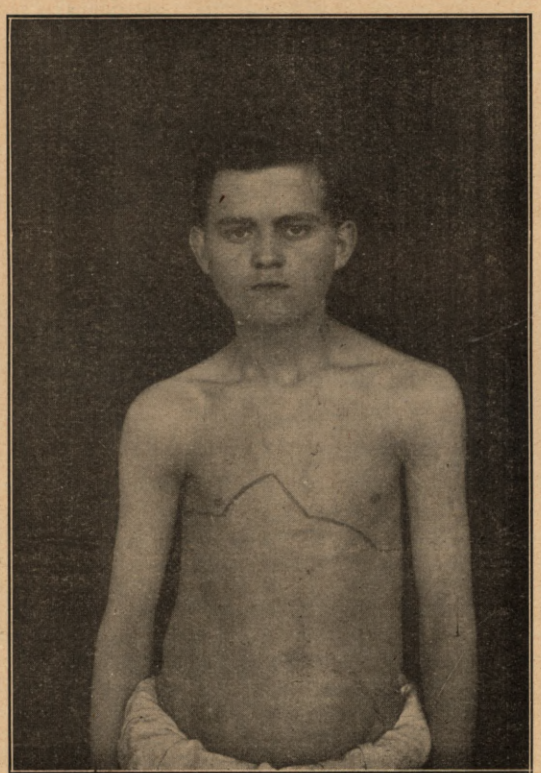
nowo i bez należytej wiary w poprawę, jako przypadki niewdzięczne.

Dla przykładu przytoczyć możemy 40 letniego mężczyznę, który po kilkakrotnem bezowocnem wypuszczaniu surowiczo-ropnego wysięku gruźliczego przesłany został do nas z innego szpitala pod pretekstem koniecznej potrzeby naświetlań lampą kwarcową.

Chory ten*) po bezskutecznej próbie z naświetlaniem, której ze względu na kurtuazję koleżeńską trudno było nie zastosować, leczony był omawianą metodą w szpitalu, a potem ambulatoryjnie. W krótkim stosunkowo czasie poprawił się on tak znacznie, że mógł powrócić (już blisko od roku) do ciężkiej pracy gisera. Prowadzi przytem dalej kurację, która ma przebieg tak pomyślny, że można przewidywać całkowite wyzdrowienie.

W ostatnich czasach podano w literaturze francuskiej (M u r a l t et W e i l e r t), sposób przepłukiwania opłucny w leczeniu ropnych wysięków, powstałych w przebiegu sztucznej odmy. Sposób ten, podobny do stosowanego u nas na oddziale, jest technicznie bardziej skomplikowany i przykry dla chorego, ponieważ wymaga jednoczesnego wkłucia trójgrańca i igły odmowej w dwuch różnych miejscach.

RYS. 3.



1917 S. P.

Pyothorax tbc. dext. Stan po wyleczeniu (wypuszczanie ropy—6 razy—w ciągu ± pół roku — wlewanie emulsji jodoformowej. Widać bardzo wybitne zapadnienie prawej połowy klatki piersiowej, uniesienie pr. połowy przepony, przesunięcie całkowite serca na prawo. (Linja kreskowana wyżej oznacza położenie śródpiersia — przeniesienie na prawo).

Wkońcu przytaczamy uwagi, dotyczące powyższej metody, wypowiedziane przez D-ra S k ł o d o w s k i e g o w dyskusji nad naszym pokazem, a oparte na długoletniem doświadczeniu: „Leczenie zachowawcze ropnych wysięków gruźliczych stosowałem od lat wielu, razem w około 20 odpowiednich przypadkach. O ile ropienie opłucny występuje mniej więcej samodzielnie, a nie jako powikłanie ciężkiej gruźlicy rozpadowej płuc i innych narządów, wyniki są nieraz bardzo pomyślne, aż do zupełnego zabliźnienia jamy ropnej. Metodę, używaną obecnie na naszym oddziale, przedstawili koledzy K a p ł a n i K o n o p n i c k i. Składają się na nią 4 czynniki: wypuszczanie ropy, przemywanie opłucny, wpuszczanie gazu (azotu) i wstrzykiwanie zawiesiny jodoformowej. Z nich 2 tylko, mianowicie 1-szy i 4-ty, uważam za zasadnicze, albowiem przy samem ich stosowaniu spostrzegałem całkowite wyleczenie sprawy ropnej, m. i. w 1-szym moim przypadku, leczonym z kolegą L e w e n s z t e r n e m. Fotografję tego przypadku (rys. 3), pozwalam sobie przedstawić Panom. Jest ona ciekawa, ponieważ dobrze uwidocznia mechanizm, który umożliwił zarośnięcie jamy opłucny pomimo małej, jak się to zwykle zdarza, skłonności uciśnionego płuca do rozprostowania. Widzimy mianowicie bardzo silne zapadnięcie prawej połowy klatki piersiowej, znaczne uniesienie ku górze prawej połowy przepony i całkowite przeciągnięcie serca na prawo. Cała ta ewolucja nastąpiła w powyższym przypadku w ciągu niespełna pół roku, i sądzę, że była możliwa tylko ze względu na młody wiek chorego (16 lat). Ponieważ u ludzi z mniej podatną klatką piersiową, wynik taki zapewne niezawsze byłby możliwy, ponieważ znaczny spadek ciśnienia po wypuszczeniu wysięku powoduje nieraz przykry ból w opróżnionej połowie klatki piersiowej i wreszcie ponieważ zbyt nagłe rozciągnięcie chorego płuca mogłoby niekiedy okazać się nieobojętne, — właśnie dlatego stosuję od dłuższego czasu wprowadzanie gazu, po wypuszczeniu ropy z opłucny.

Przypuszczam, że w ten sposób leczenie odbywa się powolniej, ale pewniej i bezpieczniej. Tej samej zasady trzymam się zresztą teraz przy usuwaniu większości wysięków surowiczych. Co do przemywań opłucny nie mam jeszcze stanowczo wyrobionej opinji, skłonny jednak jestem przypuszczać, że pod ich wpływem wysięk łatwiej traci charakter ropny. Rodzaj cieczy, używanej do przemywań, nie zdaje się mieć większego znaczenia. Próbowałem różnych: błękitu metylenowego, bardzo słabego lapisu, płynu D a k i n a, fizjologicznego roztworu soli; obecnie stosujemy tylko ostatni. Natomiast sposób przemywań, używany przez nas, uważam za bardzo dogodny i bezpieczny".

*) Przypadek powyższy był przedstawiony łącznie z naszemi przez kol. S z p i k o w s k i e g o na posiedzeniu klin. Szpitala Dz. Jezus, dn. 21.III 26 r.

PIŚMIENNICTWO.

1) B a n d e l i e r — R o e p k e. Die Klinik der Tuberkulose, Leipzig 1920. 2) G r a f. Patologisch—physiologjsche Gesichtspunkte für die Behandlung des akuten Pleuraempyems. M. m. W. 1925; str. 545. 3) M u r a l t et W e i l e r t. Les lavages de plèvre dans le traitement des pleuresies purulents du pneumothorax artificiel. Pr. Med. 1925, Nr. 80; str. 1334. 4) P i s s a v y. Les pleuresies du pneumothorax artificiel. Pr. Med. 1925, Nr. 25. 5) T i x i e r et P o l l o n s o n. L'ensemencement de la paroi thoracique dans les ponction de la plèvre. Pr. Med. 1926; Nr. 9. 6) S k ł o d o w s k i. Głos w dyskusji na posiedzeniu klinicznem Szpitala Dz. Jezus dn. 21.III 1926 r.

www.dlibra.wum.edu.pl

Z 2-ej Kliniki Chirurgicznej Un. Warsz.
(Kierownik: Prof. Dr. Z. RADLIŃSKI).

Mięsak prostnicy — nowa droga dostępu operacyjnego *).

Podał
J. RUTKOWSKI (Warszawa), asystent kliniki.

Na 100 raków prostnicy przypada 1 mięsak (Borchard). Mięsaki prostnicy stanowią 35% wszystkich mięsaków jelita grubego (Kaufmann), spotykamy je w przytłaczającej większości przypadków u mężczyzn (93% Siegel), zarówno u starców, jak i u noworodków, — najczęściej między 30 a 60 rokiem życia. Zwykle są to okrągłe lub wrzecionowato-komórkowe mięsaki, odznaczające się szybkim przebiegiem i wielką skłonnością do dawania przerzutów.

Z powodu rzadkości obrazu chorobowego i nowej drogi operacyjnej, zastosowanej przy usunięciu guza przez prof. Radlińskiego, podaję opis przypadku mięsaka prostnicy, spostrzeganego przezemnie.

Chory lat 55, z zawodu ogrodnik, zgłosił się do kliniki z powodu bólów i krwawień przy oddawaniu stolca. Pacjent opowiada, że przed 17 laty zauważył przy oddawaniu stolca wychodzące z odbytu 2 miękkie guzki, powodujące niekiedy tylko krwawienia podczas zaparć bez żadnych dolegliwości. 4 lata temu lekarz wychodzące guzki określił jako polipy i wyrwał je palcem z odbytnicy; guzki te były bladosinawe, wielkości śliwki każdy, gładkie, miękkie. Przez 2 lata nie było nawrotu guzków, i dopiero po upływie tego czasu chory, wsuwając palec do odbytnicy, stwierdził wewnątrz nowe guzki. Równocześnie zaczęły się zjawiać krwawienia nieraz bardzo obfite, chory zaczął doznawać bólu przy chodzeniu, miał ciężar w odbycie.

Pacjent apetyt ma dobry, powiada, że nie schudł, stolce ma zaparte (co 2 — 3 dni), mocz bez zmian oddaje prawidłowo, chorób ostrych zakaźnych i wenerycznych miał nie przechodził, dziedzicznie nie obarczony.

Chory wzrostu średniego, zbudowany prawidłowo, odżywiany słabo. Na skórze tułowia liczne miękkie brodawki i znamiona barwikowe, pod skórą ramion i na przedniej powierzchni klatki piersiowej i brzucha wyczuwają się miękkie zrazikowate guzki — tłuszczaki. Gruczoły chłonne — niemacalne. Narządy wewnętrzne — bez wyraźnych zmian, z wyjątkiem wątroby, która wystaje na 2 palce poniżej łuku żebrowego, ma powierzchnię gładką i twardą.

Znaczne żylaki podudzia, płaskie stopy. Przy nadymaniu się chorego (próba fizjologiczna—Radliński) z odbytu nic się nie wydostaje. Przy badaniu palcem przez odbyt stwierdzono: na przedniej ścianie odbytnicy, częściowo i na prawej bocznej, na wysokości m. w. 6 ctm. wymacuje się zrazikowaty, twardawy guz na dość szerokiej podstawie, dosyć ruchomy w stosunku do ściany odbytnicy, miejscami rozpadający się (krwawiący), mało bolesny, wielkości małej mandarynki. Tuż przy tym guzie znajduje się podobny drugi guzek wielkości małej śliwki. Stercz normalny. Wycięto kawałek guza celem zbadania mikroskopowego (Dr. Siedlecka), które przemawiało za nowotworem złośliwym, bardzo nietypowym, najprawdopodobniej mięsakiem.

Operacja (prof. Radliński) w znieczuleniu lędźwiowem (0,07 nowokainy). Cięcie w linji środkowej od środka kości krzyżowej do otworu odbytu. Po odseparowaniu i wycięciu kości ogonowej dotarto do tylnej ściany odbytnicy, rozcięto ją na przestrzeni około 12 cm., przeciąwszy pierścień zwieraczy odbytu. W ten sposób udostępniła się przednia ściana odbytnicy i siedzący na niej guz, który usunięto wraz z sąsiednią przylegającą doń śluzówką. Powstały ubytek zaszyto częściowo w poprzecznym, częściowo w podłużnym kierunku, pozostawiając ubytek, do którego dochodził wychodzący na zewnątrz przez odbyt dren z bocznym otworem. Tylną przeciętą ścianę odbytnicy łącznie ze zwieraczami odrestaurowano za pomocą szwu strunowego zupełnie. Szwy jedwabne na skórę, w górnym rogu rany, w miejscu, gdzie wycięto kość ogonową, założono pasek gazy. Aseptyczny opatrunek uciskowy. Przebieg pooperacyjny był nagół gładki. W 10 dni zrobiła się niewielka przetoka kałowa, która szybko zamknęła się. Po 2 tygodniach chory był w stanie zatrzymywać wiatry i stolce.

Wynik badania mikroskopowego usuniętego guza (Dr. Siedlecka): utkanie typowe dla **Sarcoma fusocellulare.**

Chory zaczął chodzić, rana skórna miała się już na zagojeniu, gdy dosyć nagle, w 5 tygodni po operacji nastąpiło pogorszenie stanu ogólnego.

Chory stracił apetyt, opanowała go senność, wreszcie w 12 tygodni po operacji zmarł.

Badanie pośmiertne (Dr. Siedlecka) wykazało miejscowo brak nawrotu, ściana odbytnicy na całej przestrzeni dobrze zrośnięta. W wolnej jamie otrzewny płynna krew, przerzuty z wielkiemi wylewami krwawemi w wątrobie. Zanik brunatny mięśnia sercowego, wyleczona gruźlica obu wierzchołków płuc, rozpadowa gruźlica prawego nadnercza.

W przypadku naszym uderza bardzo długi okres trwania choroby, co nie jest zwykłe dla mięsaka. Przypuścić należy, że na początku choroby były guzy łagodne, miękkie włókniaki, które wskutek niedokładnego usunięcia (wyrwanie palcem) dały nawrót z pozostawionych szypuł i dopiero w ostatnim czasie uległy przemianie złośliwej (łącznotkankowiec łagodny w łącznotkankowiec złośliwy).

Droga dotarcia, wybrana w tym przypadku, była odmienna od stosowanej zwykle w guzach odbytnicy. Dała ona doskonały dostęp do guza, który ze względu na jego charakter (nie rak) został usunięty tylko z częścią przylegającej doń ściany prostnicy, prostnica mogła być zachowana, ściana jej tylna po przecięciu dała się łącznie z przeciętemi zwieraczami dobrze odbudować. Dostęp ten można polecić dla guzów przedniej ściany odbytnicy.

*) Rzecz wygłoszona na XXIII Zjeździe Chirurgów polskich w Warszawie.

Z praktyki prywatnej.

Swoiste przerzuty mózgowe ze strony ukrytego Deciduoma malignum s. Chorionepithelioma u mężczyzny (amaurosis, hemianopsia homonyma, ophthalmoplegia cruciata, hallucinatio unilateralis) *)

Podał
Henryk HIGIER (Warszawa).

Przypadek, który w krótkości zreferować zamierzam, należy do niezwykłych zarówno klinicznie, ze względu na sposób powstania i przebieg, jak anatomopatologicznie w swojej histogenezie, wyjątkowo rzadkiej wogóle a zwłaszcza u płci męskiej.

35 letni mężczyzna dotąd, poza przebytą rzeżączką, zupełnie zdrowy, od kilku tygodni dotknięty, zdaniem chirurga, niewinnym bezbolesnym wodniakiem jądra, zachorowuie nagle i niespodziewanie wśród pracy pozornie bez powodu. W ostatnich czasach niepokoiły go tu i owdzie niewinne bóliki, raczej uczucie ciężkości głowy, które mu atoli nie przeszkadzało w pracy fizycznej i umysłowej, bardzo przykrej i niehigienicznej. Chory przypisywał słusznie ten „ucisk czaszki"

*) Demonstrowane w Tow. Neurol. 13 Marca 1926 r.

www.dlibra.wum.edu.pl

właśnie nadmiernej i pełnej trosk pracy dziennej i nocnej.

Pewnego dnia stracił na chwilę przytomność w godzinę po zwykłym, bez spirytualij w ścisłem kole rodzinnem spożytym, obiedzie. Obudził się natychmiast z gwałtownym bólem i zawrotem głowy oraz bezustannemi wymiotami. Sprowadzony na miejsce lekarz Pogotowia stwierdził mocno przyspieszoną czynność serca, suchość jamy ustnej i nosowogardzielowej, zupełną ślepotę, niezwykle rozszerzone, leniwie na światło oddziaływujące źrenice i rozpoznał ostre zatrucie mięsem.

Gdy widziałem chorego w jakie 8 godzin później, ostry okres choroby minął już zupełnie. Pacjent był spokojny i zupełnie przytomny, objaśniał mnie dokładnie i szczegółowo co do przebytego napadu. Jako kuśnierz był on do ostatnich dni mocno przepracowany. Nigdy chorób poważnych nie przechodził, zwłaszcza zakaźnych i wenerycznych, sercowych i nerkowych, palił miernie, trunków nie nadużywał. Ślepota miała się zjawić nagle, jak zresztą cały napad.

Zatrucie mięsem, o którem myślał lekarz Pogotowia, opierający się na wystąpieniu zespołu objawów w godzinę po spożyciu obiadu, na obfitych wymiotach, suchości nadmiernej ust i gardzieli, przyśpieszeniu tętna, ślepocie i rozszerzeniu źrenic, pacjent, skądinąd inteligentny i dobrze się obserwujący, uważa po minięciu napadu za mało prawdopodobne. Ani żona i syn, ani też służba nie wykazują żadnych objawów botulizmu. Mięso było świeże i dobrze wygotowane, jak również młode jarzyny. Konserwy i ryba nie należały do skromnego jadłospisu. Uczucie suchości znikło bez śladu, również ślepota minęła po upływie 6 godzin, wymioty ucichły, jedynie ból głowy pozostał uporczywy, zwłaszcza w obrębie prawej potylicy.

Podczas badania stwierdziłem ciepłotę 37.3, tętno 88, narządy wewnętrzne prawidłowe.

Bezwład prawego n. okoruchowego z opadnięciem powieki, rozszerzeniem źrenicy, porażeniem mięśnia dowodzącego gałkę i dwojeniem w prawym dolnym kwadrancie.

Leniwa reakcja świetlna prawej, ad maximum rozszerzonej źrenicy.

Dno oka obu stron normalne.

Hemianopsia homonyma sinistra na biały kolor i barwy. Wzrok pozatem dobry, poznaje drobne litery, niema aleksji i agrafji.

Gruba siła ruchowa i czucie nietknięte.

Orjentacja i pamięć, mowa i inteligencja niezakłócone.

Mocz bez białka i cukru.

Rozpoznanie botulizmu, możliwe w pierwszej godzinie choroby, musiałem też porzucić, trudniej atoli było zastąpić je przez lepsze. Przeciwko udarowi arterjosklerotycznemu przemawiał młody względnie wiek, nieskazitelna przeszłość pracowitego, zbytnio nie palącego i nie pijącego osobnika, nie wykazującego zresztą cech konstytucji apoplektycznej. Pochodzenie i umiejscowienie mózgowego niewątpliwie ogniska również nie były zbyt przejrzyste.

Udarowo występująca zupełna ślepota, przechodząca po godzinach w hemianopsję jednostronną, nie jest bynajmniej zjawiskiem pospolitem, zwłaszcza, gdy się a limine odrzuci zarówno ślepotę funkcjonalną lub histeryczną i t. zw. **amaurosis fugax** hemikraników i syfilityków. Przemijająca ślepota, którą się tu i owdzie spostrzega w ostrem zapaleniu pozagałkowem, była tak samo mało prawdopodobna, jak niedowidzenie w mocznicy i nefrosklerozie. O ślepotach anemicznych i toksycznych (chinina, ołów, denaturat), trudno też było myśleć wobec braku odnośnych czynników etjologicznych.

Gdy po kilku godzinach z ślepoty zupełnej pozostało jedynie niewidzenie połowicze, wyłoniła się nowa koncepcja diagnostyczna. Hemianopsji jednostronnej, jako takiej, przypada naogół, jak wiadomo, niewielka waga topograficzno - rozpoznawcza, gdyż jest ona w jednakowym stopniu charakterystyczna dla całego toru wzrokowego: od ośrodka wzrokowego po przez Gratioleta koronę promienistą, dolny pęczek podłużny, wzgórek wzrokowy, boczne ciałko kolankowate i przedni wzgórek czworaczy. Umiejscowienie daje się ustalić jedynie dzięki objawom towarzyszącym: objawy ze strony nerwów czaszkowych przy zajęciu **tractus optici**, objawy ze strony torebki wewnętrznej przy zachorzeniu **thalami optici**, liczne niedowłady oczne, zaburzenie równowagi i przytępienie słuchu przy hemianopsji wychodzącej z **corpora quadrigemina.** Co do obu stacyj krańcowych toru wzrokowego — obwodowej i ośrodkowej, — to przedewszystkiem na korzyść pierwszej świadczyło bardzo niewiele.

Odruch świetlny normalnej źrenicy był zachowany, rozszerzonej upośledzony. Obecności t. zw. Wernickeowskiej sztywności hemianoptycznej źrenicy, mającej być charakterystyczną dla zachorzeń pasma wzrokowego (**Tractus**), nie udało się dowieść z przekonywającą wyrazistością, wreszcie brakło objawów lokalnych, jeśli się nie było skłonnym uważać za nie niedowładu skrzyżowanego n. okoruchowego, brakło wreszcie mydrjazy (Behr) po stronie hemianoptycznej.

Był natomiast szereg cech, które przemawiały raczej na korzyść lokalizacji wewnątrz-mózgowej lub korowej. Przedewszystkiem uderzał stały ból miejscowy, samoistny i opukowy w obrębie potylicy prawej. Po drugie, tak rozległy ubytek w polu widzenia ma skłonność do wyrównania się jedynie przy uszkodzeniu kory, ślepota mózgowa wyjątkowo bywa stała. Po trzecie, zwracały uwagę swoiste halucynacje w pierwszych dniach choroby, gdy się bliżej obserwowało pozostawionego w spokoju chorego. Widział on w ślepem polu widzenia, gdy się nie odwracało sztucznie jego uwagi, ciągle płomienie, iskry i gwiazdy; tu i owdzie przeraźliwe obrazy w rodzaju bezgłowych noworodków, wykrzywionych chłopców, bezbrodych i rogatych starców, — wizje, które nie znikały i przy zamkniętych oczach.

Omamy tego rodzaju, naogół bardzo rzadkie, opisałem przed wielu laty w obszerniejszej monografji[1]) „O halucynacjach jednostronnych" (Wiener Klinik 1896, str. 160, Gaz. Lekarska 1895) jako charakterystyczne dla uszkodzenia kory, specjalnie u hemianopików potylicznych. Nie poruszam w tem miejscu sprawy, mniej ważnej dla interpretacji przypadku naszego, czy wizje wspomniane należy traktować jako rzeczywiste omamy, czy też jako halucynacje wrzekome czyli apercepcyjne, stojące pośrodku między bardzo żywemi obrazami pamięciowemi a złudzeniami zmysłowemi, czy powstały one wskutek drażnienia **fissurae calcarinae** czyli optycznego pola recepcyjnego (objawy świetlne w ośrodku spostrzegania) lub, jak Henschen woli, bocznego odcinka kory potylicznej, czyli optycznego pola engramowego (złudzenia wzrokowe w ośrodku wyobrażeniowym).

Nie łatwe do objaśnienia było porażenie skrzyżowane n. okoruchowego. Uszkodzeniu sfery wzrokowej towarzyszą wprawdzie liczne objawy ubytkowe w dziedzinie aparatu gałkoruchowego (ociężałość patrzenia w stronę hemianopsji, ustawienie gałek wrzekomozezowate, leniwość ruchów gałek przy próbie obejmowania polem widzenia mniejszych przedmiotów), ale nigdy istotna i tak rozległa oftalmoplegja.

[1]) H. Higier. Ueber unilaterale Halluzination. Odczyt kliniczny. Wiener Klinik 1896. Streszczenie tych spostrzeżeń i bliższe omówienie ich—wobec wyczerpania Wiener Klinik w handlu—znajduje się u autorów: Wilbrand-Saenger. Neurologie des Auges. 1910—1916, P. Schröder. Ueber Gesichtshalluzinationen. Archiv. f. Psychiatrie 1925, T. 13, str. 292, A. Gronberga. Contribution à l'étude des hallucinations. Acta medica scandinavica. 1926, T. 63, str. 366.

www.dlibra.wum.edu.pl

W przesłanki powyższe uzbrojony, przystąpiłem do terapji. Mimo kategorycznego zaprzeczenia infekcji swoistej i mimo ujemnego Wassermanna, zaleciłem energiczną kurację rtęciowo-jodową, która istotnie w ciągu kilku dni dała wynik bardzo zachęcający, a nawet znakomity. Ustępowała stopniowo hemianopsja, zmniejszył się niedowład mięśni ocznych. Poprawa, niestety, była zbyt krótkotrwała. Mimo znikania objawów miejscowych, zaczęły się potęgować objawy ogólno-uciskowe, które wskazywały na bezsprzecznie wzmagające się ciśnienie wewnątrzmózgowe; silne bóle głowy; **torpor cerebri;** osłabienie siły widzenia, obustronna leniwość odczynu źrenicznego, objawy zastoinowe na dnie oka, asynergja ruchów kończyn górnych, ataksja kadłuba. Rozpoznanie przeto zaczęło się chylić w stronę ostro powstałej sprawy uciskowej mózgu.

Ponieważ za zapaleniem opon surowiczem, mimo nieznacznie wzmożonej ciepłoty, ani wywiady, ani też przebieg nie przemawiały, to wysuwało się na pierwszy plan coraz bardziej — wprawdzie raczej **per exclusionem** — przypuszczenie embolicznie powstałego guza przerzutowego okolicy potylicznej. Punkt wyjścia pozostał zupełną tajemnicą u osobnika dotąd zdrowego i na nic poza głową nie narzekającego.

Guzy mózgu przerzutowe, zazwyczaj pojedyńcze, nierzadko liczne, wynoszą około 3% ogólnej liczby nowotworów mózgu (Cassirer, Kalischer). Wogóle nie należy bynajmniej do wyjątków, że wtórne guzy mózgu dają o sobie znać, gdy pierwotny nowotwór narządów wewnętrznych jest jeszcze utajony, nierozpoznany, bezobjawowy. Trzymamy się też reguły niepodejmowania interwencji na mózgu, bezcelowej i bezskutecznej, gdy podejrzewamy ukrytą w trzewiach sprawę nowotworową, która i bez tego każe się domyślać niepomyślnego zejścia, jak również niewszczynania zabiegu na narządach wewnętrznych, gdy się domyślamy przerzutu, powolnie rozrastającego się w układzie ośrodkowo-nerwowym.

Kierując się tylko co wypowiedzianem, niełatwo było do rozstrzygnięcia pytanie wobec nagle powstałej ślepoty, następczej hemianopsji i cofania się tej ostatniej, czy mamy do czynienia z przerzutem odosobnionym czy też wieloogniskowym, przerzutem zajmującym wyłącznie prawe, czy też lewe zwoje potyliczne.

Już Harris przed laty blisko 30-tu (1897) zwrócił uwagę, że doraźnie powstające uszkodzenie zwoju klinowego potylicy (**Cuneus**) może dać zupełną ślepotę wskutek hamującego oddziaływania ogniska chorego na ośrodek wzrokowy zdrowej strony. Spostrzeżenie to potwierdził wkrótce potem Bruns (1901) w guzach potylicznych, a Mingazzini i Inoye w jednostronnych urazach postrzałowych zwojów potylicznych, usiłując między innemi tłumaczyć to dziwne zjawisko w ten zwykły sposób, że okolica urazu lub nowotworu uległa obrzmieniu, wywiera ucisk na sąsiednią zdrową część przeciwległej półkuli.

Monakow wini w tych przypadkach, bez bliższego uzasadnienia, wstrząs psychiczny i kommocyjny, biorąc za punkt wyjścia swoją hipotezę **diaschisis commisuralis et associativae.** O. Vogt wprowadza swój proces „przemieszczenia" (**Dislocatio**), przedstawiając sobie, że uraz tamuje czynność torów, względnie układów funkcjonalnych, które z bezpośrednio uszkodzonemi stanowią poniekąd jednostkę czynnościową, oraz przyczynia się w ten sposób do zaburzenia funkcjonalnego, wychodzącego daleko poza obręb miejscowego defektu.

O ile nie chcemy suponować problematycznego obrzęku obocznego jednego płata na sąsiedni przeciwległy, ani też korzystać z hipotetycznej djaschizy Monakowa, lub dyslokacji Vogta, to pozostaje nam przypuszczenie, że tenże proces przerzutowy dotknął obie półkule w miejscach symetrycznych, intenzywniej po stronie prawej, która dała dłużej trzymające się niedowidzenie połowicze. Że przy jednoczesnej embolizacji obu **Art. cerebri post.** dojść może do obustronnego udaru potylicznego z ślepotą mózgową, jest samo przez się zrozumiałe i było istotnie kilka razy obserwowane (Monakow, Goldstein, Minkowski, Berger).

Tak się rzecz miała z interpretacją naszego ubogiego **status praesens,** gdy w drugim tygodniu choroby na naradzie wspólnej (kol. Goldflam) myśl diagnostyczna zatrzymała się na prawdopodobieństwie guza mózgu i zdecydowano w celu uzupełnienia badania, bliższego umotywowania rozpoznania, ustalenia lokalizacji i ewentualnego wskazania do interwencji chirurgicznej, skierować chorego do szpitala. Niestety, stan chorego na oddziale nerwowym (kol. Flatau) tak szybkiemu uległ pogorszeniu, że nie było możności ani ścisłego badania, ani też wykonania jakiegokolwiek poważniejszego zabiegu. Podczas napadu zawrotu głowy z zapaścią, na 3-ci dzień pobytu w szpitalu, na 124 dzień choroby, pacjent nagle zmarł.

Sekcja wykazała (Płoński) w worku moszonowym pierwotny guz, wielkości średniej gruszki o spoistości niejednolitej, o otoczce dość ścisłej, grubości ½ ctm. Przerzuty liczne w gruczołach lędźwiowych, obu płucach i obu półkulach mózgowych. W ciemieniowym lewym płacie górnym obok **fissura occipitoparietalis** dwa ogniska wielkości orzecha laskowego, tuż pod korą, o barwie ciemno-wiśniowej, okrągłe, odgraniczone od otaczającej tkanki. W prawym płacie potylicznym guz wielkości jaja gołębiego, leżący luźno w jamie, utworzonej śród istoty mózgowej, a wysłanej skrzepłą krwią. Powierzchnja guzów nierówna, szarawo-brunatna, przekrój ciemno-różowy, o budowie siateczkowej.

O ile autopsja, następnego dnia dokonana, w grubych zarysach potwierdziła przyżyciową koncepcję diagnostyczną co do charakteru cierpienia mózgowego (**tumor multiplex metastatico-embolicus**) i topografji (obustronne płaty potyliczne), to jego lokalizacja pierwotna, umiejscowienie w innych narządach, a zwłaszcza charakter i budowa histologiczna nowotworu, były absolutnie nieoczekiwane.

Przypuszczać należy, że guz przerzutowy mózgu niekoniecznie szedł bezpośrednio z jądra, lecz że pierwotnie zajęte zostały gruczoły lędźwiowe, następnie zaś na drodze hematogennej płuca, skąd oderwane komórki złośliwe przedostały się z prądem krwi przez tętnicę szyjną do mózgu.

Badanie mikroskopowe ustaliło następujące charakterystyczne momenty:

FIG. I.

CHORIONEPITHELIOMA CEREBRI MASCULINUM:
a) beleczki syncytium z ciemno zabarwionemi jądrami;
b) komórki Langhansa z mitozą;
c) przestrzenie krwią wypełnione.

1) obfitość licznych komórek wielokątnych o jasnej zarodzi, zupełnie podobnych do komórek Langhansa;
2) obecność komórek olbrzymich i komórek zespójni (**Syncytiumzellen**) z jądrami podłużnemi, obfitującemi w chromatynę;

www.dlibra.wum.edu.pl

3) układanie się zespójni na obwodzie skupień komórek wielojątnych typu Langhansa;
4) liczne ogniska krwotoczne i martwicze z dużą ilością włóknika;

FIG. II.

CHORIONEPITHELIOMA CEREBRI MASCULINUM:
a) beleczki syncytium z ciemno zabarwionemi jądrami;
b) komórki Langhansa z mitozą;
c) przestrzenie krwią wypełnione.

5) wyraźny i bliski stosunek tych ognisk i komórek patologicznych do naczyń krwionośnych, wreszcie
6) wszelkie cechy złośliwości i rozrostu destrukcyjnego.

Rozpoznanie anatomopatologiczne brzmiało: nabłoniak kosmówkowy (**Chorionepithelioma s. Deciduoma malignum**), gdyż jedynie w tych guzach, nader złośliwych, spotyka się obok siebie komórki olbrzymie i zespójniowe o układzie odpowiadającym budowie kosmka, naczynia wypełnione komórkami typu Langhansa, obfite ogniska krwotoczne i martwicze miejscowe oraz przerzuty odległe o rozroście mocno destrukcyjnym i unaczynieniu bardzo bogatem.

Nabłonek kosmówki normalnej składa się, jak wiadomo, z dwu warstw: jednej, zawierającej duże wieloboczne lub okrągławe komórki o dużem pęcherzykowatem jądrze (komórki Langhansa), drugiej, pokrywającej od zewnątrz warstwę Langhansowską, stanowiącej masę protoplazmatyczną bez granic komórkowych, mieszczącej w sobie bardzo dużo jąder o wielkiej ilości chromatyny, t. zw. syncytium.

Guz kosmówkowy składa się z tychże elementów, z ściśle przylegających do siebie komórek zarodkowych, które wykazują to bezładną mieszaninę obu wspomnianych typów tkankowych, to większe skupiska i wysepki komórek Langhansa, otoczone przez tkankę syncytjalną, mającą tendencję niszczenia naczyń i inwazji do nich. Komórki nabłonkowe kosmówczaka są to właściwie komórki zarodka, które wnikają w organizm matczyny.

W patologji nowotworów zajmuje dziwny i niesłychanie interesujący kosmówczak — jak słusznie podkreśla Rosner[1]) — miejsce odrębne, gdyż nietylko nie ma sobie równego w innych narządach ciała, ale wprost brak mu pokrewnych, od którychby się tylko tą lub inną cechą różnił. Jest poprostu zupełnie inny od wszystkich znanych nowotworów:

a) Jest on nowotworem zabójczym, ale przytem nowotworem sui generis, który nie mieści się w ramach zwykłego naszego podziału na guzy złośliwe i łagodne.
b) Paradoksalny jest ten nowotwór, jak żaden inny, gdyż pochodzi z jednego ustroju (płodowego), a niszczy drugi (matczyny).
c) Największe niebezpieczeństwo jego tkwi w tem, co jest jego komórek czynnością fizjologiczną, tj. w zdolności otwierania naczyń i wnikania w naczynia.
d) Jest więcej zabójczy od najzłośliwszych nowotworów (przez krwawienia), a przecież nie jest złośliwy w ścisłem tego słowa znaczeniu.
e) Kosmówczak każe rokować jaknajgorzej, a przecież pozostawia iskrę nadziei samorodnego wyleczenia (przez zjawienie się prawdopodobnie jakichś niweczników w surowicy).

Guzom tym przypisywać się zwykło—i słusznie—pochodzenie nietylko kosmówkowe, ale katexochen płodowe, coby dowodziło, że zdarzają się one wyłącznie u kobiet, zawsze w związku z ciążą, poronieniem lub porodem oraz resztkami łożyska, bez lub z poprzedzającym zaśniadem groniastym (**mola hydatidosa**). Nowotwory te, swoiście kobiece, związane z tkankami, występującemi podczas normalnej ciąży, zdarzają się atoli w wyjątkowych razach u kobiet bez związku z ciążą, nawet u dziewic nietkniętych.

Jako istne **curiosum** embrjologiczne należy traktować guz kosmówkowy u mężczyzn, u których normalnie wogóle mowy być nie może o **decidua** lub **chorion**. Płoński er[2]) przytacza 7 ogłoszonych przypadków czystych nabłoniaków kosmówkowych u mężczyzn (Fink, Scott-Langcope, Frank, Oberndorfer-Seckel-Sigl, Zenoni, Reckendorf, Kaufmann), zaś nieco więcej takich guzów, gdzie w potworniakach (**teratoblastomata**) stwierdzono tu i owdzie rozsiane pojedyńcze elementy kosmówkowe.

Patogeneza zarówno czystych nabłoniaków kosmówkowych jak potworniaków z komórkami typu zespójni jest dotąd jeszcze niezupełnie ustalona. Nie zadawala bynajmniej teorja pochodzenia komórek olbrzymich i elementów zespójni z śródbłonków naczyń krwionośnych, z obłonków naczyń chłonnych, z **neuroepithelium**, z tkanki embrjonalnej naczyniotwórczej lub łącznej i t. d. Nie zadawalają też cytowane przez Płońskiera hipoteza **partogenetyczna**, uznająca możliwość dzieworództwa z komórek rozrodczych, z niedojrzałych komórek nasiennych, oraz hipoteza **blastomeryczna**, według której część zapłodnionego jaja, z którego ma się rozwinąć później całkowity płód, „zatrzymuje się w rozwoju i pozostaje w stanie niezmienionym śród różniczkujących się pozostałych elementów, zachowując, jako jedna z blasto-

[1]) A. Rosner: Ginekologja. T. II; str. 558. Kraków 1924.

[2]) M. Płoński er. Przyczynek do sprawy nabłoniaków kosmówkowych (Chorionepithelioma) u mężczyzn. Kwartalnik szpitala starozakonnych w Warszawie 1926.

[3]) p. Kaufmann. Lehrbuch der pathloogischen Anatomie.

www.dlibra.wum.edu.pl

mer, własność późniejszego tworzenia wszystkich trzech listków zarodkowych", między innemi tworzenia potworniaka z elementami kosmówkowemi (Marchand).

Najmniej zrozumiałe zostaną na długie jeszcze lata przypadki nabłoniaka kosmówkowego czyli kosmówczaka u mężczyzn w rodzaju naszego, który zarówno ze stanowiska rozwoju jak przebiegu klinicznego zaliczony być musi do białych kruków.

Streszczenia zbiorowe.

Z I Oddziału wewnętrznego Szpitala Wolskiego.
(Ordynator: Dr. Anastazy LANDAU).

Podstawowa przemiana materji i jej znaczenie kliniczne.

Podał

Mieczysław FEJGIN (Warszawa).

Sprawa podstawowej przemiany materji (p. p. m.) stanowi jeszcze jeden z wielu przykładów, jak skutecznie i szybko przyswaja sobie medycyna kliniczna zdobycze czysto teoretycznych pracowni fizjologicznych i patologicznych, jak przystosowuje je do swoich potrzeb codziennych i opiera na nich własne metody i wnioski. U nas praca nad p. p. m. dopiero odniedawna staje się aktualną, i nieliczne dotąd szpitale i instytucje posiadają odpowiednie przyrządy i prowadzą odnośne badania. W Warszawie np., o ile mi wiadomo, tylko klinika wewn. w szpitalu Dz. Jezus posiada przyrząd Krogha, szpital Ujazdowski — przyrząd Haldana oraz oddział d-ra Landaua w szpitalu Wolskim — eudiometr Laulanié. Dwa ostatnie przyrządy pozwalają określać całkowitą przemianę gazową człowieka, t. j. ilość tlenu zużywanego i bezwodnika kw. węglowego, wydzielanego jednocześnie, podczas gdy przyrząd Krogha służy wyłącznie do określania tlenu.

W piśmiennictwie polskiem zjawiło się dotąd stosunkowo bardzo niewiele prac z tej dziedziny, a szeroki ogół publiczności fachowej i niefachowej posiada dość nieścisłe wadomości o metodzie samej i jej znaczeniu klinicznem.

A jednak kwestja ta — pierwszorzędnej wagi zarówno pod względem praktycznym, jak i teoretycznym, wejść musi i u nas na porządek dzienny w klinice. Należy więc nieco dokładniej zapoznać się z samem pojęciem p. p. m., techniką badań, ich zastosowaniem i znaczeniem.

Wszelkie procesy, związane z życiem komórki roślinnej, czy zwierzęcej, sprowadzają się do rozpadu, wzgl. syntezy różnych związków chemicznych (procesy kata—i anaboliczne) i do przemiany energji chemicznej na cieplną lub mechaniczną. Podstawę tych procesów stanowi wyzyskiwanie przez zaródź komórki żywej potencjalnej energji, dopływającej do niej w postaci substancji odżywczych — białek, tłuszczów i węglowodanów, a to dzięki utlenianiu i rozkładowi tych substancyj do związków najprostszych (CO_2, H_2O i t. d.). Wyzwala się przytem określona ilość ciepła, zależna wprost od natężenia i rozmiarów procesów życiowych, a którą możemy zmierzyć bądź bezpośrednio — w kalorymetrze, bądź też drogą pośrednią. Zrozumiałą jest bowiem rzeczą, że ilość energji cieplnej, wyzwalanej przy utlenianiu, oraz ilość zużywanego przy tem tlenu i utworzonego z węgla spalonych substancji dwutlenku stanowią dwie ściśle sobie odpowiadające i zależne od siebie strony tegoż samego zjawiska biologicznego, którego miernikiem każda z nich być może.

Całość procesów chemicznych i mechanicznych, zachodzących w ustroju w związku ze spełnianiem wszelkich jego funkcyj i przejawów życiowych, nazywamy całkowitą przemianą materji. Na czynności życiowe ustroju zwierzęcego składają się jednak procesy nader różnorodne. Jedne z nich, mianowicie związane ze spełnianiem czynności niezbędnych dla samego istnienia, stanowią nieodzowne minimum przejawów życiowych, są „irreductibles" podług wyrażenia Terroinea, przerwane być nie mogą ani na chwilę. Należą do nich pobieranie i spalanie substancyj odżywczych w obrębie zarodzi komórek samych, oddychanie, krążenie, zachowanie pewnego napięcia mięśni i t. d. Inne natomiast, jak przyjmowanie i trawienie pokarmów, dowolna praca mięśniowa, częściowo regulacja cieplna, są warunkowe, mogą być czasowo przerywane lub podejmowane, zależnie od naszej woli i czynników zewnętrznych. Stanowią one składnik przypadkowy i zmienny czynności ustroju żywego.

Otóż część całkowitej przemiany materji, zależną od tych pierwszych nieodzownych procesów życiowych określamy jako podstawową — „metabolisme basal.". Stanowi ona tedy tę minimalną ilość energji cieplnej, jaką wytwarza ustrój w warunkach zupełnego wyeliminowania wszelkich czynności, nie należących do grupy „irreductibles", to jest w warunkach zupełnego spoczynku mięśniowego, naczczo i w braku konieczności stosowania regulacji cieplnej z otoczeniem. Badania winny być dokonywane zrana, w pozycji leżącej i w absolutnym spoczynku mięśniowym i psychicznym, w 14 — 16 godzin po przyjęciu ostatniego posiłku, który nie powinien zawierać substancyj białkowych.

Badany musi być dobrze okryty, aby nie odczuwał ani zimna, ani gorąca. Lefévre nawet kazał umieszczać badanego w kąpieli wodnej o 36° w celu osiągnięcia zupełnego zniesienia regulacji cieplnej ustroju („neutralité thérmique"). Większość jednak autorów uważa, że ciepłota otoczenia 16° przy szczelnem okryciu badanego zupełnie wystarcza. Jak znaczne błędy wynikać mogą z niewypełnienia tych warunków, wnosić możemy z następujących kilku przykładów. P-g Roeringa i Zuntza intensywność procesów spalania w ustroju zwierzęcym przy obniżeniu ciepłoty

www.dlibra.wum.edu.pl

otoczenia z 19° do 5° wzrasta wtrójnasób. P-g Lévrea człowiek produkuje 2 ciepłostki na 1′ w temperaturze 30°, a 18,5 ciepłostek w temperaturze 5°. Benedict i Carpenter obliczyli, że żucie gumy zwiększa o 17% produkcję ciepła spokojnie leżącego człowieka.

Przejdziemy teraz do sposobów mierzenia p. p. m. u ludzi. Jak już wspominaliśmy wyżej, istnieją 2 zasadnicze sposoby badania — za pomocą bezpośredniej kalorymetrji, kiedy umieszcza się badanych w odpowiednio zbudowanej komorze, w której przebywać mogą dowolnie długi przeciąg czasu, podlegając pomiarom ilości ciepła, wydalanego przez promieniowanie oraz parowanie wody z płuc i powierzchni skóry; pośrednio zaś, przez określanie wymiany gazów oddechowych badanego osobnika.

Otóż w 1867 r. Pettenkofer i Voit zbudowali swoją komorę oddechową, w której badali wymianę gazową i cieplną u zwierząt, a Rubner, uczeń Voita, pierwszy skonstruował komorę, nadającą się do badań na ludziach. Wykazał on, między innemi, pierwszy, że spalanie pokarmów w ustroju wyzwala takąż ilość ciepła, jak gdyby spalane one były doświadczalnie w probówce.

W tymże mniej więcej czasie powstawały przyrządy, przeznaczone do mierzenia samej tylko przemiany gazowej — i to na dwuch odmiennych oparte zasadach.

Już w 1849 r. mianowicie Regnault i Reiset podali pomysł przyrządu do badania wymiany oddechowej u zwierząt, gdzie zwierzęciu, leżącemu w szklanej klatce, doprowadzano tlen z zamkniętego zbiornika o wiadomej pojemności, wydychany zaś dwutlenek węgla pochłaniany był przez rozczyn ługu. Zasada ta utrzymana została we wszystkich współczesnych przyrządach o t. zw. krążeniu zamkniętem („à circuit fermé"), których najbardziej u nas znanym przedstawicielem jest przyrząd Krogha, opisany niedawno szczegółowo na posiedzeniu Warsz. Tow. Lek. przez Szczepańskiego. Już Regnault badał współczynnik oddechowy oraz wpływ różnych pokarmów na ilość pochłanianego tlenu i wydychanego dwutlenku węgla.

Znacznie szybszy rozwój całej sprawy zapewniło jednakże wprowadzenie przez Zuntza i Gepperta przyrządu o krążeniu otwartem („à circuit ouvert").

Osobnik badany oddychał powietrzem zewnętrznem, a badaniu poddawane były próbki wydychanego powietrza, przechodzącego przez gazomierz, dla określenia jednocześnie pojemności oddechowej w jednostce czasu. Przyrząd ten umożliwił określanie przemiany gazowej człowieka w krótkich odstępach czasu ze ścisłością, nie ustępującą metodom współczesnym. Najbardziej obecnie u nas znany z przyrządów tego typu jest przyrząd Haldana, opisany szczegółowo w pracy mjr. Szulca z Wojsk. instyt. sanit. Magnus—Levy, pracując aparatem Zuntz—Gepperta, już w końcu ub. stulecia nietylko rozpoczął nowy okres w tej dziedzinie, ale właściwie ustalił wszystkie zasadnicze najważniejsze fakty z zakresu fizjologji i patologji przemiany materji.

Najwspanialszy rozwój osiągnęła jednak nauka o p. p. m. dopiero w b. stuleciu, z chwilą, kiedy w Ameryce Półn. zaczęto się nią zajmować na szerszą skalę. Dzięki nieograniczonym wprost środkom materjalnym i kolosalnemu rozmachowi pracy udało się badaczom amerykańskim w krótkim stosunkowo czasie postawić sprawę na b. wysokim poziomie, zarówno pod względem technicznym, jak i z punktu widzenia osiągniętych wyników naukowych.

W pierwszym dziesiątku b. stulecia Atwater i Benedict skonstruowali nader ścisły kalorymetr, w którym można było trzymać badanego osobnika po kilka dni z rzędu, prowadząc ciągle pomiary i obserwacje.

W 1913 r. zbudowano kosztem olbrzymich środków wspaniałą komorę kalorymetryczną w Russel Sage Institute of Pathology, gdzie ześrodkowały się studja nad przemianą materji. Jednocześnie powstał drugi podobny ośrodek naukowy w olbrzymich klinikach braci Mayo z Rochester. Jednak kalorymetry takie, jak komora w Russel Sage Inst. zupełnie się nie nadają do pracy klinicznej z powodu olbrzymich kosztów i wielce skomplikowanej konstrukcji, wymagającej bardzo uciążliwych i trudnych technicznie badań i specjalnie wyszkolonego personelu.

Zjawia się natomiast szereg przyrządów mniejszych, często przenośnych nawet, służących wprawdzie tylko do badania przem. mat. pośredniej — gazowej, ale dzięki niewielkim rozmiarom, prostej konstrukcji, krótkotrwałości i mało złożonej technice badań, doskonale nadających się do zastosowania w klinice. Do tych przyrządów, prócz wspomnianych już wyżej aparatów Krogha, Haldana i Laulanié, należą różne modyfikacje przyrządu Benedicta, rozpowszechnione w Ameryce, przyrząd Barcrofta i inne.

Badania w komorach kalorymetrycznych typu Atwater — Rosay — Benedicta np. wykonywa się w ten sposób, że, mierząc ciągle ciepłotę wody, krążącej między podwójnemi ścianami komory, ciepłotę powierzchni ciała osobnika, znajdującego się w komorze, oraz ilość pary wodnej, wydalanej przezeń w określonym czasie, oblicza się całkowitą ilość ciepła, wyzwalaną przez dany ustrój w czasie badania. Pobierając zaś co jakiś czas próbki powietrza z komory, do której tlen zostaje doprowadzany ze zbiornika poprzez gazomierz, określa się jednocześnie pośrednią gazową przem. materji, uzyskując możność stałego porównywania wyników.

Z przyrządów do badania p. przem. m. pośredniej, używanych w klinikach, opiszemy dla przykładu przyrząd francuski, którym posługujemy się na oddziale D-ra. A. Landaua w szpitalu Wolskim, a który zbudowany na zbliżonych podstawach do przyrządu Haldana, dzięki uproszczonej zmianie konstrukcji i łatwemu manipulowaniu, przy zupełnie dostatecznej dla celów praktycznych ścisłości, nadaje się szczególnie do celów i zastosowania klinicznego.

Składa się on z 4-ch części zasadniczych: 1) z maski Tissota, ściśle obejmującej twarz badanego i połączonej z powietrzem zewnętrznem za pomocą metalowej rurki; 2) kilkulitrowego słoja szklanego, połączonego za pomocą grubej rury gumowej z otworem wydechowym maski — przez inną rurkę komunikuje się słój ten z gazomierzem Verdina (3), a przez 3-cią cienką rurkę — z najważniejszą częścią aparatu — eudjometrem Laulanié (właściwy analizator) (4).

www.dlibra.wum.edu.pl

Badany nakłada maskę i wdycha powietrze zewnętrzne, które z maski przechodzi do wielkiego słoja, wypełnia go i przez gazomierz uchodzi nazewnątrz, rejestrując objętość swą na zegarze gazomierza. Oczywiście, że wszystkie te drogi zaopatrzone są w wentyle, zabezpieczające ściśle jednostronny przepływ gazu. Po skończonem doświadczeniu, które trwa zwykle około 10', słój wypełniony jest powietrzem wydechowem badanego, którego próbki możemy pobierać do eudjometru i poddawać analizie. Eudjometr składa się z 2-ch naczyń — w jednem znajduje się ług, w 2-iem fosfór biały, zanurzony w wodzie. Każde z tych naczyń zosobna za pomocą trójkanałowego kranu połączone być może ze specjalną biuretą w kształcie litery U. Jedno kolano biurety, o objętości ściśle 100 cm.^{3} i posiadające podziałki cm.^{3}, za pomocą tegoż kranu może być połączone (prócz naczyń z ługiem i fosforem) także i z powietrzem zewnętrznem lub ze szklanym słojem. Drugie kolano jej stanowi tylko wodny barometr, zapomocą którego możemy stale regulować ciśnienie w kolanie zamkniętem do atmosferycznego. Biureta cała zanurzona jest w naczyniu z wodą celem utrzymania równomiernej ciepłoty badanego powietrza. Dolna część biurety przechodzi w rurkę, komunikującą się za pomocą długiego węża gumowego z ruchomem naczyniem, wypełnionem wodą. Podnosząc i opuszczając to naczynie oraz odpowiednio manipulując kranem, możemy do zamkniętej części biurety wciągnąć bądź 100 cm.^{3} powietrza zewnętrznego, bądź badanego powietrza ze słoja, przeprowadzać je kolejno do naczynia z ługiem, potem do fosforu. Odczytując każdorazowo ubytek objętości, zawsze przy ciśnieniu atmosferycznem i w stałej ciepłocie, określamy zawartość dwutlenku i tlenu w badanej próbce powietrza. Ponieważ wynik wypada w cm.^{3} na 100 cm.^{3} badanego powietrza — przedstawia więc odrazu zawartość każdego składnika w %. Przed każdem badaniem klinicznem dokonywamy analizy powietrza otaczającego.

Pozostaje teraz do wyjaśnienia, w jaki sposób oblicza się p. p. m. na podstawie składu wydychanego powietrza, i jak określa się t. zw. normę p. p. m.

Substancje odżywcze, spalając się w ustroju, zużywają pobierany z zewnątrz tlen w ilości, określonej ich składem chemicznym, wydzielając zawarty w nich węgiel w postaci CO_2. Wiedząc więc, jaki składnik pokarmowy ulega w danym momencie spalaniu, znając jego skład chemiczny i wartość cieplną 1-go grm. (4,1 ciepł. dla białka i węglowod., 9,1 ciepł. dla tłuszczów), możemy z ilości zużytego tlenu z łatwością obliczyć, ile danej substancji zostało spalonej i wiele ciepłostek się przytem wytworzyło. A następnie, już za pomocą zwykłego dzielenia możemy również określić, jaka liczba ciepłostek zostaje wyzwolona w ustroju przy zużyciu 1 litra tlenu na spalenie danego składnika pokarmowego. Stanowi to właśnie t. zw. wartość cieplną tlenu — różną, oczywiście, dla różnych pokarmów. Tak więc, na podstawie zużytej ilości tlenu obliczyć można produkcję cieplną ustroju w ciągu danego czasokresu, jeżeli tylko wiemy, jaki rodzaj pokarmów ulega utlenianiu — t. j. jaka jest wartość cieplna 1 litra tlenu w danym przypadku. Otóż — co do jakości spalanych w danej chwili substancyj orjentuje nas, przynajmniej ze znacznym stopniem przybliżenia, określenie współczynnika oddechowego RQ, to jest stosunku objętości wydychanego CO_2 do zużywanego tlenu. Cząsteczka węglowodanów bowiem, ulegając zupełnemu spalaniu do CO_2 i H_2O, zużywa objętość O_2 równą objętości CO_2 otrzymanego ($C_6H_{12}O_6 + 6O_2 = 6CO_2 + 6H_2O$) — czyli przy spalaniu w ustroju samych tylko węglowodanów RQ $\left(\text{stos.}\frac{CO_2}{O_2}\right)$ wynosić musi jedność 1. W podobny sposób obliczyć można, że spalanie wyłączne tłuszczów daje RQ = 0,7 (0,703), a samych białek — RQ = 0,85. Z drugiej zaś strony okazuje się, że wartość cieplna 1 l. tlenu wynosi około 5 ciepł. (5,04), jeżeli utlenianiu podlegają węglowodany, to j. przy RQ = 1; 4,69 ciepł. zaś przy spalaniu tłuszczów (RQ = 0,7). Inne wartości RQ, znajdujące się pomiędzy 0,7 a 1,0 dowodzą, że utlenianiu ulegają różne z 3-ch składników odżywczych w określonym stosunku, który też obliczyć się daje. Np. przekonano się, że normalny osobnik na zwykłej mieszanej djecie posiada RQ = 0,82 — 0,84, czemu odpowiada wartość cieplna 1 litra tlenu — 4.8 c. Zwiększający się wsp. odd. bliższy do 1,0 dowodzi większego udziału węglowodanów, zmniejszający się do 0,7 — tłuszczów w spalaniu, czemu odpowiadają również odpowiednie zmiany w wartości cieplnej 1 l. zużytego tlenu (4,92 ciepł. dla RQ = 0,9 nap.), lub (4,74 ciepł. dla RQ = 0,75). Tylko w przypadkach patologicznych współcz. odd. obniżać się może poniżej 0,7 (do 0,6 np.); wzrasta zaś powyżej 1 w okresie intensywnego odżywiania — i u uzdrowieńców, kiedy węglowodany zamieniają się w ustroju na tłuszcz (zużywa się wtedy mniej tlenu, aniżeli powstaje CO_2, jak to z porównania składu chemicznego tych substancyj wynika). Podobnież i na początku okresu t. zw. hyperwentylacji płuc, kiedy wskutek forsownego i głębokiego oddechu krew wyzbywa się większej, niż normalnie, części swego dwutlenku, zmniejszając jego napięcie i t. zw. rezerwz alkalij (pozorna kwasica), a tlenu zatrzymuje więcej, niż zwykle, znajdujemy w pierwszych chwilach przynajmniej — RQ = 1. Odwrotne zjawisko zachodzi w pierwszyh chwilach po skończonej hyperwentylacji, kiedy krew, starając się podnieść swoją zawartość CO_2 do poziomu zwykłego, mniej go oddaje na zewnątrz, niż zwykle — wobec niezmienionej w porównaniu z normą ilości zużywanego tlenu — znajdujemy wtedy sztuczne obniżenie RQ. Podobną hyperwent. stwierdzamy zwykle u osób wrażliwych, wskutek wzruszenia psychicznego, szczególnie w pierwszych minutach badania — o czem pamiętać należy, aby uniknąć błędnych wniosków przy stwierdzaniu RQ = 1 lub wyższych. Teraz już z łatwością zrozumieć można samo obliczenie p. prz. mat. w każdym poszczególnym przypadku na zasadzie badania wymiany gazów oddechowych. Otóż, w którymkolwiek ze wspomnianych tu przyrządów poddajemy badaniu próbkę wydychanego przez badanego osobnika powietrza i próbkę powietrza otaczającego. Z zestawienia tych dwuch analiz określamy ilość zużywanego tlenu, na 1' wydzielanego CO_2 i współcz. odd. RQ. w wydychanem powietrzu, którego objętość minutową odczytujemy na gazomierzu. Obliczamy następnie, ile tlenu zużywałby ustrój badany na godzinę i wreszcie na dobę — w warunkach badania (t. j. naczczo i w spoczynku mięśniowym), mnożymy przez wartość

www.dlibra.wum.edu.pl

cieplną tlenu (odpowiednią dla danego przypadku) i otrzymujemy ilość ciepła, wytwarzaną przez dany ustrój w warunkach, określonych powyżej jako minimalna, czyli podstawowa przemiana materji. Jednakże stwierdzenie absolutnej liczby ciepłostek, wytwarzanych przez dany ustrój, nie daje nam jeszcze pojęcia o tem, czy procesy spalania toczą się w nim normalnie, czy nie. Należy mieć jeszcze możność porównania z t. zw. normalną p. prz. mat., to jest z liczbą ciepł., wytwarzanych przez ustrój normalny w tym samym wieku, tego samego wzrostu, wagi, tej samej płci. Jednem słowem, należy jeszcze ustalić normy odnośnie do wieku, tuszy, płci, rasy i t. p. Zrozumiałą jest bowiem rzeczą, że, aczkolwiek każdy człowiek posiada w warunkach normalnych pewien prawie stały poziom p. prz. mat., cechujący niejako jego konstytucję, to absolutna wartość tej p. prz. mat różna jest w każdym poszczególnym przypadku — i porównywać możnaby było tylko zupełnie identyczne pod względem wieku, płci, wagi i t. d. osobniki. Toteż dokonano ogromnej liczby badań serjami na osobnikach normalnych w celu otrzymania wartości przeciętnych.

Zestawione wyniki ujęte zostały w tablice, z których, jak np. z tablic Harrisa i Benedicta, Boothby i Sandiforda, z łatwością obliczyć zawsze można poziom p. prz. mat., odpowiadający teoretycznie normalnemu osobnikowi o odpowiednim wieku, wzroście, wadze i płci. Wartość w ciepłostkach, otrzymaną w każdym poszczególnym badanym przypadku porównywamy z odpowiadającą mu w tablicy normą, wyrażając różnicę w % z odpowiednim znakiem. Nap. p. prz. + 10% oznacza, iż u danego osobnika otrzymano liczbę ciepłostek na dobę o 10% przewyższającą należną mu podług tablicy normę. Można również wyrażać wartość p. prz. mat. w innej postaci — np. w liczbie cm.³ tlenu, zużytego w jednostce czasu, jak to przyjęte jest np. przy pracy aparatem Krogha. Jednak — bez uwzględnienia wzrostu i wagi badanego oraz jego współcz. oddech. — to jest wartości cieplnej tlenu, nie mamy zupełnie pojęcia o poziomie jego produkcji cieplnej. Podobnież nieścisłe jest wyrażenie p. prz. mat w liczbie ciepłostek na 1 kg. wagi ciała. Intensywność procesów spalania w ustroju zależy bowiem tylko od ilości czynnej zarodzi komórek. Wszelkie zaś substancje bierne i rezerwowe, jak tłuszcz, woda obrzękowa np. i t. d., zmieniając znacznie wagę, nie wpływają zupełnie na poziom p. prz. mat. Wynika więc z tego, że dwu normalnym pod wzgl. p. prz. mat. osobnikom o bardzo różnej wadze odpowiadać powinna identyczna wartość ciepłostek na dobę, jeżeli różnica wagi wynika tylko z otyłości jednego np., a posiadają obydwaj mniej więcej jednakową ilość mięśni, krwi i t. d., to jest życiowo czynnej substancji. Obliczając jednak p. prz. mat. w stosunku do jednego kg. wagi, otrzymamy oczywiście bardzo niską wartość u otyłego, to jest cięższego osobnika, podczas gdy obliczanie na 1-stkę powierzchni ciała wykaże zbliżone do siebie wartości w obydwu. Podobnież i u różnych zwierząt obliczanie p. prz. mat. w stosunku do 1 kg. wagi wykazuje kolosalne różnice dla gatunków niejednakowej wielkości. Np. człowiek produkuje przec. 32,1 ciepł. na 1 kg. wagi i na dobę — mysz 212 ciepł. na 1 kg. i dobę.

Otóż 1882 r. przez Richeta i Rubnera wygłoszone zostało t. zw. „prawo powierzchni", które stwierdza, że u wszystkich zwierząt ciepłokrwistych wydatki energetyczne, obliczone na jednostkę powierzchni ciała są mniej więcej jednakowe. I rzeczywiście, posiłkując się przytoczonym powyżej przykładem człowieka i myszy, okazuje się, iż na jeden metr powierzchni i dobę pierwszy produkuje 1048 ciepł. przeciętnie, druga — 1188 ciepł. Różnica, jak widzimy, nieznaczna w porównaniu z poprzednim sposobem obliczania.

Oczywiście, że wykrycie prawa „powierzchni" odrazu zdecydowało o tem, że najlepszym i najściślejszym sposobem wyrażania wartości p. prz. mat., jest obliczanie jej w ciepłost. na jednostkę powierzchni ciała i jednostkę czasu np. na 1 m.² i godzinę lub dobę. Wyrażając w ten sposób zarówno ustalone normy, jak i każdorazowo otrzymane wyniki, uzyskujemy możność łatwego i przejrzystego porównywania i oceniania tychże. I rzeczywiście, najczęściej może podaje się wartość p. prz. mat. obliczoną w stosunku do 1 m.² powierz. i na godzinę. Pamiętać tylko należy wartości ustalone, jako normalne, które można w myśl prawa Richeta i Rubnera uważać za stałe. Otóż Du Bois i Aub uważają za normalny poziom p. prz. mat., u mężczyzn w wieku od 20 — 50 lat. 39,5 — 38,5 ciepł. na 1 m.² i godzinę, u kobiet w tymże wieku 37 — 36 ciepł. Mjr. Szulc w serji badań nad żołnierzami otrzymał jako przeciętną wartość 35,6 ciepł. na 1 m.² i godzinę. Być może, iż różnice w odżywianiu i warunkach życiowych obywateli amerykańskich i naszych żołnierzy tłomaczą tę niezgodność. Lusk podaje również 39,7 ciepł., jako normalną wartość p. prz. mat. u osobników rasy białej w wieku od 20 — 40 lat. Rozpowszechnienie takiego sposobu obliczania p. prz. mat. w stosunku do powierzchni ciała wysunęło problemat jaknajściślejszego określania tej powierzchni, co bynajmniej nie było rzeczą łatwą. Meeh podał wzór $S = K \sqrt[3]{P^2}$, w którym powierzchnię S obliczono z wagi osobnika P, a w którym K oznaczało stałą, zmieniającą się dla różnych gatunków zwierząt. Wzór ten okazał się jednak bardzo nieścisłym, dając czasami błędy, dochodzące do 30%. I tu znów badanie ameryk. uczonych rozstrzygnęły sprawę. Za inicjatywą Luska, podjęli Du Bois i Aub, a niezależnie od nich Benedict, Talbot, Harris i inni, nader żmudną pracę, celem ustalenia ścisłego sposobu obliczania powierzchni. Po kilkunastoletnich badaniach opracowali oni wzory i ułożyli tablice, z których na podstawie wagi i wzrostu z łatwością określić można powierzchnię — a znając powierzchnię, wiek i płeć — odczytuje się z tych tablic również odpowiadającą im normalną wartość p. prz. mat. w ciepłostkach. Z tablic tych, jak wspomnieliśmy, najbardziej rozpowszechnione są tab. Boothby i Sandiforda, lub nieco odmienne, choć równie ścisłe tablice Harrisa i Benedicta.

Należy tu zauważyć, że, jak wielokrotne badania wykazały, różnice o ± 10% od teoretycznej wartości, odpowiadającej podług tablicy danemu osobnikowi, leżą jeszcze w granicach wahań fizjologicznych, wzgl. zależą od nieścisłości samego wykonania pomiarów.

P. prz. mat., wyrażająca się w ilości energji cieplnej, wyzwalanej przez ustrój w wyniku niezbęd-

www.dlibra.wum.edu.pl

nych jego czynności życiowych, jest, jak już wspomnieliśmy, dla każdego osobnika wielkością naogół stałą, i nie podlegającą w warunkach fizjologicznych w ciągu lat całych znaczniejszym wahaniom. Źródło tego ciepła, powstającego w komórce żywej, jako równoważnik i miernik odbywających się w niej procesów chemicznych, fizyko-chemicznych i wreszcie mechanicznych, stanowi w ostatecznym wyniku spalanie węglowodanów. Te bowiem służą właśnie za paliwo, bezpośrednio dostarczające potrzebnej komórkom energji. Wszystkie inne składniki pokarmowe zostają uprzednio zamienione na węglowodany, zanim mogą być zużytkowane przez komórki (T e r r o i n e). Otóż zamiana ta odbywa się również kosztem utraty energji cieplnej, największej — dla składników białkowych, najmniejszej, oczywiście, dla węglowodanów samych. Tak więc wpływ pokarmów na przemianę materji, poza procesami, związanemi bezpośrednio z ich pobieraniem i trawieniem (żucie, połykanie, ruchy trawienne przewodu pokarmowego, wchłanianie, wydalanie), wymagającemi znacznej utraty energji, polega jeszcze na 2-ch momentach:

1-o, nieznaczny i wspólny w równej mierze wszystkim pokarmom — wpływ podrażnienia komórek samych przez dowóz substancyj odżywczych, niezależnie od ich składu chemicznego;

2-o, praca, związana z przeróbką wszelkich innych składników odżywczych na węglowodany, — największa dla substancyj białkowych. I dwa te momenty właśnie powodują, że przyjęcie każdego pokarmu, niezależnie od pracy trawienia, wpływa na podniesienie p. prz. mat. Wpływ ten nazywamy „swoistem działaniem dynamicznem" pokarmu „metabolizmem poborowym" według O s z a c k i e g o.

Jak wykazują obliczenia, sw. dz. dyn. wynosi dla węglowodanów około + 3%, dla tłuszczów +12%, a dla białek około + 30% całkowitej p. prz. mat., i zaznacza się jeszcze w 8— 10 godz. po spożyciu ostatniego pokarmu białkowego, podczas gdy dla węglowodanów przemija znacznie wcześniej. Ostatnio sprawie tej wiele pracy poświęcili P o l l i t z e r i S t o l z. Wykazali oni mianowicie, że natężenie sw. dział. dyn. białka, zależnego podług badań P l a u t a od czynności przysadki, stanowi również, jak i poziom p. prz. mat., pewną cechę stałą dla każdego poszczególnego osobnika, charakteryzującą niejako jego indywidualność fizjologiczną. Zrozumiałym się teraz staje warunek, aby badanie p. prz. mat. dokonywane było w 12 — 14 godzin po przyjęciu ostatniego posiłku, możliwie nie zawierającego białka: chodzi tu właśnie o uwolnienie ustroju badanego od tego sw. dz. dyn. wpływu białka, coby mogło powodować znaczne błędy w wyniku badania.

(Dok. nast.).

Streszczenia pojedyńcze i oceny książek.

Historja i Filozofja medycyny.

Dr. med. Ludwik ZEMBRZUSKI. **Ojciec chirurgji polskiej Józef Czerwiakowski.** Warszawa 1926.

Autor, któremu zawdzięczamy już kilka cennych przyczynków do historji medycyny polskiej, zapoznaje nas w pracy niniejszej z żywotem i czynami naukowemi i społecznemi pierwszego — w znaczeniu prawdziwie nowoczesnem— chirurga polskiego. Na przełomie XVIII i XIX-go stulecia, gdy w kraju budziły się do życia przeróżne objawy działalności społecznej, nauka medycyny również z rozmitych stron zasilana była dopływem strumieni ożywczych. Na tem to tle rozpatrywana praca pierwszych adeptów nauki polskiej nabiera szczególnego zainteresowania i doskonale uwypukla się w opracowaniach tak starannie, jak niniejsze, wykonanych.

M. F.

Irwin STRAUS. **Istota i podstawa suggestji.** (Monografja. Wydawnictwo S. Karger. Berlin, str. 86, 1925, P. M. 4, 80 RM.).

Traktat psychologiczny, poświęcony pamięci prof. C a s s i r e r a przez ucznia i współpracownika, znanego ze swych treściwych prac z pogranicza medycyny i filozofji. Omówione zostają: cały problemat suggestji, metodyka i przesłanki jej z podkreśleniem tego, jak się ukształtowały w rozwoju historycznym pojęcia suggestji i jak je interpretuje autor sam, głęboki znawca problematu, z którego większość własnych, doniosłych i rozległych badań została już poprzednio ogłoszona w poszczególnych pracach. W monografji zostają bliżej rozpatrzone: istota i podłoże suggestji, zmienne czynniki i postacie jej, złudzenia i samozłudzenia w stosunku rzeczowym i przedmiotowym, krytyka teoryj mechanistycznych, krytyka pojęcia autosuggestji, podstawy psychofizyczne, pragmatyzm w nauce o suggestji. Głównej dyskusji podlegają obok teorji dawnych H e r b a r t a, W u n d t a, N i e t z s c h e g o, filozofów par excellence, poglądy nowoczesnych psychologów (B e r g s o n, D i l t h r y, H u s s e l, K r i e s, S t e r n, L i p p s, L j s z t), a zwłaszcza lekarzy (F r e u d, K r e t s c h m e r, K a u f m a n n, K r o n f e l d, S c h i l d e r, J a s p e r s). Rzeczowo podkreśla w drobnym traktacie G o e t h e g o: „Eksperyment jako łącznik między subjektem a objektem" kilka zdrowych myśli, dotyczących jego tematu, uznaje słuszność poglądu S c h i l d e r a, który suggestję nazywa regresją do infantylizmu, a odrzuca myśl L i p p s a, usiłującego suggestje tłumaczyć zwyczajnem naśladownictwem. Najbardziej zbliża się hypoteza S t r a u s a do poglądu B l e u l e r a, wypowiedzianego przezeń w „Naturgeschichte der Seele", gdzie obok suggestji dodatniej i ujemnej podkreślona jest suggestja z przeciwieństwa. Myśl B a u d o u i n - C o u e g o tłomaczenia dowolnej autosuggestji przez intensywizację wyobrażeń autor uważa za zupełnie chybioną, mimo iż praktycznie cała nauka o coué'zmie święci poważne triumfy nietylko we Francji, ale i w Niemczech.

Dzieło jednego z lepszych znawców młodszej psychologji w zastosowaniu jej do medycyny ma duże znaczenie, jako próba i usiłowanie syntetycznego przedstawienia całości w świetle filozofji stosowanej. Rzecz, ciężko napisana, ale głęboko przemyślana i wyczerpująca całkowicie temat ze strony teoretycznej.

H. H i g i e r.

Biologja.

B. HERXHEIMER i G. JORNS. **O wytwarzaniu się barwika i odradzaniu się w szczepach wątrobowych.** (Ziegelers Beiträge. T. 75, Z. I str. 157 — 180, 1926).

Autorzy przeprowadzili badania doświadczalne na 32 królikach. Przeszczepiali im do tkanki podskórnej kawałeczki wątroby, a następnie co pewien czas usuwano szczepy i badano mikroskopowe. Przy przeszczepianiu poddawano kontroluiącemu badaniu mikroskopowemu kawałeczek szczepu. Celem badania było: I. stwierdzenie, jak przebiega odczyn regeneracyjny ze strony komórek wątrobnych i nabłonków kanalików żółciowych i 2. dążenie do uzyskania barwików

www.dlibra.wum.edu.pl

zużycia w większych ilościach tak, by można było przeprowadzić szereg odczynów mikrochemicznych, pozwalających na te lub inne zaszeregowania barwika.

Wszczepione kawałeczki brano do badania po upływie 2, 3, 4 dni u 8 królików, po 5 — 7 dniach u 6, po 10—11 u 6, i po 13 — 14 u 5 królików.

Zmiany spostrzegane w wyciętym do badania szczepie dadzą się podzielić na 1) zmiany, dotyczące samego szczepu i 2) tkanki otaczającej.

Oglądając preparaty mikroskopowe, można już pod małem powiększeniem odróżnić następujące warstwy odmiennie się zachowujące: 1) środek, 2) pas pośredni, 3) pas obwodowy i 4) pas odczynowy tkanki podścieliskowej.

1. Część środkowa szczepu bez poprzedzającego okresu zmian tłuszczowych obumiera, mamy więc tutaj do czynienia z martwicą, a nie z martwieniem (**necrobiosis**). Barwienie swoistemi metodami barwnemi wykazuje szczegóły następujące: metoda Bielschowskyego — tkanka łączna barwiła się przez cały czas obserwacji; włókna kratkowe i komórki gwiazdkowate giną w okresach bardzo wczesnych, a więc mamy stosunki wprost przeciwne, jak w zaniku ostrym wątroby. Nabłonki przewodów żółciowych utrzymują się nieco dłużej przy życiu, niż komórki wątrobne, jednak i one giną dość wcześnie. Jądra komórek obumarłych barwią się bardzo wyraźnie, mimo że przy zwykłej metodzie barwienia są zupełnie niedostrzegalne.

Metoda Eppingera — jądra barwiły się tak, jak i przy poprzedniej metodzie. Kapilary żółciowe występowały bardzo wyraźnie w postaci czarnych litych walców — wskazuje to na ich wypełnienie żółcią. Kapilary te utrzymywały się w ciągu całej obserwacji.

2. Pas pośredni składa się z ulegających rozpadowi leukocytów. Od pasa tego wgłąb martwicy i nazewnątrz biegną promienie, które odpowiadają naczyniom włosowatym, wypchanym leukocytami. Ponieważ zabieg był dokonany aseptycznie, a w preparatach nie można było wykazać drobnoustrojów, autorzy uważają, że gromadzenie się leukocytów jest wyrazem **chemotaxis positiva.**

3. Pas obwodowy. W tym pasie komórki zostają zachowane, i tutaj zachodzą procesy regeneracyjne.

Odradzanie się występuje już na 2 — 3 dzień po wszczepieniu, wzrasta na 5 i dosięga szczytu rozwojowego po 10 — 14 dniach. Rozmnażanie się idzie głównie drogą mitozy, może jednak odbywać się amitotycznie; wyrazem tego ostatniego mają być komórki 2 — 3 jądrowe, bądź twory duże o charakterze zespólni z licznemi jądrami. Ocalałe komórki ulegają zupełnemu roztrzęsieniu. Kapilary żółciowe zupełnie nie barwią się metodą Eppingera. Barwienie szkarłatem wykazuje, że komórki ocalałe i nowowytworzone zawierają znaczne ilości tłuszczu obojętnego. W nowowytworzonych komórkach dużych i jasnych, przy barwieniu metoda Besta, zawsze można było wykazać znaczne ilości nowowytworzonego glikogenu — komórki stare glikogenu nie zawierają. Nigdy w nowowytworzonych komórkach nie stwierdzali autorzy wytwarzania się barwików żółciowych.

4. Pas odczynowy składa się w okresach wczesnych z rozmaitych elementów młodej tkanki łącznej, po upływie 10 — 14 dni mamy zbitą tkankę łączną. Tkanka ta wnika językami do szczepu, powodując odsznurowywanie nowowytworzonych komórek wątrobnych, które początkowo są duże i jasne, a w końcu, ulegając wtórnemu zanikowi, stają się małe, o jądrze piknotycznem. Te komórki nie zawierają zupełnie glikogenu. W warstwie tej spostrzegamy wybitne bujanie przewodów żółciowych; wychodzi ono z nabłonków przewodów żółciowych części obwodowej szczepu, łącznie z bujaniem przewodu buja tkanka periportalna; można to wykazać barwieniem metodą v. Giesona i Bielschowskyego, gdyż tkanka ta barwi się odmiennie od powstającej tkanki łącznej podścieliskowej. Bujanie przewodów żółciowych wraz z tkanką periportalną zawsze idzie odśrodkowo Zdaniem autorów, nigdy nie może przyjść do wytwarzania się komórek wątrobnych z bujających nabłonków przewodów żółciowych. Kanaliki wrzekome, spotykane w marskościach i zaniku ostrym wątroby, nie są bujającemi przewodami, lecz zanikającemi beleczkami wątrobnemi.

Odradzanie się komórek wątrobnych wychodzi tylko i wyłącznie z ocalałych komórek wątrobnych, nigdy zaś z nabłonków dróg żółciowych.

Drugie zagadnienie, które zajmowało autorów przy ich badaniach doświadczalnych, polegało na bliższem badaniu barwików zużycia. Badając swoje przypadki, autorzy stwierdzili podobnie, jak Mitsuda, że spostrzegany barwik w szczepie jest identyczny z barwikiem zużycia w mięśniu sercowym i w wątrobie u ludzi. Ilość tego barwika z biegiem czasu zwiększa się, mamy więc jego czynne wytwarzanie. Najwięcej go spostrzegano w małych zanikających komórkach w pasie odczynowym. Komórki te Mitsuda uważał za komórki ocalałe. Barwik ten zostaje wytworzony tylko w komórkach wątrobowych, gdyż nigdy go nie spostrzegano ani w komórkach młodej tkanki łącznej, ani w nabłonkach dróg żółciowych. Barwik ten dawał odczyny następujące:

1. Nie dawał odczynów na żelazo, ani na barwiki żółciowe. 2. Ulega odbarwieniu przez H_2O_2. 3. Nie zmienia się pod działaniem kwasów. 4. Wykazuje własności zasadochłonne przy barwieniu błękitem metylenowym, fuksyną karbolową lub peroniną—zielenią metylenową. 5. Redukuje rozczyny srebra: ziarenka barwika czernieją. 6. Ziarenka barwika barwią się rozczynami szkarłatu (przy długiem, lub krótkiem barwieniu, lub po uprzedniem odbarwieniu H_2O_2). Po długotrwałem odtłuszczeniu przestawały barwić się tym barwikiem. 7. Nie wszystkie ziarenka dawały odczyn oksydazowy.

Zdaniem autorów lipoidy, wchodzące w skład tych barwików, pochodzą z lipoidów, normalnie się znajdujących w zarodzi lub otoczce komórkowej, lecz nie dających się wykazać mikroskopowo. Autorzy proponują dla tych barwików, które są identyczne z barwikami zużycia u ludzi, zachowanie nazwy lipofuscyn lub lipomelanin (Kutschera-Aichberger).

W. Czarnocki.

H. ROGER i L. BINET. **O wpływie oddychania na opadanie krwinek.** (Cmpt. rend. de la Soc. de Biol., Nr. 30, 1925.

Autorzy badali wpływ oddychania na opadanie krwinek. W doświadczeniach swych, dokonanych na psach, porównywali czas opadania krwinek we krwi żylnej, pobranej z serca prawego, we krwi tętnicy szyjnej lub udowej, we krwi tętniczej po okresie 15-o minutowej nadmiernej wentylacji płuc i we krwi tętniczej w okresie duszności, wywołanej za pomocą uniedrożnienia tchawicy.

Z wykreślonych krzywych opadania wynika, że krew tętnicza opada szybciej i bardziej całkowicie, niż krew żylna, że w okresie duszności mechanicznej krew tętnicza opada wolniej i nie w tym stopniu, co krew żylna, pobrana na początku doświadczenia. Nadmierna wentylacja przyspiesza czas i rozmiary opadania.

W przeciwieństwie do tego, co autorzy stwierdzili w sprawie krzepliwości krwi, zmiany opadania nie zależą od bezpośredniej czynności płuc, są one zależne od wahań objętości krwinek w związku z ilością zawartego we krwi dwutlenku węgla, średnica krwinek jest tem większa, im bardziej krew obfituje w dwutlenek węgla.

J. Typograf.

H. ROGER i L. BINET. **Wpływ płuc na krzepliwość krwi.** (Cmpt. rend. de la Soc. de Biol., Nr. 29, 1925).

Liczni badacze zajmowali się znaczeniem płuc w procesie krzepnięcia krwi. Otrzymane wyniki okazywały się wielce niezgodnemi: jedni fizjolodzy wyciągali ze swych doświadczeń wniosek, że płuca przeciwdziałają sprawie krzepnięcia krwi, inni zaś przypisują im wpływ sprzyjający krzepnięciu.

Porównywując krew żylną, pobraną z serca prawego, z krwią tętniczą, pobraną z tętnicy szyjnej, autorzy stwierdzili, że krew żylna krzepnie szybciej, niż tętnicza. Różnice były zawsze wyraźne, lecz niewielkie. Dla lepszego ich uwypuklenia autorzy zmniejszali krzepliwość krwi, zastrzykując dożylnie badanym psom pepton. Z licznych ich badań wynika, że zmniejszenie czasu krzepnięcia krwi, wywołane przez dożylne zastrzyki peptonu, okazuje się bardziej zaznaczonem we krwi przed przebyciem płuc, niż po ich przebyciu, przyczem nieznaczna w zwykłych warunkach różnica może

www.dlibra.wum.edu.pl

dochodzić do dziesięciokrotnie dłuższego czasu krzepnięcia krwi tętniczej niż żylnej. O ile krew stała się niekrzepliwą, powrót do krzepliwości zaczyna się zawsze od serca prawego. Płuca przyczyniają się przeto do utrzymania zaburzenia krzepliwości.

Wyników tych nie można uzależniać od kwasu węglowego krwi żylnej, gdyż duszność, doprowadzona nawet do krańcowego stanu, nie zmienia w sposób widoczny czasu krzepnięcia ciemnej krwi tętniczej, czyli że działanie przeciwdziałające krzepnięciu zależy od płuca samego.

J. Typograf.

Higjena i Epidemjologja.

Dr. Kazimierz KARAFFA-KORBUTT, Profesor Uniwersytetu Wileńskiego. **Higjena publiczna**, — podręcznik dla seminarjów nauczycielskich, liceów, szkół zawodowych i innych szkół średnich, — nakładem Warszawskiego Towarzystwa Higjenicznego.

Autor na 128 stronach popularyzuje podstawowe zasady higjeny publicznej, ilustrując wcale niezłemi rysunkami, jak na wydawnictwo popularne. W formie nadzwyczaj przystępnej, jasnej, bogatej w przykłady z życia codziennego, daje autor każdemu o średniem wykształceniu przyrodniczem czytelnikowi całokształt higjeny publicznej.

Wielką zasługą autora jest, że jak w podręczniku swym, niedawno wydanym p. t.: Zasady higjeny, tak w popularnym podręczniku Higjeny publicznej, na wstępie uwzględniona jest statystyka Sanitarna czyli lekarska, dotąd jeszcze przez szerszy ogół niedoceniona. Podkreślenie statystyki lekarskiej wpaja w umysły już nietylko higjenistów, lecz każdego interesującego się higjeną publiczną, że bez znajomości elementarnych zasad statystyki nie można poważniej badać higjeny publicznej. Szkoda tylko, że autor czerpie przykłady statystyczne z Rosji przedwojennej; — coprawda, polska statystyka nie jest bogata, jednakże nie bez korzyści byłoby podawanie liczb nawet skromnych z życia naszego. Przytaczanie liczb ze statystyki obcej spotykamy i w innych działach podręcznika popularnego, np. straty ekonomiczne wskutek gruźlicy obliczone są na danych niemieckich i t. p.; — to samo czytamy w dziale o alkoholiźmie; przytem liczby brane są z przed 20 laty, gdy tymczasem walka z alkoholizmem poczyniła postępy znaczne, zwłaszcza od 1914 roku.

Bardzo zajmująco czyta się rozdział o chorobach zakaźnych i walce z niemi, sądziłbym, że w dziale o profilaktyce należałoby w celach czysto propagandowych wspomnieć o szczepionkach zapobiegawczych, jak również o dezynsekcji cyjano—wodorowej, gdy już wspomina się o dezynfekcji formalinowej.

Uważałbym za pożyteczne, aby w dziale o chorobach zakaźnych w odpowiedni sposób były wyłożone choroby weneryczne, a zwłaszcza następstwa tych chorób. Choroby weneryczne nie są już tajemnicą i w podręcznikach, przeznaczonych dla seminarjów nauczycielskich, liceów i szkół zawodowych nietyko można, ale trzeba o nich mówić.

W dziale higjeny pracy pominięte zostały organy, powołane li tylko do nadzoru nad higjeną pracy, w ścisłem słowa tego znaczeniu, a mianowicie lekarze inspekcji pracy. Gdy wspomina się o inspektorach pracy, których zadania są daleko szersze, obejmując w znacznej mierze ochronę ekonomiczną pracującego, nie należy pomijać organów do wykonywania czynności jedynie z zakresu ochrony zdrowia— tembardziej, że lekarze inspekcyjni od lat kilku są czynni i na terenie Rzeczypospolitej naszej.

W dziale ostatnim, gdy autor mówi o wychowaniu fizycznem, celowa byłaby również w celach propagandowych wzmianka o Głównej Radzie, wojewódzkich i powiatowych radach wychowania fizycznego i przysposobienia wojskowego, oraz o trzech wydziałach przy Głównej Radzie: do spraw wychowania fizycznego, do spraw przysposobienia wojskowego i do spraw sportu.

Poza uwagami temi muszę stwierdzić, że „Higjena Publiczna" prof. Karaffy-Korbutta jest bardzo poważnym podręcznikiem, który winien być zalecany przez lekarzy higjenistów.

W zakończeniu chcę zwrócić uwagę na nieliczne zresztą braki językowe, które dadzą się bardzo łatwo usunąć w wydaniach następnych tej cennej książki: nie mówi się „z pomocą przychodzić", lecz „udzielać pomocy" (str. 1 i 32); nie „lekarz podaje pomoc", lecz „udziela" (str. 2), nie „wprowadzenie wodociągów" lecz „za—albo—przeprowadzenie"; w języku polskim nie należy używać „ma, mało miejsce" lecz „jest, było" (str. 19); nie „umierało od gruźlicy", lecz „z" lub „na" (str. 30). Często autor zamiast „liczba" pisze „ilość".

Jan Adamski.

A. GRYZINA LASEK. **Dezynsekcja cyjanowodorowa.** 55 str. z ilustracjami.

Autor, którego miałem sposobność przed kilku laty poznać przy pracy nad działaniem aparatu cyjanowego, wydał tę książeczkę do użytku lekarzy i wykształconej publiczności. Porusza w niej sposób niszczenia owadów domowych, będących przyczyną, a raczej przenośnikiem chorób, jak: dur powrotny i osutkowy, i innych pośrednio lub bezpośrednio przenoszących zarazki. Zdaniem większości powag, pracujących w tym kierunku, wszelkie inne sposoby dotąd używane, jak: bezwodnik siarkowy, formaldehyd i inne nawet w części nie spełniają tego zadania, które cyjanowodór wypełnia całkowicie. Słuszne jest twierdzenie, że jest to gaz zbyt niebezpieczny, ażeby go można wszędzie i zawsze stosować. Autor podaje właśnie sposoby, jak tych niebezpieczeństw unikać — jednocześnie zaś opisuje dokładnie metodę postępowania, powołując się na powagi krajowe i zagraniczne.

Dziełko to winno się znaleźć w ręku lekarzy, mających do czynienia z mieszkaniami zapluskwionemi i wogóle zanieczyszczonemi przez owady i pasorzyty. Dołączone są rysunki i szczegółowe sposoby dezynsekcji przy zastosowaniu maski gazowej, z którą również winien obeznać się każdy lekarz, gdyż może mieć ona wielokrotne zastosowanie, nietylko przy dezynsekcji, zwłaszcza, gdy obrona gazowa zapomocą masek, odpowiednio zbudowanych, może być ważnym orężem walki, na którą należy się przygotować.

Bujwid (Kraków).

Mjr. J. BABECKI i mir. G. SZULC. **Szczur i walka z nim.** Warszawa. 1926. Wydawnictwo Lekarza Wojsk. Str. 60.

Broszura omawia biologję szczura i sposoby walki z nim, napisane treściwie i interesująco. Dotyczy to zwłaszcza metod zwalczania. Powiedziałbym tylko, że w tej kwestji autorzy traktują sprawę zbyt ogólnikowo, niedość przystosowując się do naszych stosunków. Należałoby wskazówki praktyczne podać dokładniej. Na specjalną uwagę zasługuje podniesiona w broszurze konieczność tworzenia specjalnych kolumn z wykwalifikowanego personelu. W dalszych wydaniach można poprawić kilka drobnych zresztą usterek. Badanie szczurów na dżumę wymaga specjalnie urządzonego lokalu i nie może być wykonywane w każdej pracowni. Choroba Weila była przedmiotem rozległych badań w Europie podczas wojny ze strony lekarzy zarówno francuskich, jak niemieckich. Szczepionki rzekomodurowe mogą być niebezpieczne także dla ludzi.

Z. Szymanowski.

Bibljoteka higjeniczno-społeczna Okręgowego Związku Kas Chorych w Krakowie „Poradnia Lekarska" Zeszyt I i II. Kraków 1926.

Stanowczo szczęśliwą podjęła myśl redakcja wymienionego w nagłówku wydawnictwa, przystępując do publikowania treściwych broszur z zakresu higjeny. Pierwszym dotychczas wydrukowanym zeszytom zasadniczo nic zarzucić nie można. Spełniają one swe zadanie dydaktyczne doskonale, popularyzując dwa tematy tej wagi, co „Przemysł a zdrowie" i sprawę „Artretyzmu". Autorem pierwszej broszury jest profesor Uniwersyt. wileńskiego, dr. Karaffa-Korbutt, druga jest przekładem z niemieckiego d-ra A. Soppa. W obu książeczkach zwięźle a przystępnie wyłożone są najważniejsze dane z dziedziny obranego przedmiotu, w opracowaniu starannem, językiem czystym, poprawnym, nie wymagającym od czytelnika szczególnego przygotowania. Podkreślić należy, że w obydwu broszurach autorowie, przy zachowaniu całej ścisłości naukowej i opieraniu się na zdobyczach nauki treści nieprzemijającej, a uwzględniającej ba-

www.dlibra.wum.edu.pl

dania najnowsze, potrafią wykład swój uczynić zajmującym i naprawdę pouczającym. Wątpić nie można, że ta nowa bibljoteczka popularno-naukowa zdobędzie sobie należyte powodzenie, jeżeli redakcja z równą, jak dotąd, starannością zajmie się doborem tematów i autorów dalszych tomików.

M. F.

Dr. PRYL. **O miesiączkowaniu** (przystępnie dla ogółu). Przekład z niemieckiego. Nakładem okręgowego związku Kas Chorych w Krakowie. Rok. 1926.

Popularna książeczka, gdzie na piętnastu stronicach druku w sposób popularny a inteligentny zaznajamia się czytelniczkę z istotą miesiączkowania, jego typem normalnym, zboczeniami chorobowemi i higjeną. Jest to jedna z pięciu popularyzujących higjenę książeczek, które dotychczas wydała „Poradnia Lekarska“ okręgowego Związku Kas Chorych w Krakowie, wysoce dodatni przejaw działalności Kas Chorych w kierunku zapobiegania chorobom. Zasługuje niewątpliwie na poparcie i rozpowszechnianie. Cena 50 groszy czyni ją dostępną, tekturowa okładka — dość trwałą.

Z. Garlicka.

STEINITZ. **Umieszczanie chorych durowych w szpitalach w czasie epidemji w Hannowerze.** (Klin. Wochen. 1926, Nr. 45).

Autor opisuje, jak dzięki energji i pośpiesznemu przygotowywaniu nowych pomieszczeń zwalczano epidemję duru brzusznego w Hannowerze we wrześniu r. b. W normalnych czasach dla chorych na dur przeznaczano 35 łóżek, z których zwykle tylko 12 było zajętych.

Epidemja wybuchła 5 września. W tym dniu wszystkie 35 łóżek zostały zajęte przez chorych durowych. Jak szybko szerzyła się zaraza, widać z tego, że 7 września stwierdzono dur w 100 przypadkach. Chorych tych poczęto umieszczać na oddziałach wewnętrznych szpitala, kt. został opróżniony w ten sposób, że lżej chorych odesłano do domów, ciężej chorych i gruźliczych do innych szpitali. Dnia 11 i 12 września zwolniono w ten sam sposób 6 pozostałych pawilonów tego szpitala i natychmiast ulokowano tutaj odpowiednią liczbę chorych na dur brzuszny.

Gdy zabrakło miejsc w szpitalach, zabrano się do odpowiedniego przygotowania budynków szkolnych. Za dowód tego, jak szybko postępowały wszelkie przygotowania, mogą służyć dane, że np. zrana zaczęto czyszczenie i mycie szkoły, a o 3-ej pp. przyjmowano już do niej chorych.

Jednocześnie budowano baraki w celu odciążenia szpitali. Przewożeniem chorych zajęła się straż ogniowa, korzystając z aut własnych i zarekwirowanych. W ciągu niespełna 3-ch tygodni rozmieszczono ogółem po szpitalach 1743 chorych. Godny uwagi jest fakt, że w nawale pracy nie zapomniano także o rodzinach pacjentów, którym w odpowiednich godzinach udzielano informacyj, a specjalni gońcy — samarytanie roznosili wiadomości do domów; ze względu na zachowanie ciszy z telefonów szpitalnych nie korzystano. Po 3-ch tyg. epidemja poczęła słabnąć.

T. G.

Choroby zakaźne.

Karl BENJAMIN. **Kilka uwag o chorych na płonicę.** (Deutsch. Arch. f. Kl. Med. B. 152, H. 3/4).

Autor obserwował 100 przypadków płonicy i przyszedł do następujących wniosków. Płonica u niemowląt i dzieci do 2-ch lat występuje bardzo rzadko i przebiega inaczej, niż u dorosłych i dzieci starszych.

1) małe dzieci nie wymiotują;
2) krzywa ciepłoty jest mniej stroma i nie przekracza 38°,
3) wysypka jest mało zaznaczona lub jej brak;
4) zapalenie migdałków niezbyt nasilone.
5) urobilinogen w moczu niezwiększony.

U dorosłych zaś i starszych dzieci płonica przebiega zwykle:

1) z obrzękami pod oczami, a gdy te znikają w okresie spadku ciepłoty, zjawia się u tych chorych.
2) t. zw. reumatoid, przejawiający się bólami w stawach głównie barkowych, napięstkowych, paliczkowych, rzadziej kolanowych. Bóle te autor tłumaczy przenikaniem wody z obrzękłych komórek do przestrzeni międzykomórkowych;
3) zmiany w układzie naczyniowym są dwojakiego rodzaju: w okresie wznoszenia się t° krew znajduje się przeważnie w obrębie naczyń jamy brzusznej, czemu towarzyszy bladość powłok skórnych, małe tętno, szmery anemiczne w sercu. Odwrotnie spr. się przedstawia w okresie spadku t°, kiedy krew znaczniej wypełnia naczynia obwodowe, czemu towarzyszy: zaczerwienienie skóry, tętno dobrze wypełnione i t. d.
4) objaw Chwostka, zjawiający się w okresie spadku t°, autor, tak samo jak zmiany w ukł. krwionośnym, tłumaczy zmienioną kwasowością krwi;
5) zapalenie kłębuszków nerk. jest zazwyczaj poprzedzane przez zap. śródmiąższowe;
6) częste nawroty;
7) zapalenie wsierdzia i mięśnia sercowego jest, według autora, zbyt często i mylnie rozpoznawane, jako powikłanie płonicy, naskutek szmerów anemicznych i niemiarowości, występującej często w okresie zdrowienia,
8) w przebiegu płonicy zdarza się często zapalenie pochwy, kt. nie należy utożsamiać z rzeżączką;
9) w okresie zdrowienia często bóle neuralgiczne n. międzyżebrowych oraz kulszowych;
10) rumień w okresie łuszczenia;
11) wrotami zakażenia płoniczego jest zazwyczaj gardziel, ale i w zakażeniu pozagardzielowem często nie brak zap. migdałków;
12) autor nie uznaje tak często rozpoznawanego zakażenia podczas menstruacji poprzez błonę śluzową macicy. Płonica, według niego, ma przyśpieszać jajeczkowanie.

Golibórska.

STRÖSSNER. **Szczepienia ochronne przeciwpłonicze paciorkowcem hemolizującym a odczyn Dicka.** (Deutsch. med. Woch. Nr. 35. 1926).

Autor przygotowywał swą szczepionkę z 5-ciu szczepów paciorkowca hemolizującego; 1 szczep pochodził z krwi chorego na płonicę, dwa — ze szczepów Dickowskich, 1 — londyński i 1—wiedeński.

Okoliczność, że szczepionka, przygotowana przez aut., jak i szczepionka Gabryczewskiego, dawały te same objawy toksyczne (angina, wysypka, ciepłota), analogicznie do otrzymanych przy pomocy toksyny Dicka, utwierdziła S. w mniemaniu, że działający tu czynnik toksyczny jest ten sam, a więc i wspólna musi być antytoksyna, co potwierdził odczyn Dicka, który z dodatniego przechodził w ujemny po szczepionce autora.

S. twierdzi, że szczepionka streptokokowa, poza działaniem zawartych w niej jadów, o czem wspominał już Gabryczewski, wywiera działanie wskutek wprowadzenia do ustroju samych bakteryj, wytwarzających odpowiednie przeciwciała. Langowoi wykazał we krwi chorego, szczepionego szczepionką Gabryczewskiego, aglutynację w roztw. 1:100 i 1:500.

Prawdopodobnie i przy uodparnianiu szczepionką autora powstają w organiźmie przeciwciała. W każdym razie wpływ na odczyn Dicka świadczy, że szczepionka ta posiada zdolność unieruchamiania jadów (egzotoksyn), wydzielanych przez streptokokki. Chociaż wprowadzamy tu same drobnoustroje, a nie ich jady, należy przypuścić, że pod wpływem organizmu rozpadające się paciorkowce wytwarzają jady, bądź też uwalniają się jady (endotoksyny), produkujące następnie swoiste antytoksyny.

Autor zaleca w wieku od 2 do 5 lat dawki od 3 do 30 miljonów, od 6 do 15 lat — 50 do 100 mil. i t. d., przyczem drugie wstrzyknięcie zawiera podwójną, trzecie — potrójną dawkę pierwotną. Wogóle radzi S. dawkowanie uzależnić od konstytucji i stanu zdrowia osobnika, indywidualizując każdy poszczególny przypadek.

Po szczepieniu spostrzegał aut. silniejsze odczyny miejscowe niż ogólne, zresztą mijające w 24 — 48 godz. Ciepłota nie przekraczała 37,5°; w pojedyńczych przypadkach występowało łuszczenie się. Aut. wstrzykiwał 4 — 5 razy, aż do zjawienia się ujemnego odczynu Dicka.

M. Goldman junior.

www.dlibra.wum.edu.pl

J. v. BÓKAY. **Odczyn Dicka i czynne uodpornienie przeciw płonicy.** (Deutsch. med. Woch. Nr. 30; 1926).

Na 4344 odczynów Dicka otrzymał autor w 40% wynik dodatni. Największa wrażliwość na zakażenie przypadła między 3 a 5 rokiem życia. Odczyn u chorych na płonicę wypadł ujemnie w 17,4%.

B. zgadza się z poglądem Dicków, że istnieje ścisła zależność między wynikiem odczynu a wrażliwością na płonicę. Przykrych następstw wtórnych autor prawie nie spotykał, przy silnym odczynie Dicka miejsce wstrzyknięcia może być lekko nacieczone i bolesne, objawy te znikają w krótkim czasie.

Szczepienia ochronne rozpoczął B. od małych dawek; lecz dopiero przy większych miał dobre wyniki. Na 76 przypadków, którym wstrzyknięto 3000 jednostek, w 60% wypadł odcz. Dicka ujemnie, przy 7500 jednostkach, szczepionych w 4-ch razach, ujemny odcz. Dicka był 89%. W znacznej części przebiegały szczepienia bez żadnej reakcji. Niekiedy występowało miejscowo zaczerwienienie, ból, nacieczenie, nawet łuszczenie się w miejscu wstrzyknięcia. Ponadto spostrzegano ciepłotę do 39,5° w ciągu 1 — 2 dni, z poprzedzającemi dreszczami, bóle i zawroty głowy, nudności, wymioty, osłabienie, wysypkę w postaci jasno czerwonych, gęsto usianych punkcików. Autor podkreśla, że dzieci z taką wysypką nie należy odseparowywać, a tembardziej umieszczać na oddziałach płoniczych.

Bardzo rzadko spostrzegał B. białkomocz po szczepieniu, przeważnie były to przypadki, w których już poprzednio udało się stwierdzić istnienie białkomoczu ortostatycznego. Nawet w razie lekkiego zajęcia nerek przeprowadza autor szczepienia w mniejszych dawkach.

M. Goldman junior.

Gruźlica.

Prof. A. STERNBERG. **Ueber die Klassifikation der chron. Tuberkulose.** (Tuberkulose — Bibliothek Beihefte z. Zeits. f. Tub. Leipzig. Verlag von Johann Amb. Barth, 1926).

Jest to jeszcze jedna klasyfikacja gruźlicy płuc, przyjęta przez II rosyjski zjazd przeciwgruźliczy, a opracowana przez Sternberga, dyrektora instytutu państwowego dla badania gruźlicy w Leningradzie. Po rozważeniu, co dać winna odpowiednia klsyfikacja, i wytknięciu braków dotychczas na Zachodzie zalecanych systemów klasyfikacji, a właściwie tylko starej klasyfikacji Turbana, Albrecht-Aschoffa i nowego podziału Turbana, S. omawia swoją propozycję, obecnie już obowiązującą w Rosji. Punktem wyjścia pozostaje stary podział Turbana na 3 okresy. Ponieważ jednak podział ten nie jest wystarczający, więc, zdaniem S., należy uwzględniać w klasyfikowaniu gruźlicy płuc czynnik dynamiczny pod kątem widzenia sprawności chorego i jego zdolności do pracy. Rozróżnia on 4 grupy: 1) praktycznie zdrowych; 2) skompensowanych, t. j. takich, którzy kompensują wpływ toksemji nie krócej, niż na przeciąg dwuch lat, będąc w tym czasie klinicznie zdrowymi; 3) niezupełnie skompensowanych (**subcompensatio**), t. j. chorych, którzy nie są zupełnie sprawni, a jednak nie uważają się za zupełnie chorych, są to pacjenci, którzy pracują, mając stan podgorączkowy, łatwo się męczą, tracą na wadze etc., a którzy mimo to mogą spełniać swe czynności zawodowe, wreszcie 4) przypadki zdekompensowane, których objaśniać bliżej tutaj niema potrzeby. Do praktycznie zdrowych zaliczać należy chorych, u których stwierdzamy zmiany swoiste w płucach, którzy jednak mają ciepłotę normalną, dobry apetyt, stałą wagę i którzy zachowują ten swój stan w ciągu długich okresów. W ten sposób zalicza się chorych do A I, II, III, B I, II, III, wreszcie C I, II, III; gdzie A = kompensacji, B = subkompensacji, C = dekompensacji. Klasyfikacja jest istotnie zbudowana pod kątem widzenia praktycznym. Lekarz zalicza przypadek na mocy li tyko badania zwykłego, bez uciekania się do pomocy Roentgena, dodając, ewentualnie, dane tego ostatniego, o ile je posiada. Jest to, naturalnie, bardzo zachęcające ze względu na łatwość posiłkowania się tą nową klasyfikacją, choć przyznać trzeba, że spore trudności nasuwać musi nieraz odróżnianie praktycznie zdrowych od skompensowanych. Przybył tedy jeszcze jeden język dla określania zmian gruźliczych w płucach. Jak tak dalej pójdzie, każdy kraj będzie posiadał i pod tym względem swe odrębności. Jedyna nadzieja, że i tu z biegiem czasu znajdzie się jakaś droga porozumienia, skoro niema dotąd klasyfikacji, któraby całkowicie zadawalała.

M. Gantz.

JESSEN. **Wczesne rozpoznawanie gruźlicy.** (Klin. Wochenschr. 1926, Nr. 8).

W uzupełnieniu podobnie brzmiącego artykułu Neumanna w Nr. I Klin. Woch. 1926, autor zastanawia się nad problemem wczesnego rozpoznawania gruźlicy, przyczem uważa za celowe rozgraniczanie następujących jej trzech okresów zasadniczych: 1) stan zapalny na skutek zakażenia prątkami tbc.; 2) śmierć komórek czyli martwica zainfekowanej tkanki, wreszcie 3) wydalenie obumarłej tkanki i skomunikowanie się ogniska ze światem zewnętrznym. Zjawienie się prątków w plwocinie odpowiada właśnie temu (3) okresowi, natomiast wilgotne rzężenia są wyrazem okresu (2) martwicy tkanek. Zadaniem terapeuty jest w każdym razie rozpoznawanie rozwijającej się gruźlicy przed tym (2) okresem martwicy. Autor zaznacza z naciskiem, że nie należy doszukiwać się dowodów rozpoczynającej się gruźlicy wyłącznie, wzgl. przedewszystkiem w zakresie narządu płuc, przeciwnie, baczną uwagę skierować należy w stronę tak zwanych objawów ogólnych, będących wyrazem swoistego zatrucia ustroju.

Z poszczególnych objawów tej kategorji na specjalną uwagę zasługuje charakterysyczne blado-różowe nastrzyknięcie brzegu powiek, imitowane wprawdzie niekiedy z powodzeniem przez banalne zapalenie gruczołów Meiboma, przeważnie jednak powstające na tle czynnej sprawy gruźliczej.

Bardziej posunięta intoksykacja powoduje znamienne rumieńce, przyczem ostro zarysowane granice tudzież cyanotyczny odcień mają świadczyć o ciężkości schorzenia, natomiast usadowienie się rumieńca wyłącznie po jednej stronie wskazuje bezwarunkowo na umiejscowienie objawu pierwotnego w odpowiedniem płucu. Objawy powyższe tłumaczy autor zadrażnieniem toksycznem nerwu współczulnego.

Nie zatrzymując się dłużej nad omówieniem znaczenia djagnostycznego powiększonych gruczołów chłonnych szyjowych i nadobojczykowych, autor nieco więcej miejsca poświęca analizie występującego w przebiegu gruźlicy płuc zwiotczenia, wzgl. zaniku mięśnia kapturowego (**trapezius**) oraz innych mięśni klatki piersiowej. Zanik mięśnia powstaje skutkiem zapalenia odnośnego nerwu (**neuritis toxica**) i obejmuje niekiedy całe grupy mięśni klatki piersiowej, stwarzając obraz tak popularnej „paralitycznej" klatki piersiowej, uspasabającej rzekomo do zakażenia gruźliczego, a w istocie, będącej jedynie wynikiem już istniejącej i czynnej swoistej sprawy chorobowej. Często spotykane pomiędzy dziećmi tak zwane przygarbione plecy; poddawane bezsensownym torturom ortopedycznym, są jedynie wyrazem czynnej, acz dla niewprawnego klinicysty niedostrzegalnej gruźlicy i szybko poddają się kuracji swoistej oraz zabiegom djetetyczno-higjenicznym. Nie należy również niedoceniać z trudem zresztą wydobywanych u dzieci zeznań o nagle występujących udzerzeniach gorąca do głowy, szybkiem męczeniu się i t. p. objawów, będących w istocie rzeczy jedynie wyrazem wazodylatacyjnych zaburzeń na tle toksycznem. Dzieci takie okazują zazwyczaj słabsze postępy w nauce i stają się częstokroć objektem nieusprawiedliwionych napaści ze strony pedagogów. Po pobieżnem potraktowaniu innych jeszcze objawów, które mogą być nieraz zwiastunami rozpoczynającej się czynnej gruźlicy, jak np. postępujący spadek wagi ciała, wypadanie włosów, dalej choroby skórne, jak **acne vulgaris**, **pityriasis** i t. p., autor znów zatrzymuje się dłużej nad analizą objawów ze strony narządu krążenia. Napady bicia serca, obniżone parcie krwi mogą być zarówno skutkiem ucisku powiększonych gruczołów chłonnych na nerw błędny, jak i bezpośredniego zadziałania toksyn gruźliczych na mięsień sercowy.

www.dlibra.wum.edu.pl

Wielką wagę przywiązuje autor do obfitego wydzielania się potu w jamach pachowych, umiejscowienie to może w dużym stopniu wyprzedzić tak ogólnie znane poty nocne suchotników. Według niektórych autorów pot posiada nawet u suchotników zupełnie charakterystyczny zapach.

Dopiero po dokładnem uwzględnieniu wszystkich powyżej wymienionych szczegółów można przystąpić do bezpośredniego poszukiwania objawu pierwotnego w płucach. Autor zaznacza konieczność cichego subtelnego wypukiwania, przyczem w wielu przypadkach oddaje pierwszeństwo tak zwanemu wyczuwaniu oporności (Resistenz) pod opukującym palcem.

Ciepłotę, przewyższającą w spokoju 37.2 w odbytnicy i 36.9 w ustach, autor uważa za bezwzględnie podejrzaną, wieczorne wzniesienia tłumaczy zakażeniem mieszanem wtórnem.

W końcu następuje omówienie wielkiej wartości rozpoznawczej promieni Roentgena, wszelako bezwarunkowo uzgodnionych z wynikami badania klinicznego.

Próby stawiania rozpoznania na podstawie szczepień Pirqueta w zupełności zawiodły, albowiem u każdego niemal dorosłego osobnika próba ta wypada dodatnio, będąc jedynie świadectwem przebytego ongi zakażenia, natomiast nie daje żadnych rezultatów u chorych anergicznych z powodu ciężkiej postaci suchot płucnych. Podobnego zdania jest autor również o wartości djagnostycznej prób Matefy, Daranyi i innych.

G. Raciążek.

RITHER. **Rozpoznawanie jam i rokowanie.** (Beitr. z. Kl. d. Tub. t. 62 z. ½).

Odczyt wygłoszony na zjeździe w Gdańsku, sprowadza się do następujących wniosków. 1. Badanie kliniczno-fizykalne wystarcza do stwierdzenia jamy w płucu i często przewyższa badanie rentgenologiczne. 2. Istnieje daleko więcej przypadków jam, niż udaje się to stwierdzić badaniem fizykalnem i rentgenologicznem. 3. Powstanie jamy znacznie wpływa na rokowanie w sensie ujemnym, choć nierzadkie bywają przypadki wygojenia się jam. 4. Rokowanie jest tem gorsze, im większa jest powierzchnia wrzodziejąca jam, niezależnie od tego, czy mamy do czynienia z jedną rozległą czy z licznemi drobnemi jamami. 5. Leczenie gruźlicy płuc winno zapobiegać powstawaniu jam i przekształcaniu się gruźlicy zamkniętej w otwartą. 6. Leczenie sanatoryjne może być w tym kierunku skuteczne. 7. Odma sztuczna i torakoplastyka w pojedyńczych przypadkach działają zbawiennie, ale obie te metody nie grają większej roli pod względem społeczno-lekarskim i gospodarczym w zwalczaniu gruźlicy. M. G.

Al. PISSAVY. **Rokowanie w gruźlicy płuc.** (La Presse Médicale, Nr. 3, 1926).

Często mówi się o wyleczeniu gruźlicy. O ile rozumieć przez to wyleczenie pozorne i czasowe, to należy przyznać, że jest ono dość częste. Gdybyśmy jednak chcieli widzieć w tem wyleczenie trwałe, to jest ono niezmiernie rzadkie, jak na to zresztą wskazuje wprost zastraszająca śmiertelność, z którą się spotykamy nawet u osobników, leczonych sanatoryjnie lub odmą sztuczną.

Dwie prace, niedawno wydane, których oceną zajmuje się Pissavy, podają ciekawe dane, dotyczące rokowania w gruźlicy płuc. W jednej z nich Urbain Giunard zajął się losem chorych, którzy przewinęli się przez sanatorjum de Bligny w okresie między rokiem 1903 a 1925. Okazało się, że 63% z pośród nich zmarło w przeciągu 5 lat po opuszczeniu sanatorjum, w okresie dziesięcioletnim liczba ta wzrosła do 75%. W szczególności, G. klasyfikował swych chorych pod względem bakterjologicznym i dzielił ich na 3 grupy, odpowiednio do tego, czy badanie bakterjologiczne; powtarzane co 3 tygodnie, wykazało prątki stale (BC= bacillaires constants), czy tylko od czasu do czasu (B. I. = bacillaires intermittants), czy też wyjątkowo (B. S. = bacillaires de signature). Los tych chorych po opuszczeniu sanatorjum przedstawiał się jak następuje:

Odsetek chorych w przeciągu	BC	BI	BS
3 lat	73	29	18
5 „	84	44	29
10 „	91	58	42

Druga praca — Naveau dotyczy wyników stosowania odmy sztucznej. Dane zebrane są na oddziale Rista w szpitalu Laenneca i dotyczą chorych z ludu. Jak wynika ze statystyki autora, 45% z pośród chorych, leczonych odmą, zmarło w ciągu 3 lat, po 5 latach liczba ta wynosiła 51%, po 10 latach — 71%. Z chorych, u których istniało wskazanie kliniczne do odmy, lecz nie założono jej bądź wskutek niemożliwości dokonania zabiegu, bądź wskutek odmowy chorego, po 3 latach zmarło 70%, po 5 latach — 72%, po 10 latach 94%. Już pierwszy rzut oka na cyfry wykazuje dobre wyniki leczenia odmą. Lecz po bliższem wejrzeniu w sprawę okazuje się, że te dobre czynniki objawiają się tylko w pierwszych latach; postęp śmiertelności początkowo znacznie większy u nieleczonych odmą, aniżeli u leczonych z biegiem czasu staje się mniej więcej taki sam; również i ogólna różnica postępu śmiertelności za okres czasu od lat 3 do 10 w obu wypadkach mało się różni (w pierwszym wypadku, t. j. u leczonych wynosi 71% — 45% = 26%; w drugim, t. j. u nieleczonych 94 — 70% = 24%).

Henryk Rabinowicz.

BACKMEISTER. **Rokowanie i leczenie gruźliczych jam płucnych.** (Fortschritte der Therapie. 1926 zeszyt 4).

Opierając się na statystykach Graua, Rittera oraz swojej, autor dochodzi do wniosku; że gruźlicze jamy w płucach; o ile dosięgają lub przekraczają wielkość przeciętnej czereśni, — bezwarunkowo prowadzą prędzej czy później do katastrofy. W przytaczanych przez autora statystykach własnych i cudzych zejście śmiertelne następowało zazwyczaj w 5 do 6 lat po rozpoznaniu takich jam.

Los ten nie dotyczy jednak jam małych, t. j. nieprzechodzących do wielkości czereśni — w przypadkach tych bowiem częstokroć możemy się spodziewać wypełnienia i zabliźnienia łącznotkankowego, a więc również i trwałej poprawy klinicznej. Powstrzymując się od wydawania jakichkolwiek sądów na korzyść lub niekorzyść nowoczesnych leczniczych metod chemoterapeutycznych, autor jest jednak skłonny do upatrywania wysokiej wartości leczniczej w zabiegach takich, jak torakoplastyka, frenikotomja, sztuczna odma płucna.

Zdaniem autora, nie należy również zaniedbywać terapji za pomocą naświetlania promieniami Roentgena.

G. Raciążek.

H. JESSEN. **O leczeniu gruźlicy płuc sanokryzyną.** (Muench. Med. Woch. Nr. 11/1926).

Wyciągając wnioski z obserwacji 20 przypadków gruźlicy płuc (12 o charakterze wysiękowym, 4 wytwórczym, 1 czysto-jamistym, 2 gruźlicy gruczołów oskrzelowych, 1 **Polyserositis tbc.**), leczonych sanokryzyną, staje Jessen na następującem stanowisku:

Sanokryzyna nie jest specyfikiem w leczeniu gruźlicy. Surowica Moellgaarda jest bezwartościowa. Wskutek swego działania, głównie jako metalu, sanokryzyna jest niebezpiecznym jadem, który powoduje niecbliczalne reakcje, niezawsze zależne li tylko od dawkowania; nie nadaje się więc do stosowania w praktyce prywatnej. Powoduje, zdaje się, poprawę w poszczególnych przypadkach bezgorączkowych, głównie o charakterze wysiękowym przy ostrożnem dawkowaniu, unikaniu większych dawek (powyżej 0,5) i podawaniu do 3 gr. łącznie. O trwałej poprawie trudno dziś jeszcze wydać sąd.

Henryk Landau.

G. FINDER. **O leczeniu gruźlicy krtani trifalem.** (Deutsche med. Wochenschrift Nr. 28. 1926).

Trifal jest to preparat złota, przeznaczony do leczenia gruźlicy. Pod względem chemicznym jest trifal solą sodową kwasu aurotiobenzimidazol—węglowego. Niewielka jego jadowitość sprzyjała szerokiemu zastosowaniu. Dwuletnie do-

www.dlibra.wum.edu.pl

świadczenie wykazało, że nowy lek nie zawiódł pokładanych w nim nadziei.

Autor stosował trifal w przypadkach gruźliczego zajęcia krtani. wybierano oczywiście tylko takich chorych, u których można było mieć jeszcze pewne widoki powodzenia, t. zn. których ustrój posiadał jeszcze pewien zasób sił i ew. zdolność odczynową.

Dawka początkowa wynosiła 0,005, następna 0,01, co 10 — 14 dni dawkę zależnie od odczynu mniej lub więcej powiększano. Jako dawkę maksymalną autor stosował 0,1. Całkowita jlość zastrzykniętego w ciągu kuracji trifalu wahała się około 0,25. Przy tak ostrożnem dawkowaniu nie stwierdzono ani razu żadnych objawów ubocznych. Autor zwraca uwagę, że dla osiągnięcia pomyślnych wyników leczniczych konieczne jest indywidualizowanie leczenia każdego poszczególnego przypadku zarówno co do wielkości dawki, jak i częstosci zastrzyków.

Spostrzeżenia autora dotyczą 12 przypadków. W jednym z nich nastąpiło w czasie kuracji pogorszenie niezależne od leczenia trifalem: okazało się mianowicie, że chora była w ciąży, której postęp miał ujemny wpływ na stan krtani. Trzy dalsze przypadki okazały się opornemi na działanie trifalu. U pięciu chorych stwierdzono natomiat wyraźną i znaczną poprawę, polegającą na zmniejszeniu się nacieczenia gruźliczego i oczyszczeniu się owrzodzeń. W 3 wreszcie pozostałych przypadkach poprawa była tak znaczna, że możnaby było nawet mówić o klinicznem wyleczeniu.

J. Typograf.

Zapiski lecznicze.

Leczenie wewnętrzne krwawień ginekologicznych.

Podał

Eug. KRAJEWSKI (Katowice).

Krwawienia z części rodnych kobiety stanowią najczęstszy objaw choroby w dziedzinie patologji kobiecej. Ponieważ zaś nauka współczesna przyznaje krwawieniom jedynie rolę objawu, a nie istoty samego cierpienia — wymagać wobec tego musimy w każdym przypadku przedewszystkiem leczenia przyczynowego.

W bogatej dziedzinie krwawień ginekologicznych jest jednak szeroki zakres, w którym leczenie wewnętrzne, objawowe jest nietylko wskazane, ale i, co najważniejsze,, przedmiotem traktowania leczniczego ze strony lekarza ogólnopraktycznego (kasowego). Należą tu więc zaburzenia miesiączkowania (**menorrhagia, dysmenorrhoea**), w których często wprost niemożliwe jest uchwycenie i wyizolowanie wpływu czynnika narządowego (macicy), dokrewnego (czynność wydzielnicza jajników) lub krwiotwórczego (zboczenia procesu krzepnięcia krwi, stany anafilaktyczne śluzówki macicy i t. p.), tembardziej, że czynniki te kojarzą się najczęściej ze sobą. Z częstszych zespołów wymienię tu np. **menstruatio praecox, menorrhagia pubertatis, hypermenorrhoea** bez tła anatomicznego i t. p. W tem miejscu wymienić też muszę nadmierne co do ilości, czasu trwania i częstości miesiączkowanie w następstwie zaburzeń krążenia (zastoju) w przebiegu wad serca, zapalenia mięśnia sercowego, schorzeń nerek, gruźlicy płuc, otłuszczenia, dny i t. p.

Drugą grupę krwawień ginekologicznych, nadających się do leczenia wewnętrznego, stanowią krwawienia maciczne wskutek stanów zapalnych macicy (**endometritis, metritis,. status post abrasionem**), następnie zaś krwawienia wskutek stanów zapalnych przypadków i tkanki okołomacicznej (**parametritis, perimetritis, salpingitis, perisalpingitis, oophoritis, gonorrhoea adnexorum**), zmian położenia macicy (**retroversio uteri, retroflexio uteri**), krwawienia na tle mięśniaków macicy (**myomatotis uteri**), stanów preklimakterycznych i klimakterycznych, stwardnienia naczyń macicznych, wczesnych poronień, **subinvolutio uteri post abortum** i t. p.

Trzecią grupę wskazań stanowią przypadki zboczeń miesiączkowania bez tła uchwytnego.

Leki, któremi rozporządza lekarz praktyk, to przedewszystkiem przetwory hydrastyniny, kotarniny lub sporyszu, które zagraniczna produkcja rzuciła na rynek specyfików pod rozmaitemi nazwami. Wszystkie środki te mają pewne działanie wybiórcze na sferę narządów rodnych kobiecych i to jako **haemostatica, sedativa i anodyna.** Nie chcę wgłębiać się w farmakodynamiczną stronę zagadnienia, w szczególności, czy leki te mają w swem działaniu swój punkt zaczepienia w mięśniówce czy też włóknach mięsnych naczyń macicznych, ponieważ mam tu przedewszystkiem na uwadze zainteresowania lekarza praktycznego. Szczęśliwe konjunktury dla krajowej produkcji farmaceutycznej na Śląsku G., a to wskutek zamknięcia dowozu specyfików niemieckich, nacisku kas chorych, dążących, do zastąpienia specyfiku niemieckiego polskim, jako stanowczo tańszym, — złożyły się na to, że wytwarzane w kraju **„Remedium sedativum — haemostaticum“** L. Spiess w szerokiej praktyce kasowej znalazło szybko duże wzięcie i rozpowszechnienie. Jak z rozmów z lekarzami ogólnopraktycznymi oraz własnych doświadczeń, z czasów asystentury w lecznicach Spółki Brackiej, wywnioskować mogłem — nasz specyfik krajowy w zupełności nie ustępuje zagranicznym. Zaletą jego jest nietylko niższa cena w stosunku do drogich dziś bardzo leków zagranicznych, ale także pewność działania, dogodny sposób stosowania i znośny smak przetworu. Z powodu kojącego działania można próbować **Remedium sedativum — haemostaticum** także w przypadkach zmaz nocnych, nasieniotoku, nadmiernego pobudzenia płciowego i t. p.

www.dlibra.wum.edu.pl

Wskazówki praktyczne.

— Wskazanie do użycia **chininy w chorobach serca** stanowią: hyperkineza, niemiarowość ekstrasystoliczna, częste przerwy w tętnie, tachykardja paroksyzmalna i migotanie przedsionków, również i choroba Basedowa oraz stan wzmożonej czynności tarczycy. W stanach osłabienia czynności serca i obniżonego ciśnienia krwi chinina jest przeciwwskazana. W przypadkach niemiarowości ciągłej (**arrhythmia perpetua**) należy stosować chininę z naparstnicą, w tachykardji nerwowej — strychninę z chininą. (Med. Klin. Nr. 46. 1926).

— Wskazania i technika stosowania **kąpieli kwasowęglowych.** Kąpiele kwasowęglowe, wbrew dawniejszym poglądom, wywierają działanie dodatnie i w przypadkach nadciśnienia (hypertonja, choroby nerek, miażdżyca tętnic). Osłabienie czynności serca, zwłaszcza u otyłych, może ulec poprawie pod wpływem tych kąpieli. Wady zastawki dwudzielnej dają przytem lepsze rokowanie, niż wady aorty. Zaburzenia cyrkulacyjne w chorobje Basedowa i miażdżycy często się poprawiają. W nerwicach serca nie należy stosować kąpieli kwasowęglowych. W sanatorjach z pożytkiem stosuje się bomby kwasowęglowe, w mieszkaniach prywatnych — takież pastylki. Chłodne kąp. kwasowęgl. w przeciwieństwie do ciepłych podnoszą ciśnienie krwi. W wadach zastawki dwudzielnej i otłuszczeniu serca stosuje sję kąpiele o ciepłocie 30 — 32° C., w przypadkach wysokiego ciśnienia krwi 33 — 34° C. W początkach kuracji kąpiel trwać powinna 8 — 10 min., później do 20 min. Stosować należy 3 kąpiele na tydzień. U słabszych i pobudliwych chorych dobrze jest poprzedzić kurację kwasowęglową kąpielami solankowemi. Aby uniknąć wdychania kwasu węglowego, należy wannę nakrywać. Po kąpieli — wypoczynek jedno — ewent. dwugodzinny. (Med. Klin. 1926, Nr. 46).

— **W rumieniu wielopostaciowym** dobre usługi oddaje, według Pezolda, **atofanyl**, śródżylnie stosowany. Jedna ampułka 10 ctm³. zawiera po 0.5 salicylanu sodu i atofanu sodowego. Ciężkie przypadki w ciągu kilku dni powracały do zdrowia. (D. m. W. 1926, Nr. 34).

— **Helpinę**, zawiesinę, składającą się z lecytyny i gliceryny, podskórnie poleca Axenoff, jako środek **tuczący** w gruźlicy i małokrwistości Przybytek na wadze rozpoczyna się po 15 zastrzyknięciach, po 40 — 50 jest bardzo wybitny, a przy dalszem stosowaniu zastrzykiwań dochodzi do 10 — 14 kilo i utrzymuje się przez czas długi. (D. m. W. 1926. Nr. 36).

— Rausche poleca **zastrzykiwania własnej krwi** chorego w przypadkach ostrych **krwotoków żołądkowych** we wrzodzie żołądka. Zastrzykuje się krew domięśniowo w ilości 10 — 20 ctm³. Ma to być najskuteczniejszy i najdogodniejszy środek bodźcowy. (D. m. W. 1926. Nr. 34).

— Saenger ostrzega przed zbyt wczesnem i zbyt energicznem leczeniem miejscowem rzeżączki, które stanowi najczęstszą przyczynę powikłań tej choroby (zapalenie gruczołu krokowego, zapal. najądrza). W pierwszym tygodniu choroby każde leczenie miejscowe jest niebezpieczne. Rozpocząć je należy po przejściu pierwszego okresu ropienia i to bardzo ostrożnie. (Deutsch. med. Woch. 1926. Nr. 41).

— Moll leczy **parkinsonizm pośpiączkowy** zastrzykiwaniami podskórnemi **nikotyny.** Po zastrzyknięciu należy kontrolować tętno, które po początkowem zwolnieniu po upływie 2 — 3 minut przyspiesza się o 20 — 40 uderzeń, a po upływie 10 minut powraca do normy. Zaczyna się od 0,005 trzy razy dziennie i na tej dawce poprzestaje się tak długo, aż tętno przestaje na nią oddziaływać. Następnie powiększa się dawkę stopniowo do 0,0065 aż do 0,013 trzy razy dziennie; przyczem liczba tętna za każdym razem powinna wzrastać o 12 — 20 uderzeń. Dawkę końcową stosuje się 2 — 3 tygodni. Nikotyna zmniejsza sztywność mięśni, trwałego wpływu na chorobę nie ma. W przerwach 2 — 4 miesięcznych należy kurację powtarzać. Objawy uboczne: obfite poty, drżączka, bicie serca, omdlewanie. (Brit. med. Journ. 1926. Nr. 3416).

— Turrel zaleca **w nerwobólu nerwu trójdzielnego** stosowanie **prądu stałego o wysokiem napięciu.** Zapomocą 60 — 90 miliamperów w ciągu 30 — 40 minut otrzymywał dobre wyniki (Brit. med. Journ. 1926. N. 3414).

— **Chininę w zapaleniu płuc krupowem** zaleca Berger w postaci zastrzykiwań śródmięśniowych. Zastrzykuje się 5,0 następującej mieszanki: **Chininі hydrochl.** 2,9, **Urethani** 1,0, **Aq. dest.** 20,0 (zagrzać przed użyciem). W razie wczesnego zastosowania tej metody udaje się chorobę przerwać, a przynajmniej znacznie skrócić. (W. Kl. W. 1926. N. 35).

— Koller-Aeby oddawna stosuje **eter** w leczeniu **nieżytu oskrzeli, zapalenia płuc i zapal. miedniczek nerkowych** według następującego przepisu: **Ol. Thereb. Spir. aether. ana,** 3 razy dziennie po 10 kropel w wodzie po jedzeniu. (Schweiz. med. Woch. 1926. Nr. 31).

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich.

Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej.

Sekcja kliniczna.
Posiedzenie z dnia 25.IX. 1926 r.

Odczyt programowy:

J. Mackiewicz. **Zagadnienie spraw pokiłowych układu nerwowego (metalues) w świetle nainowszych badań biologicznych.** (Ukaże się w druku).

Posiedzenie z dnia 2.X. 1926 r.

Odczyt programowy:

Szenajch i Bogdanowicz. **O płonicy i jej leczeniu surowicą.** (Ukaże się w druku).

Dyskusja:

Szwarcman podaje wyniki stosowania surowicy przeciwpłoniczej na oddziale d-ra Luksenburga w Szpitalu na Czystem.

Surowicę stosowano w 88 przypadkach średnio i bardzo ciężkich z pośród 203 spostrzeganych przypadków. Surowicę wstrzykiwano domięśniowo w ilości 20 cm³, wyjątkowo zaś 30 cm³. Częstość wtrzykiwań była następująca: 1 raz stosowano surowicę w 47 przypadkach, 2 razy—w 30, 3—w 5. W 14 przypadkach szkarlatyna była powikłana błonicą. Z pośród chorych, leczonych surowicą, zmarło 6, z nieleczonych—3. Spostrzeganie wykazało bardzo pomyślne działanie surowicy. Po wstrzyknięciu następował szybki spadek **ciepłoty,** poprawa samopoczucia, zniknięcie wysypki. Powikłania zaś miały przebieg łagodniejszy.

Przesmycki stoi bezwzględnie na stanowisku swoistości paciorkowca hemolizującego, jako zarazka płonicy. Można go wyhodować w każdym przypadku płonicy (Dickowie), pod względem aglutynacyjnym i toksylogicznym stanowi odrębną grupę bakteryjną (Dauchez). Badania Stewensa wykazały, że przy odczynie Dicka ujemnym paciorkowiec hemolizujący może wywoływać inne cierpienia, jak zapalenie ucha środkowego, zapalenie szpiku kostnego, i staje się źródłem płonicy, gdy przechodzi na osobników wrażliwych. Wreszcie o swoistości paciorkowca hemolizującego świadczy możność doświadczalnego wywołania płonicy zapomocą tego zarazka. Udało się to najpierw Dickowi, następnie Nikolowi. Prace, przytoczone przez d-ra Szenajcha, że odczyn Dicka może zmieniać się u tego samego osobnika, nie odpowiadają poglądowi, spotykanemu w większości innych prac nad odczynem Dicka. Jeśli surowica nieraz zawodzi, to można przypuścić istnienie welorakości jadu. W Ameryce stosuje się surowicę w ilościach znacznie większych, niż u nas (do

www.dlibra.wum.edu.pl

150 cm³ jednorazowo). Miareczkowanię naszej surowicy prowadzą sposobem klinicznym drowie Szenajch i Bogdanowicz.

Sparrow uważa, że odczyn Dicka jest naogół stały. Bywają, coprawda, pojedyńcze przypadki, w których odporność załamuie się i wówczas spostrzega się przejście Dicka ujemnego w słabo dodatni. Zmienność odczynu może też zależeć od niestałości używanej do odczynu toksyny. W tym roku używa się toksyny silniejszej, niż w ubiegłym, i z tego powodu odsetek osobników wrażliwych zwiększył się. Państwowy Zakład Higjeny, licząc się z istnieniem wielu grup paciorkowca hemolizującego, stara się o poliwalentność toksyny, przyrządzając ją z licznych szczepów, sprowadzanych również z zagranicy. Sparrow przytacza liczby zachorowań z pośród dzieci uodpornionych, które przemawiają za skutecznością szczepienia przeciwpłonicznego.

Knappe wyraża przypuszczenie, że ilość stosowanej surowicy przeciwpłoniczej nie odgrywa roli. Opiera się na doświadczeniu z surowicą przeciwczerwonkową, która w ilościach małych wywiera to samo działanie, co stosowana w ilościach większych.

Szenajch odpowiada, że trudno jest porównywać surowicę przeciwpłoniczą z surowicą przeciwczerwonkową ze względu na słabe działanie tej ostatniej. Jest zwolennikiem stosowania większych ilości surowicy przeciwpłoniczej. S. jeszcze raz podkreśla, że na podstawie tego, co widział, jak działa surowica, wierzy głęboko w jej swoistość. Natomiast uważa, że sprawa swoistości paciorkowca hemolizującego nie jest zupełnie jasna.

Jako dowód, S. przytacza z piśmiennictwa 2 przypadki anginy błoniczej, w których wyhodowano paciorkowca hemolizującego i odczyn Dicka był dodatni, a pomimo to dzieci te nie miały płonicy. Podobne spostrzeżenia przemawiają za poglądem, że płonica jest swoista, jako jednostka chorobowa, lecz nie pod względem przyczyny powstawania jej.

Posiedzenie z dn. 9.X.1926 r.

Pokazy:

Herman. **Pokaz kliniczny i rentgenologiczny przypadków złogów wapnia w mózgu.**

Przypadek I. dotyczy chorego l. 26, który w dzieciństwie doznał urazu czaszki. Wystąpiły drgawki, niedowidzenie obuoczne, z czasem wodogłowie. Rozwijał się normalnie fizycznie i psychicznie. Przedmiotowo stwierdza się: obwód czaszki 57½ cm.; strzałkowy i skroniowy — 34 cm. **Atrophia nn. opticum postneuritica**, ospałe oddziaływanie źrenic, visus oc. d. — ½ m. palce, oc. s. — ruchy ręki, **strabismus divergens oc. d., paralysis recti int. dexri, adiadochokinesis**; chód — o szerokiej podstawie. Odczyn Wa we krwi i płynie m.-rdz. ujemny. Roentgen: olbrzymie ognisko wapienne, ostro odgraniczone, zajmujące całą lewą połowę mózgu, na zdjęciu czołowem — w postaci soczewki. Encefalografja wykazała wodogłowie wewnętrzne i zewnętrzne, przyczem komora boczna lewa 2 razy większa od prawej. Rozpoznanie: złogi wapnia w ognisku pokrwotocznem, wodogłowie wewn. i zewn. (Pokaz chorego i rentgenogramów).

Przypadek II dotyczy chorej l. 13, która od kilku lat cierpiała na objawy wzmożonego ciśnienia śródczaszkowego (bóle głowy, wymioty), potem wystąpiły wybitne objawy móżdżkowe (asynergja tułowia i kończyn), nadto piramidowe. Na dnie oczu — tarcze nieco bladawe, wzrok prawidłowy. Zdjęcie, dokonane kilkakrotnie w odstępach 2-letnich, wykazało okrągłe ognisko zwapniałe, leżące od tyłu od siodła, siodło poszerzone, zniszczone. Po 2-ch latach cień wapienny bez zmiany, siodło natomiast uległo większemu zniszczeniu. Przebieg kliniczny stacjonarny.

Rozpoznanie: guz zwapniały, umiejscowiony ztyłu siodła, wodogłowie wewnętrzne (pokaz zdjęć).

Przypadek III dotyczy chorej l. 36, u której od kilku miesięcy wystąpiły objawy ze strony oka lewego w postaci zespołu Foix (lewostr. opadnięcie powieki; **ophtalmoplegia ext. et int.**). Lewa tarcza nieco blada. Bóle głowy. Odczyn Wa we krwi ujemny. Roentgen wykazał liczne drobne ogniska wapienne po stronie lewej w mózgu, z boku od kości klinowej. Nadto duże ognisko wapienne w l. zatoce czołowej.

Rozpoznanie: guz częściowo zwapniały w lewej półkuli mózgowej z boku od siodła tureckiego.

W końcu H. omawia cechy rozpoznawcze rozmaitych spraw chorobowych w mózgu, w których dochodzi do odkładania się wapnia.

Dyskusja:

B. Kryński. Zastosowanie rentgenografji do rozpoznawania guzów mózgu nastręcza bardzo duże trudności. Dotychczas opisano tylko 2 przypadki, w których udało się tą drogą rozpoznać nowotwór mózgu. Rozpoznawanie złogów wapnia w mózgu nieraz przedstawja również duże trudności.

Flatau. Pomimo daleko posuniętej fizjologji i patologji mózgu, neurolodzy często napotykają trudności, gdy chodzi o umiejscowienie guzów mózgu. Nawet Cushing, przy swojem kolosalnem doświadczeniu, na 1300 operacyj guzów mózgu w 400 przypadkach guza nie odnalazł. Duży postęp do nauki o rozpoznawaniu guzów mózgu wniósł Daudyn, wprowadzając wentrykulografję. U nas przyjęło się stosowanie encefalografji; odczytywanie zdjęć, jakie ona daje; bywa często bardzo trudne.

Do innych metod rozpoznawczych należy wyciąganie tkanki mózgowej, drogą nakłucia i natychmiastowe badanie jej, usługi oddaje również wprowadzony do myelografji lipjodol lekki. F. uważa, że sprawa rozpoznawania i umiejscawiania nowotworów mózgu może być rozwiązana, o ile uda się odnaleźć substancję, która dawałaby cień rentgenologiczny i pozwalałaby swoiście impregnować tkankę nowotworową. Próby w tym kierunku, nie uwieńczone jednak powodzeniem, robił Wassermann.

Odczyt:

Matecki. **Zagadnienie konstytucji psychofizycznej.** (Ukaże się w druku).

Posiedzenie z dn. 23.X.1926 r.

Odczyt programowy:

Ryszard Hertz. **Dusznica piersiowa.** (Ukaże się w druku).

Dyskusja:

Szper przedstawia trudności, jakie napotyka chirurg przy odnajdywaniu do— i odprowadzających gałązek zwojów współczulnych. Podłoże anatomiczne i fizjologiczne operacyj, stosowanych w dusznicy bolesnej, jest dotychczas mało znane, czem też tłumaczy się rozmaitość osiąganych wyników.

Fejgin. Amerykanie, omawiając wskazania do zabiegu, odróżniają następujące kategorie chorych: 1) chorzy na dusznicę bolesną z objawami schorzenia mięśnia sercowego — do operacji nie nadają się zupełnie, 2) chorzy z objawami bólu, występującemi w bezpośrednim związku z wysiłkiem fizycznym, lecz bez objawów klinicznych osłabienia mięśnia sercowego, 3) chorzy z bólami, występującemi bez oczywistego związku z wysiłkiem fizycznym.

W ostatnich 2 postaciach operacja jest możliwa i często daje pomyślny wynik. Następnie F. omawia rodzaje stosowanych operacyj.

Higier St. podaje w wątpliwość teorję dusznicy bolesnej, jako czysto czynnościowego skurczu odruchowego. Niezrozumiałem jest, dlaczego na bodziec nadmiernej pracy serce odpowiada skurczem swych naczyń, podczas gdy w obrębie innych narządów odpowiedź w takim wypadku polega na rozszerzeniu naczyń. Mówiąc o dusznicy bolesnej spoczynkowej, H. objaśnia ją, jako zmianę napięcia, pobudliwości i równowagi w układzie sympatyczno-parasympatycznym.

Higier H. przeprowadza analogję między dusznicą bolesną, a takiemi cierpieniami, jak **angina abdominis** Nothnagla i chromanie przestankowe. We wszystkich tych cierpieniach doszukuje się tej samej patogenezy i symptomatologji klinicznej. To, co cechuje chromanie przestankowe, a mianowicie: zmiany anatomiczne naczyń udowych, dochodzący do tego moment czynnościowy, czynniki konsty-

www.dlibra.wum.edu.pl

tucjonalne, ból napadowy i brak zmian w sile mięśniowej— wszystko to należy wyzyskać przy objaśnieniu sposobu powstawania dusznicy bolesnej. Analogję również stanowią zabiegi operacyjne stosowane w obu cierpieniach. H. omawia następnie cierpienia, ujęte jako **pseudoangina pectoris.**

R. Hertz zgadza się z H. Higierem, że główne czynniki patogenetyczne dusznicy bolesnej — zmiany anatomiczne w naczyniach wieńcowych i ich kurcze czynnościowe— dawno już były omawiane w piśmiennictwie. U nas pisał o tem Pawiński i Biegański. Następnie podkreśla, że pojęcie — **pseudoangina pectoris** większość autorów odrzuciła, jako niestanowiące odrębnej postaci napadów bólowych.

Jelenkiewicz.

Warszawskie Towarzystwo Neurologiczne

Posiedzenie zwyczajne (58-e) z dnia 19.6. 1926.

1. Herman i Simchowicz. — **Obustronne porażenie nn. VII prawdopodobnie na tle nagminnego zapalenia mózgu.**—Chory lat 30, w 1916 r. przebył katar szczytów płucnych, na początku maja 1926 r. zachorował przy objawach podniesionej ciepłoty (do 38°,8) w ciągu 3 dni. kłuciach w klatce piersiowej, z następowym kilkodniowym stanem podgorączkowym. W 6-ym dniu choroby mrowienie i drętwienie stóp j podudzj, w 3-cim tygodnju całkowite porażenie twarzy, zaburzenia żucia. Dwojenia, senności nie było. W 2—3 tygodniu choroby bezsenność. Przedmiotowo: całkowite obwodowe porażenie nerwów twarzowych bez zmian elektrycznych. Brak wszelkich innych zmian ze strony układu nerwowego, ciecz mózgowo-rdzeniowa, Wa R z płynu j krwi, mocz — prawidłowe. Porażenie nerwów twarzowych zupełnie ustąpiło do 2.6. 1926. Nieznaczne zaburzenia snu trwają nadal. Rozpoznanie różniczkowe z zapaleniem wielonerwowem, nietypowem zapaleniem rogów przednich, porażeniem gośćcowem, chorobą Wernickego, pozwala na ich wykluczenie i przyjęcie z pewnemi zastrzeżeniami. jako tła choroby, nagminnego zapalenia mózgowja. Ta postać zapalenia mózgowia zbliżałaby się do typu obwodowego Sicard'a.

Dyskusja. — Bregman, Higier, Orzechowski, Herman.

2. Mikułowski. — **Przypadek zapalenia mózgu powstałego w związku ze szczepieniem ospy,** — 13 miesięczna dziewczynka w 8 dni po szczepieniu ospy (z wynikiem dodatnim) zachorowała nagle 5.6 b. r. wśród gorączkj do 42° i drgawek klonicznych. Podwyższona ciepłota utrzymywała się w ciągu 4 dni (do 38°,8). Dziecko pierwsze 4 dnj było nieprzytomne, a w ciągu tygodnia senne. Drgawki utrzymywały się w ciągu 6 dni i dotyczyły lewej połowy twarzy i lewych kończyn; stwierdzono oczopląs. W 5-ym dniu choroby zjawiło się połowicze lewostronne porażenie kurczowe z zajęciem n. VII. W ciągu całego tego czasu zaznaczona była mierna sztywność karku. Płyn mózgowo-rdzeniowy niezapalny, bez pleocytozy, w posiewach jałowy. W 14-ym dniu choroby stan ogólny lepszy, porażenia utrzymują się, bezsenność, inteligencja bez zmian, wzrok, słuch prawidłowe.

Był to pierwszy w Warszawie wypadek ,,encephalitis epidemica"*) w związku ze szczepieniem Jennerowskiem. Dnia 7.VI b. r. przybyło 1½ roczne dziecko do szpitala Karola i Marji, które w 9 dniu po szczepieniu ospy zachorowało wśród podobnych objawów. Autorowie holenderscy Bouwdyk, Bastjaanse i Teburgh spostrzegali w 1925 roku 34 przypadki ,,encephalitis epidemica" wśród 240.000 szczepionych dzieci.

Dyskusja. — Sterling, Higier, Orzechowski, Mikułowski.

3. Herman. — **Kurcze długotrwałe na tle nagminnego zapalenia mózgu.** Chory lat 19, rodzice alkoholicy, zawsze był zdrów. Obecna choroba rozpoczeła się 2 lata temu kurczami w lewej kończynie górnej, a w 2 tyg. potem i w lewej dolnej. Innych objawów ostrego okresu zapalenia mózgu droga wywiadów nie stwierdzono. Przed rokiem w ciągu 2 tyg. utrudnione oddawanie moczu. Badanie przedmiotowe III. 1926: Twarz nieco maskowata, powieki nawpół przymknięte, lewa źrenica szersza od prawej, odczyn na światło prawie zniesiony prawostronnie, osłabiony lewostronnie, odczyn na zbieżność zachowany, ale lewa gałka szybko się wyczerpuie. Dno oczu prawidłowe. Nieznaczny niedowład obwodowy praw. n. VII (podobno od dzieciństwa). W lewej połowie ciała, z wyjątkiem twarzy, kurcze mięśniowe, błyskawiczne, w poszczególnych mięśniach, ich grupach lub w całej połowie ciała. Odruchy prawidłowe. Płyn mózgowo-rdzeniowy i krew — bez zmian. Długotrwałe kurcze mięśniowe w następstwie nagminnego zapalenia mózgu nie są zbyt częste.

4. Arkin i Sznajderman. — **O oczopląsie wzrokowym** (odczyt z pokazami).

Dyskusja. — Szwarc, Higier, Orzechowski, Arkin.

5. Sterling Wł. — **Objaw synkinestezji ruchowo-dźwiękowej w połowiczym kurczu twarzy.** Przypadek dotyczy 58 letniego mężczyzny, u którego przed 4 laty powstał połowiczy lewostronny kurcz twarzy, stopniowo nasilający się i trwający dotychczas. Niemal od początku powstania przy każdym kurczu chory odczuwa w lewem uchu sensację dźwiękową, przypominającą uderzenie młoteczkiem po gumie, ściśle synchroniczną z kurczem. Przed 4 tygodniami nagle wystąpiło wydzielanie płynu mózgowo-rdzenjowego przez nos, w ciągu 2 dni. W okresie tym objaw synkj. nestezji nie występował. Zdjęcie rentgenowskie wykazało zmiany w tylnych skrzydłach kości klinowej. Bóle głowy i objawy ze strony nn. czaszkowych nieobecne. Przypadek omówiony będzie szczegółowo na innem mjejscu.

6. Leśniowski. — **O wartości klinicznej odczynu benzoesowego** (odczyt ukaże się w druku).

Dyskusja. — Bychowski (sen.), Leśniewski.

Sekretarz: St. K. Pieńkowski.

*) ale nie lethargica v. Economo.. (dopis. refer.).

Polskie Towarzystwo Pedjatryczne.

Posiedzenie kliniczne z dn. 17.III.1926 roku.

Obecnych członków 30, gości 9.

Juljan Kramsztyk wygłasza słowo pośmiertne o ś. p. **Bronisławie Szulczewskim** (będzie drukowane w ,,Pedjatrji Polskiej"), obecni uczcili pamięć jego przez powstanie.

Stefan Kramsztyk przedstawia **przypadek tachycardiae paroxysmalis** u 12-letniej dziewczynki.

Dobrowolski Zdzisław, przedstawia dwa **przypadki obrzęku krtani u dzieci,** nadmieniając, że ta postać chorobowa występuje u dzieci poza krupem bardzo rzadko.

W pierwszym przypadku dziewczynkę lat 9 D. spostrzega od dni 10-ciu ze stopniowo wzrastającym obrzękiem krtani wskutek głębokiego ropnia w podstawie języka. Nagłośnja przedstawia sie jak poduszka. Przymiot i gruźlica wykluczone. Dziewczynka w innych narządach żadnych zmian nie przedstawia. Temperatura 37,5 — 38,4. Chora od paru dni znajduje się w szpitalu dziecięcym przy ul. Kopernika. Dobrowolski przedstawia krtań z obdukcji chłopca; swego pacjenta z powyższego szpitala. Chory ten zmarł wskutek ropnego zapalenia osierdzia i opłucnej. W 6 tygodni po szkarlatynie wystąpił groźny obrzęk krtanj na tle poszkarlatynowego nefrytu. Wykonano tracheotomję (Piotrowski, Zdzisław j Władysław Dobrowolscy). Obrzęk zupełnie po paru dniach ustąpił, lecz w parę tygodni chłopiec zginął wskutek ropnych procesów w osierdziu i opłucnej. Takie obrzęki po szkarlatynie Dobrowolski widział podczas swej 30-letniej praktyki szpitalnej zaledwie parę razy, i to na tle nefrytu. Po odrze występują one nieco częściej, nawet bez nefrytu. (Streszczenie własne).

Celichowska i Szenajch wygłaszają odczyt pod tytułem ,,o indywidualnej izolacji chorych w szpitalach dziecięcych (rzecz ukaże się w druku).

Dyskusja: Stankiewicz jest zdania, że nawet najlepiej urządzony szpital nie zabezpiecza od wewnątrzszpitalnych zakażeń. Ideałem jest absolutny system boksowy.

Lecz i tu nie można poradzić bez odpowiednio wyszkolonego personelu. Najtrudniej jest walczyć z odrą i ospą. W przychodniach walka z wewnętrznemi infekcjami jest bardzo utrudniona. Cyfry szpitala Karola i Marji S. uważa za imponujące.

www.dlibra.wum.edu.pl

Piątkowski zapytuje, co się robi z odzieżą przyjmowanych płoniczych chorych. Szwajcer za największy brak w szpitalach uważa brak Stacji obserwacyjnej. Chory, przeznaczony do przyjęcia na oddział, powinien przejść przez ambulatorjum, gdyż dyżurny lekarz nie jest w stanie dobrze zbadać każdego chorego. Za ognisko chorób zakaźnych Szwajcer uważa prócz tego kancelarję.

Roszkowski uważa 4-rotygodniowy okres izolacji w kokluszu za niedostateczny. Dąbrowski zgadza się co do konieczności istnienia oddziału obserwacyjnego w każdym szpitalu. Za wielkie niebezpieczeństwo w sensie wewnątrzszpitalnych infekcyj uważa przypadki o podwójnem zakażeniu. Sądzi, że prelegent zamało podkreślił zakaźność innych chorób poza odrą, kokluszem, świnką, wietrzną ospą.

Bączkiewicz podkreśla cenność pracy Szenajcha. Uważa za najczęstsze wewnątrzszpitalne infekcje odrę i koklusz. Ambulatorja powinny być zupełnie wydzielone ze szpitala. Urządzenie ich powinno być luksusowe.

Łyskawiński podnosi cywilną odwagę prelegentów, którzy się szczerze przyznają do swoich wewnątrzszpitalnych infekcyj. Przytoczoną statystykę uważa za bardzo dobrą. Liczne przypadki odry i wietrznej ospy w Klinice Pirqueta uzależnia od wadliwej budowy celek. Na płoniczych oddziałach łatwiej jest o wewnątrzszpitalne infekcje wobec częstości podwójnego zakażenia.

Szenajch w odpowiedzi zaznacza, że odzież płoniczych chorych podlega dezynfekcji. Sądzi, że poszczególne przypadki durów, czerwonki można trzymać na ogólnych salach.

Sekretarz: K. Barański.

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Na posiedzeniu Akademji Naukowej w Paryżu Lumière i Enselme donieśli o **sposobie tłumienia wstrząsów anafilaktycznych zapomocą znieczulania zakończeń nerwowych wewnątrznaczyniowych.**

Według teorji Lumièra wstrząs anafilaktyczny powstaje wskutek działania drażniącego kłaczków, wytwarzających się od zetknięcia antygenu z surowicą, na zakończenia wewnątrz-naczyniowe nerwu współczulnego. W celu znieczulenia ich, autorowie wstrzykiwali do żyły królika, uczulonego na białko kurze, 2½ mg. chlorku allokainy. U zwierząt tych, w ciągu ½ godz. po wstrzyknięciu, nawet śmiertelna dawka białka nie wywoływała wstrząsu.

(Presse Méd. 1926, Nr. 85).

Na posiedzeniu lipcowem Tow. Lek. we Fryburgu Opitz referował wyniki swoich **prób leczenia raka.** Stosował wstrzykiwania preparatu 919, opracowanego drogą doświadczeń na zwierzętach (z dyskusji wnioskować można, że idzie tu o cholinadrenalinę). Pod działaniem tego preparatu rak, zaszczepiony myszom, ustępował nawet w okresie daleko posuniętym. Na ludziach był stosowany w 30 przypadkach przeważnie w późnym okresie raka z umiejscowieniem różnem. Połowa przypadków dotyczyła raka macicy. Część chorych zmarła w czasie leczenia, część zaś wykazała cofanie się nowotworu i utrzymywała się przy życiu długo.

Badanie nowotworów pośmiertne, wzgl. przyżyciowe, wykazało wyraźne ustępowanie jego, podobne do tego, jakie spostrzega się po naświetlaniu, nieraz nawet intensywniejsze. Najbardziej wskazane jest połączenie wstrzykiwań z naświetlaniem. O wyleczeniu chorych narazie mówić nie można. Osiągnięto jednak zmniejszenie się guzów w przypadkach niedostępnych dla naświetlania.

Na tem samem posiedzeniu Vorlaender i Jung referowali część doświadczalną powyższego tematu. W rozroście raka u myszy rozróżnia się 2 okresy: rozrost ekspansyjny (okres obcego ciała) i złośliwo-nacieczeniowy. W celu przekonania się o działaniu przeciwrakowem badanych substancyj, należy posiłkować się rakiem myszy w 2-im okresie rozwoju. Prelegenci przedstawili działanie preparatów, wprowadzonych przez Opitza.

W dyskusji zabierał głos Aschoff. Przeglądał on preparaty zarówno z doświadczeń na myszach, jak i z przypadków leczenia raka u ludzi. Znajdował rzeczywiście wybitne działanie nekrobiotyczne omawianego środka w stosunku do raka. Dotyczyło ono zarówno komórek nowotworowych, jak i substancji międzykomórkowej i przypomina zmiany spotykane po działaniu promieni Roentgena i radu (wakuolizacja, zmniejszenie się podziałów jąder i t. d.). Zupełnego zniknięcia nowotworu stwierdzić nie mógł nawet w przypadkach wczesnych.

(Kl. Woch. 1926, Nr. 41).

Na posiedzeniu wydziału lekarskiego we Frankfurcie Westphal mówił **o leczeniu pierwotnie zwiększonego ciśnienia krwi za pomocą małych i średnich dawek rodanku.**

W. zastosował rodanek, jako przeciwstawienie cholesteryny, której zwiększona zawartość we krwi ma przyczyniać się do powstawania nadciśnienia pierwotnego. Dawki rodanku duże, po 1,5 g. dziennie, powodowały spadek ciśnienia 50 — 70 mm. Hg., dawały jednak objawy toksyczne. Zapomocą dawek średnich (3 — 4 × 0,2) osiągał obniżenie się ciśnienia o 40 — 60 mm., lecz i przy tych dawkach chorzy skarżyli się nieraz na ogólne osłabienie. W. przeszedł do stosowania dawek małych (1 — 3×0,1 gr.), które obniżały ciśnienie mało lub wcale. Na podstawie materjału, obejmującego 300 przypadków, W. mówi o dobrych wynikach leczenia małemi dawkami rodanku. Spostrzegał wpływ pomyślny na objawy dusznicy bolesnej, bóle głowy, zawroty, skłonność do stanów naczyniowospastycznych mózgu i t. p. Przeciwwskazanie stanowią cierpienia nerek ze względu na możliwość wystąpienia działania toksycznego.

W dyskusji Berberich zaznaczył, że, opierając się na związku, jaki istnieje między niektóremi cierpieniami usznemi a zaburzeniem w przemianie cholesterynowej i nadciśnieniem, stosował rodanek ze skutkiem pomyślnym zarówno na objawy podmiotowe, (zawroty głowy, szum w uszach) jak i przedmiotowe (poprawa słuchu).

(Kl. W. 1926, Nr. 42).

L. J.

Zjazdy.

Międzynarodowy Zjazd lekarski w Karlsbadzie.

Co rok w połowie września, kiedy miejscowy sezon kuracyjny ma się ku końcowi, Karlsbad ożywia się nanowo i zapełnia przybywającemi tu z całego świata na kursy lekarzami, słuchaczami i prelegentami, którzy stanowią prawdziwą lekarską Europę. Międzynarodowe te kursy lekarskie w Karlsbadzie mają już swoją sławę; zainicjowane 14 lat temu przez radę miejską, początkowo miały na celu wiedzę lekarską w dziedzinie balneologji, ale później ramy tych zjazdów stopniowo były rozszerzane i obecnie stale poruszane bywają na nich i inne dziedziny medycyny w odczytach, zawsze wielce interesujących, bardzo zręcznie zorganizowanych i mających duże znaczenie praktyczne.

Po pauzie, spowodowanej wojną, 4 lata temu zostały wznowione, i w roku bieżącym po raz 8-my ziechali się do Karlsbadu bardzo licznie lekarze, przedstawiciele wszystkich narodów, w liczbie około 600 uczestników. Z Polski przybyło nas niewielu, znacznie mniej, niż w latach ostatnich, ale nie dlatego, że nasza gotowość do poszukiwania wiedzy po za krajem się zmniejszyła, lecz z przyczyn od nas niezależnych, a mianowicie: z powodu ciągle jeszcze trwających trudności paszportowych.

Zjazd rozpoczął się dnia 13-go września przemówieniem sekretarza stałego, D-ra Edgara Ganza, senjora lekarzy karlsbadzkich, który jest duszą całego przesięwzięcia. Po przemówieniu D-ra Ganza i powitaniu zebranych przez burmistrza, pierwszy dzień zjazdu wypełnili swemi odczytami prof. Biedl z Pragi, Barger z Edynburga i Eyckman z Utrechtu.

www.dlibra.wum.edu.pl

Biedl mówił o ustroju i jego zależności od gruczołów wewnątrzwydzielniczych. Odczyt Biedla wywołał duże zainteresowanie. Substancje chemiczne, wydzielane z gruczołów w ustroju nazewnątrz i nawewnątrz, stanowią o równowadze w organiźmie. Ale oceniając czynność tych gruczołów, nie należy mieć na widoku gruczołów pojedyńczych, tylko ich wspólną rolę. Przedewszystkiem wspomniał Biedl o gruczole rozrodczym i wpływie tego gruczołu na wzrost człowieka. Z jego badań wynika, że gruczoł rozrodczy nie odgrywa, wbrew oczekiwaniu, tej roli, co gruczoł tarczowy lub przysadka mózgowa, bo popęd płciowy i działalność płciowa osobnika trwa dalej i po usunięciu gruczołu rozrodczego. Badania te nad gruczołami wskazują, że nauka lekarska dąży dziś do tego, by przedewszystkiem zbadać indywidualność chorego i na tej podstawie stosować leczenie. W ten sposób powracamy do dawnej tezy, by nie leczyć choroby, tylko chorego.

Po Biedlu przemawiał prof. Barger z Edynburga o „hormonach".

Hormony — to substancje chemiczne o rozmaitej koncentracji, wytwarzające się we wspomnianych gruczołach. Mają one specyficzne, osobliwe działanie lecznicze. Cała nauka o hormonach datuje się od roku 1902. Jest to nowa zdobycz dla lecznictwa. Barger wspomniał tu prace uczonych polskich, które wielce przyczyniły się do rozwoju tej nauki, a mianowicie: prace Szymonowicza, Cybulskiego i Popielskiego. Bardziej szczegółowo mówił B. o hypofizynie, t. j. o produkcie przysadki mózgowej. Hypofizyna — to środek wyraźnie i pewnie obniżający ciśnienie krwi. Wyciąg z gruczołu przysadki mózgowej wywołuje także silny skurcz macicy i przez to odgrywa wielką rolę w ginekologji.

Mówił jeszcze Barger i o innych hormonach: o jodotyrynie, t. j. wyciągu z gruczołu tarczowego, i o insulinie (hormonie, znajdującym się w trzustce).

Kwestję insuliny poruszył na zjeździe Graefe — z Würzburga. Pomimo to, że przez stosowanie insuliny dają się usunąć groźne objawy cukrzycy i znacznie załagodzić rozmaite dolegliwości, djeta zostaje po dawnemu rzeczą najważniejszą.

Prof. Eyckman z Utrechtu mówił o witaminach i dał w swym odczycie zarys historyczny rozwoju nauki o witaminach. Historję nauki o witaminach należy znać choćby już z tego względu, że bez tej znajomości nie sposób zrozumieć istoty witamin. Powołując się na prace Funka, E. powiedział, że substancje te, stanowiące tak ważną część składową pokarmów, iż brak ich w pożywieniu daje w następstwie ciężkie zaburzenia chorobowe, — niestety, są tak trudno wykrywane. Nauka o witaminach szybko dotarła do najszerszych warstw i stała się jedną z podstaw nauki o żywieniu.

Tu wspomniał Eyckman i opisał szczegółowo ciężką postać chorobową, jaką spostrzegał u narodów, żywiących się ryżem polerowanym, którego spożywanie jest szkodliwe, bo ryż polerowany zatraca substancje pożyteczne. Holandja powołała, ze względu na swoje kolonje, specjalne komisje dla badań i przestudjowania powyższej sprawy. Niełatwo jest odzwyczaić ludność od jedzenia polerowanego ryżu. (I nam niełatwo byłoby odzwyczaić się od jedzenia białych bułeczek).

Z odczytów teoretycznych, nie pozbawionych jednak znaczenia praktycznego, wspomnę odczyt prof. Rosenthala z Wrocławia „O miejscu powstawania barwika żółciowego".

Dla wyświetlenia kwestji, czy i u człowieka wątroba jest miejscem tworzenia się żółci, czy też tylko organem, wydzielającym żółć, prof. R. przerobił szereg doświadczeń na zwierzętach. Ale z operacją usuwania wątroby, bez narażania życia zwierzęcia, połączony jest cały szereg trudności. Posiłkując się niezwykle genjalną metodą amerykańską operowania wątroby, zdołał prof. R. dociec do źródła powstawania barwika żółciowego.

Nie sposób tu w pobieżnem sprawozdaniu podać treści wszystkich teoretycznych i praktycznych wykładów, w jakie obfitował tegoroczny zjazd. Poruszano tu kwestje kamicy żółciowej i jej stosunku do ciąży (Prof. Strassmann). Życie płciowe człowieka, a zwłaszcza u kobiet ciąża, wpływa, jak wiemy, ujemnie na wątrobę. Nie ulega kwestji, że kobiety częściej chorują na kamicę żółciową, niż mężczyźni. Ciąża wpływa ujemnie na ustrój kobiecy i na wątrobę zarówno pod względem fizycznym, jak i chemicznym: pod względem chemicznym z powodu wytwarzającej się we krwi w tym okresie u kobiety cholesteryny.

Sprawę operacji na drogach żółciowych opracował na bardzo dużym materjale Prof. v. Verebely z Budapesztu. O przewlekłem zapaleniu wyrostka robaczkowego i o wskazaniach do operacji wyrostka mówił prof. Z. Kutner z Berlina, Stepp z Wrocławia o działaniu wód mineralnych, zawierających sól Glauberską, prof. Strasser z Wiednia „O leczeniu sklerozy środkami lekarskiemi i kąpielami". W końcu ostatniego dnia z dużym i cietym humorem prof. Heubner z Getyngi potraktował rzecz pod tytułem „Balneologja a homeopatja". Homeopatją interesuje się obecnie świat lekarski w Niemczech pod wpływem artykułów chirurga prof. Biera. Wyznawcy leczenia homeopatycznego często powołują się na balneologję, w której upatrują podobieństwo do swoich metod leczniczych. Podobieństwo to widzi prof. Heubner przedewszystkiem w tem, że obydwie metody lecznicze — nastręczają dużo wątpliwości.

Jak z powyższego, tylko pobieżnego streszczenia całego dorobku naukowego zjazdu widać, czas spędziliśmy w Karlsbadzie bardzo pożytecznie: sprawy naukowe wypełniały nam w przeciągu 6 dni całe przedpołudnia, a że codziennie pomyślano i o jakiejś rozrywce, więc — pożytecznie i przyjemnie.

Organizatorzy zjazdu zajmowali się nami bardzo serdecznie, a mowa, wypowiedziana na bankiecie w imieniu uczestników polskich, przyjęta była rzęsistemi oklaskami.

Antoni Tuchendler (Warszawa).

Krytyka Lekarska.

Towarzystwo anonimowe.

Przed kilku laty rozeszła się między lekarzami naszymi wieść, że powstało w stolicy stowarzyszenie pod nazwą: „Koło Lekarzy im. Karola Marcinkowskiego". O celach i zadaniach „Koła" szeptano sobie rozmaicie, o jego założycielach, członkach i zarządzie żadnych dokładnych informacyj nikt udzielić nie umiał, wszystkie pogłoski o programie „Koła" opierały się tylko na domysłach. W prasie lekarskiej, ani politycznej bliższych szczegółów lub sprawozdań z działalności nowego ugrupowania szukałbyś nadarmo [1]).

Czy ta tajemniczość miała podnosić urok „Koła", czy też inne względy grały tu rolę, na to również nikt poza stowarzyszonymi odpowiedzieć nie był w stanie.

Tak, czy owak, faktem było, że do ostatnich niemal dni cicho było o Kole Lekarzy im. Marcinkowskiego.

Dopiero w kwietniu r. b. wraz ze słonecznym uśmiechem wiosny zaczęły z poza mroku tajemniczości przedzierać się pierwsze promienie światła. W wybo-

[1]) Sprawozdanie Gener. Dyr. Służby Zdrowia o stanie zdrowotnym Rzeczypospolitej Polskiej oraz o działalności władz i instytucyj zdrowia publicznego w r. 1924 podaje tylko liczbę członków „Koła", liczbę zebrań, dochód i rozchody. Zresztą, i o działalności innych Stowarzyszeń lekarskich i higjenicznych więcej danych Sprawozdanie nie zawiera.

www.dlibra.wum.edu.pl

rze tego terminu tkwił może głęboki sens symboliczny: może zwiastował nastanie wiosny w naszem życiu lekarskiem. Zainaugurować ją miała „Odezwa Koła Lekarzy im. Karola Marcinkowskiego w Warszawie do wszystkich członków Polskich Izb Lekarskich“[2]), którą tu w streszczeniu krótkiem podajemy.

Od prawieków walczą ze sobą dwie zasady: zasada Dobra i zasada Zła. Zasada Dobra głosi miłość śród ludzi, łączy ich i godzi, buduje, podnosi i w obronie Prawd Wieczystych idzie na krzyż.

Zasada Zła nienawidzi i ogłupia ludzi, waśni ich i dzieli, niweczy współpracę i krzyżuje świętych. A ponieważ krzyżuje, więc krzyża nie cierpi.

Pierwszą zasadę reprezentuje nauka Chrystusa, wcieleniem drugiej jest Międzynarodowe Mocarstwo Bezimienne, moralny potwór wielogłowy, przed którym już 2000 lat temu ostrzegał świat w widzeniu natchnionem apostoł, a przed wiekiem — największy mędrzec polski—Hoene-Wroński. Międzynarodowe Mocarstwo Bezimienne podkopuje ołtarze, wystawione prawdom wiecznym, obniża i trzebi ducha, stara się zgasić podniesienia duchowe. Ten potwór wielogłowy, którego parzy krzyż, rozprzęga i paczy życie społeczeństw, siejąc nienawiść zamiast miłości. On to czuwał po obu stronach wojennego frontu, aby obie strony walczące wzajemnie się zmogły, a żadna żeby nie była zwycięską. On to stanął u kiełkowania odnowionego państwa polskiego i czujnie pilnuje, ażeby każdy pęd rósł krzywo, ażeby żadna gałąź nie rozwinęła się zdrowo, ażeby trucizną podlewane drzewo Polski nie rozrosło się potężnie wbrew jego woli.

Jedną z gałęzi tego drzewa jest Polski Stan Lekarski. Jego wyrazem są Izby Lekarskie. Jego sumieniem mają być Sądy Izb Lekarskich. Na straży tego sumienia powinna stać przysięga religijna, przysięga na krzyż, jak ją od wieków składali królowie i poddani, kanclerze i rycerze, sędziowie i posłowie. Wierny starym tradycjom polskim Sąd Naczelnej Izby Lekarskiej wprowadził do regulaminu Sądu paragraf, wymagający od Sędziego złożenia przysięgi religijnej. Gdy jednak Generalna Dyrekcja Służby Zdrowia paragrafu tego, jako nieobjętego Ustawą o Izbach Lekarskich, nie zatwierdziła, wtedy Zarząd N. I. L. postanowił, aby wystąpić do władz o wprowadzenie przysięgi do Ustawy. Atoli sprzeciwił się temu jeden z członków N. I. L. i przeprowadził uchwałę, aby przedtem zwrócić się do Izb Lekarskich z zapytaniem, czy życzą sobie wprowadzenia do Ustawy paragrafu o przysiędze religijnej sędziów. Wynikła więc walka, której wynik zależeć będzie od decyzji Izb. Ale potwór wielogłowy nie śpi i z pewnością użyje wszystkich swoich wpływów, aby nie dopuścić do urzeczywistnienia postulatu tak niezbędnego dla prawidłowego funkcjonowania Sądu. I dlatego autorowie odezwy, uważając, że toczy się walka o najwyższe wartości zasadnicze, na których opiera się zdrowy rozwój narodów, ostrzegają kolegów wolnomyślicieli, którzy mogliby głosować przeciwko wprowadzeniu przysięgi, aby dobrze nad tym krokiem się zastanowili, aby nie ulegli podstępnym uzasadnieniom świadomych zwolenników odchrześcijanienia narodów i nie stali się przez to świadomymi popleczńikami międzynarodówki przeciwchrześcijańskiej.

„Dzieje Izb, tak kończy się odezwa, uwiecznią ten podstawowy krok stanu lekarskiego i przekażą potomności imiona tych, którzy chrześcijańskie staropolskie pojednanie doskonałe serca i umysłu we wzniesieniu się do Boga podczas obejmowania wysokich obowiązków sędziego uważali za zbyteczne lub szkodliwe i woleli wysokie sprawy sumienia rozstrzygać pod znakiem jedynie praktycznej powszedniości“.

Oto jest kwintesencja podniosłego orędzia, które, przyznać to musimy, w podanem tu skróceniu straciło dużo na wymowie i wspaniałości. Ale straciło też i na znaczeniu, a to przez swą bezimienność: wszelkim enuncjacjom walor nadają nazwiska ich autorów, a pod odezwą „Koła Lekarzy im. Marcinkowskiego“ niema żadnego podpisu — ani prezesa, ani jego zastępcy lub sekretarza, ani żadnego członka Zarządu. W ten sposób „Koło Lekarzy im. Marcinkowskiego“, choć ma nazwę oficjalną, choć jest zarejestrowane, dla szerokiego ogółu lekarskiego pozostaje nadal Societé anonyme[3]).

A szkoda. Bo jeżeli dzieje Izb będą zmuszone kiedyś przekazać potomności imiona tych, którzy udaremnili wysiłki Sądu N. I. L., to niechże przyszły dziejopis wie także, czyje nazwiska złotemi ma wypisać zgłoskami, niech nie gubi się w domysłach, kto usiłował ratować honor Polskiego Stanu Lekarskiego odezwą, która w historji cywilizacji XX wieku z pewnością znajdzie zasłużone miejsce. Bo gdyby nawet nie zdołała zapobiec hańbie, to w każdym razie stanowić będzie dokument spełnionego obowiązku.

n magnis voluise sat est.

Zygmunt Srebrny (Warszawa).

P. S. Projekt oraz rotę przysięgi, o której wyżej mowa, poddała gruntownej krytyce rzeczowej koleżanka Garlicka w Nr. 10 Lekarza Polskiego z r. b.

[2]) p. „Nowiny Lekarskie“ 1926. Zesz. 8.

[3]) W ostatnich dniach czytaliśmy w jednym z dzienników, że na poświęceniu pomnika ś. p. Dr. Hassewicza na Powązkach w imieniu Koła Lek. im. Marcinkowskiego przemawiał Dr. Śmiechowski (przyp. podczas korekty).

Korespondencja.

Szanowny Panie Redaktorze!

Powróciwszy z Karlsbadu ze zjazdu międzynarodowego balneologów, czuję się w obowiązku zwrócić uwagę na niewłaściwy, do dziś dnia praktykowany sposób traktowania przez nasze odnośne władze sprawy pasportów dla lekarzy, udających się zagranicę w celach naukowych.

Na zjazd lekarski w Karlsbadzie przyjechało nas w tym roku z Polski lekarzy niewielu z powodu ciągle jeszcze trwających utrudnień pasportowych. Ministerstwo Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego, któremu polecono opinjowanie w tej sprawie, po wydaniu kilku przychylnych zaświadczeń lekarzom, delegatom rozmaitych instytucyj, większość podań „załatwiło odmownie“. Odmowa ta dotknęła srodze kilkudziesięciu lekarzy, tembardziej, że władze państwowe Czecho - Słowacji i komitet zjazdu w Karlsbadzie

www.dlibra.wum.edu.pl

przygotowały bardzo serdeczne przyjęcie: mieszkania gratisowe, ulgowe bilety kolejowe i t. d. Czy takie zamykanie drogi na międzynarodowe zjazdy lekarskie jest celowe i wskazane, zwłaszcza w dobie rozwoju naszych stosunków międzynarodowych? Naszem zdaniem, cenić należy lekarza, który, nie szczędząc ani czasu, ani wysiłków i pieniędzy, udaje się na zjazd lub jakieś kursy naukowe, wystawę, na zwiedzanie szpitali, sanatorjów, pracowni, by utrzymać się na wyższym poziomie zawodowym. Raczej popierać należy jego usiłowania i zamierzenia, bo w ten sposób lekarz dąży do doskonalenia się w swoim zawodzie, co jest pożyteczne dla Państwa i co służy jednocześnie celom propagandy. Powiem więcej: w budżecie lekarza winna stale znajdować się pozycja wydatków na wyjazd zagranicę, tak samo, jak pozycja wydatków na książki i instrumenty, bez których wszak uprawianie zawodu lekarskiego jest niemożliwe. W postępowaniu władz naszych, do których należy opinjowanie o celowości wyjazdów, nie widać zupełnie zrozumienia ważności zjazdów międzynarodowych.

Wojna i czasy powojenne sprawiły, że nici duchowe, jakie łączyły zachodnią i środkową Europę, zostały zerwane. Teraz dopiero, po dłuższej przerwie wznawiane są zjazdy międzynarodowe. Zjazdy te mają wszak na celu rozszerzenie i pogłębienie wszelkich gałęzi wiedzy, wymianę zdań i wzajemne komunikowanie sobie zdobyczy osiągniętych na polu medycyny. Nauka lekarska jest dobrem całej ludzkości, wszystkie rasy i narody przyczyniły się i przyczyniać się będą do rozwoju kultury lekarskiej. Podczas zjazdów międzynarodowych lekarskich wytwarza się poza tem pewne koleżeństwo kongresowe, prawie tak samo, jak istnieje koleżeństwo szkolne lub wojskowe. O potrzebie naszego uczestniczenia w zjazdach międzynarodowych coraz częściej odzywają się głosy i w naszej prasie. Prof. ks. poseł M. Woycicki (Kurjer Warszawski z dn. 5.X b. r. Z kongresu postępu społecznego), pisze między innemi, że: „szlachetną zazdrość wywoływała w naszych delegatach delegacja Niemiec, która się tam najliczniej zjawiła, bo zagadnienia społeczne mają tam tylu znawców, gdy u nas nieliczne jednostki". Prof. ks. Woycicki pisze, że „jeszcze raz więcej przekonał się, jak potrzebna obecność Polski na wszystkich zjazdach międzynarodowych".

Wobec tego, jak objaśnić sobie stosowanie w dalszym ciągu ograniczeń w wydawaniu pasportów na cele naukowe? A wszak nie kto iny, tylko delegat Polski w Lidze Narodów wystąpił z wnioskiem, by znieść wogóle pasporty. Nawet Państwa, które ekonomicznie o wiele gorzej stoją od nas, nie odważają się na podobne ograniczenia.

My, lekarze, niewiele wprawdzie znamy się na skarbowości, nie możemy się jednak zgodzić z tem, by zarządzenia naszych władz, tamujące nam wyjazdy w celach naukowych, były sprawą tak dla skarbu pilną, i sądzimy, że ta przezorność jest zadaleko posunięta.

Zadaniem M. W. R. i O. P. winno być nie utrudnianie, lecz zachęcanie do wyjazdów, utrudnianie bowiem wyjazdów w celach naukowych jest nieuzasadnione i szkodliwe.

Dr. Antoni Tuchendler.

Szanowny Panie Kolego!

Do sprawozdania z uroczystości Częstochowskich (jubileusz Tow. Lekarsk.) wkradła się pomyłka, wprawdzie bardzo dla mnie zaszczytna, ale wymagająca sprostowania. W № 10, str. 486 Warsz. Czasop. Lek. powiedziano: Odczyt o ś. p. dr. Biegańskim, jako o uczonym filozofie, wygłosił prezes Wileńsk. koła internist. Polsk., prof. Stanisław Trzebiński etc... Otóż ani nie byłem, ani nie jestem prezesem tego koła, któremu natomiast przewodniczy prof. Aleksander Januszkiewicz.

Łącze wyrazy wysokiego poważania.

J. Trzebiński (Wilno).

Wiadomości bieżące.

— Zanim będziemy mogli podzielić się z czytelnikami dokładniejszemi wiadomościami o nowem doniosłem odkryciu, dokonanem przez twórcę nauki o witaminach, Kazimierza Funka, dotyczącem składników insuliny, podajemy kilka następujących szczegółów, otrzymanych już po zamknięciu numeru.

W badaniach swych nad wykryciem krystalicznej, czystej insuliny Kazimierz Funk, zapomocą nowego własnego sposobu frakcjonowanego oczyszczania insuliny, otrzymał kilka biologicznie czynnych ciał krystalicznych o niezwykłych własnościach. Ciała te, wedł. Funka, nie są wytworem sztucznym, wywołanym przez manipulacje chemiczne nad insuliną, są one jej częściami składowemi. Dotychczas udało się wydzielić 3 substancje, które nazwiemy A, B i C.

Substancja A najprawdopodobniej jest tym składnikiem insuliny, którego zadaniem jest obniżenie ilości cukru we krwi. Sama przez się działa ona na cukier we krwi królika niezawsze jednakowo: w przypadkach fizjologicznej nawet hyperglikemji obniża ona poziom cukru, w normalnych zaś i hypoglikemicznych przypadkach pozostaje bez wpływu lub nawet nieco zwiększa poziom glikemji.

Nieliczne dotychczas badania na chorych na cukrzycę zdają się potwierdzać ów fakt: dotknięci cukrzycą odpowiadają na zastrzyknięcie subst. A spadkiem cukru we krwi, podczas gdy poziom cukru we krwi niedjabetyka nie wykazuje poważniejszych odchyleń. Ten dziwny efekt działania subst. A da się tylko wytłumaczyć w ten sposób, że subst. A działa jedynie przy pewnych, bliżej nieznanych nam okolicznościach.

Być może, że obniżanie cukru we krwi jest funkcją nie jednej tylko subst. A, lecz współpracy jej z subst. C.

Co się tyczy subst. B, to wykazuje ona paradoksalne niemal działanie biologiczne: ciało to, wchodzące w skład insuliny, podane doustnie (królikowi), wywołuje po upływie kilku godzin wzrost poziomu cukru we krwi oraz jej znaczne rozwodnienie. Przy codziennem podawaniu już po 4 dniach występuje cukromocz. Ilość białka w surowicy krwi zmniejsza się o 25%, zjawiają się znaczne obrzęki narządów wewnętrznych, puchlina wodna (ascites). Po 4—5 dniach codziennego podawania doustnego $^1/_5$ mg. subst. B. zwierzę pada. Dalsze badania nad tem niezwykle toksycznem ciałem są w toku, są one jednak utrudnione wskutek nieznacznych ilości otrzymanej czystej subst. B.

Niedaleka przyszłość przyniesie nam więcej szczegółów o własnościach biologicznych nowowykrytych ciał Funka.

Fakty, dotychczas zaobserwowane, same przez się świadczą o niezwykłej doniosłości teoretycznej praktycznej owych insulinopochodnych związków.

www.dlibra.wum.edu.pl

— **Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej** złożyło panu Ministrowi Spraw Wewnętrznych memorjał następującej treści:

Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej składa niniejszem wniosek o zjednoczenie wszystkich agend zdrowia publicznego i opieki społecznej w jednym urzędzie centralnym, przyłączonym do Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej. Na czele tego urzędu musi nieodzownie stać fachowiec lekarz, obdarzony jaknajdalej idącem prawem samodzielnej inicjatywy, mogący w zakresie swojej kompetencji występować w wnioskami i bronić ich na Radzie Ministrów. Tylko w ten sposób interesy zdrowia publicznego będą mogły być należycie uwzględnione w całokształcie polityki państwowej. Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej opiera swój wniosek na przesłankach następujących:

1. Z jakiegokolwiek punktu widzenia będziemy rozpatrywali politykę i sytuację państwa, zawsze życie i zdrowie ludności stanowić musi najważnieszy skarb i fundament jego bytu i potęgi. Wychodząc z tego założenia, wszystkie państwa kulturalne wzmocniły w okresie powojennym pieczę nad zdrowiem ludności, w większości wypadków powołując specjalne Ministerstwa Zdrowia Publicznego. Osiągnięto w ten sposób ześrodkowanie kierownictw sprawami zdrowia publicznego w jednem ręku i umożliwiono racjonalną politykę w tej dziedzinie, dając jednocześnie czynnikowi fachowemu możność wglądu i interwencji we wszystkie sprawy państwowe z własnego punktu widzenia. Państwo Polskie zrobiło tylko pierwsze kroki w tym kierunku, szybko zeszło z tej drogi z powodu rzekomych oszczędności i w rezultacie wyrzekło się jakiejkolwiek polityki w dziedzinie zdrowia publicznego. Zaniedbanie to należy jaknajrychlej naprawić, chociażby w ramach istniejących możliwości organizacyjnych.
2. Obecny stan państwowej organizacji służby zdrowia w żaden sposób utrzymać się nie da z punktu widzenia zarówno organizacyjnego, jak i finansowego. W chwili obecnej sprawy zdrowia publicznego znajdują się w 7 ministerstwach z odpowiednią liczbą referatów. W żadnem z tych ministerstw lekarz nie jest samodzielnny. Podług najnowszych projektów nawet Departament Sanitarny Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, ten ostatni szczątek dawnego Ministerstwa Zdrowia Publicznego, będzie zupełnie pozbawiony samodzielności. Dyrektor jego będzie musiał nawet najbardziej naglące zarządzenia, np. w sprawie tłumienia epidemji, przedstawiać do aprobaty władzy wyższej — najczęściej nie fachowej. Brak bezpośredniego kontaktu z czynnikami niższych instancyj musi do reszty zahamować funkcjonowanie całego aparatu. Nadmienić tu trzeba, że lekarze wojewódzcy i powiatowi otrzymują w dzisiejszym stanie rzeczy wskazówki i zarządzenia nieraz w jednej i tej samej sprawie z kilku Ministerstw. Rozporządzenia te niezawsze są ze sobą zgodne i niezawsze liczą się z możnością wykonania, z natury rzeczy bardzo ograniczoną, dla lekarza urzędowego, który nie ma ani środków lokomocji, ani sił pomocniczych. Z punktu widzenia finansowego stan rzeczy jest również fatalny. Rozdrobnienie agend zwiększyło koszty administracji bez powiększenia możności egzekutywy. W stosunku do osiąganych rezultatów Polska wydaje dziś na sprawy sanitarne nieproporcjonalnie wiele. W dodatku wydatki te są preliminowane bez dostatecznego udziału czynników fachowych, które nie mają należytego wpływu ani na układanie budżetu, ani na sposób wydatkowania przyznanych sum. Wobec tego wszystkiego scentralizowanie agend zdrowia publicznego jest rzeczą pilną i konieczną.
3. Po skasowaniu Ministerstwa Zdrowia Publicznego stosunkowo największa część jego agend została podzielona pomiędzy Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej. Wobec tego scałkowanie tych agend ma na pozór dwie drogi do wyboru. Za Ministerstwem Spraw Wewnętrznych zdawałaby się przemawiać obecność w nim Departamentu Samorządowego. Jest to jednak złudne. Przedewszystkiem samorządy nasze nie prędko staną na wysokości zadania w dziedzinie pieczy nad zdrowotnością. Nadto istnieje cały szereg spraw sanitarnych o znaczeniu ogólnopaństwowym, przekraczających kompetencje i samodzielne zainteresowanie poszczególnych samorządów. Wreszcie scentralizowanie wszystkiego w Ministerstwie Spraw Wewnętrznych wymagałoby przyłączenia do niego całej organizacji Kas Chorych. Tymczasem są one tak związane z całokształtem ubezpieczeń i opieki społecznej, że przeniesienie ich do innego ministerstwa jest bezwzględnie nie do pomyślenia. Wynika z powyższego, że istnieje tylko jedno wyjście, a mianowicie połączenia wszystkich spraw zdrowia publicznego z opieką społeczną, czego już dawno domagają się zjazdy i organizacje lekarskie. (Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Warszawie 1925 r., I zjazd przeciwgruźliczy i Zjazd lekarzy i działaczy samorządowych w Krakowie 1925, Zjazd higjeniczny i Zjazd lekarzy i działaczy samorządowych w Wilnie 1926, Zjazd przeciwgruźliczy we Lwowie 1926).

Prezes (—) Dr. K. Dłuski.
Sekretarz (—) Dr. W. Knappe.

— **Okólnik Ministerstwa Spraw Wewnętrznych** do panów Wojewodów i pana Komisarza Rządu na m. st. Warszawę:

Jaglica jest chorobą, epidemicznie panującą w całym kraju, w każdym prawie urzędzie sanitarnym są notowane dość liczne przypadki chorych na jaglicę. Znaczna liczba chorych na jaglicę, wskutek braku odpowiednich a dostępnych instytucyj leczniczych, pozostaje zupełnie bez leczenia, ślepnie oraz szerzy chorobę wśród swego otoczenia. Pewna, znaczna dość liczba chorych korzysta z leczenia w różnych ambulatorjach (Kasy Chorych, szpitale miejskie i t. p.), w których jednak leczenie jaglicy przeważnie nie jest racjonalnie prowadzone (niesystematycznie i przez lekarzy niespecjalistów), oraz zupełnie nieskoordynowane z akcją zapobiegawczą.

W celu przeto przeciwdziałania dalszemu szerzeniu się jaglicy wśród ludności, zachodzi konieczna potrzeba stworzenia sieci placówek leczniczo-sanitarnych, rozsianych po całym kraju, któreby umożliwiły licznym chorym, pozbawionym obecnie możności pomocy leczniczej, racjonalne leczenie, oraz które w porozumieniu z urzędami sanitarnemi prowadziłyby skoordynowaną pracę zapobiegawczą przeciwko szerzeniu się jaglicy na oznaczonem terytorjum.

Najodpowiedniejszym typem takiej instytucji jest przychodnia przeciwjaglicza, której regulamin działalności został opracowany przez Departament Służby Zdrowia.

Ponieważ do kompetencji i obowiązków samorządów należy zwalczanie i zapobieganie chorobom zakaźnym, do których zalicza się także jaglicę, przeto winny one zorganizować na swoich terytorjach wzorowe przychodnie przeciwjaglicze, któreby całą akcję zwalczania jaglicy racjonalnie prowadziły. Przychodnie przeciwjaglicze powinny być tworzone na wzór przychodni przeciwgruźliczych lub wenerycznych, i, o ile możliwe, w związku z organicznym z niemi, co znacznie obniży koszty ich urządzenia i prowadzenia. Zasadniczo koszty utrzymania przychodni przeciwjaglicznych mają ponosić odpowiednie samorządy, które też powinny wstawić na ten cel odpowiednie kwoty w budżecie.

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (Departament Służby Zdrowia), celem umożliwienia poszczególnym samorządom tworzenia wspomnianych przychodni, udzielać będzie subwencji na ich prowadzenie w granicach rozporządzalnego budżetu. Warunkiem udzielania subwencji rządowej na przychodnie przeciwjaglicze jest urządzenie jej i prowadzenie według ustalonych wzorów oraz zadeklarowanie przez samorząd lub instytucję społeczną obowiązku ponoszenia przynajmniej kosztów administracyjno-gospodarczych, związanych z utrzymaniem przychodni.

Sprawa utworzenia przychodni przeciwjagliczych jest sprawą pilną także i z tego względu, że w myśl ustawy o powszechnej służbie wojskowej, władze cywilne są obowiązane przeprowadzić leczenie chorych na jaglicę poborowych, co obecnie przy braku rozgałęzionego aparatu leczniczego natrafia na niezwykłe trudności.

Zechce przeto pan Wojewoda wystąpić z inicjatywą do samorządu, nad którym sprawuje Pan kontrolę i nadzór, aby ten przystąpił niezwłocznie do organizowania na swoich terenach działania przychodni przeciwjagliczych i żeby w

www.dlibra.wum.edu.pl

preliminarzach budżetowych samorządów zostały uwzględnione odpowiednie pozycje na ten cel.

Sprawozdanie z wydanych zarządzeń zechce Pan Wojewoda przesłać do Ministerstwa Spraw Wewnętrznych (Departament Służby Zdrowia) najpóźniej do 15 listopada r. b. wraz z ewentualnemi wnioskami o przyznanie subwencyj rządowych na przychodnie przeciwjaglicze poszczególnym samorządom lub instytucjom społecznym.

W r o c z y ń k i
Generalny Dyrektor Służby Zdrowia.

REGULAMIN PRZYCHODNI PRZECIJAGLICZYCH.

§ 1. Przychodnia przeciwjaglicza jest publiczną instytucją sanitarną, utrzymywaną przez Rząd, samorząd lub instytucje społeczne, i powołaną do prowadzenia akcji zwalczania i zapobiegania szerzeniu się jaglicy wśród ludności na oznaczonym terenie (miasto, dzielnica, gmina, okrąg, powiat).

§ 2. Zadaniem przychodni przeciwjagliczej jest wykrywanie, opanowywanie i zwalczanie ognisk jaglicy oraz zabezpieczenie ludności przed tą chorobą.

Przychodnia współpracuje ściśle z odnośnemi miejscowemi władzami sanitarnemi i stanowi ewentualnie ich organ wykonawczy.

§ 3. Na czele przychodni przeciwjagliczej stoi lekarz specjalista (okulista-trachomatolog), który przy pomocy pomocniczego personelu, a w szczególności wykwalifikowanej pielęgniarki, prowadzi przychodnię i kieruje całą jej działalnością.

§ 4. Do obowiązków lekarza - kierownka przychodni należy:

a) badanie i udzielanie porad lekarskich w zakresie chorób ocznych,

b) leczenie chorych na oczy, a w szczególności chorych na jaglicę, w ambulatorjum przychodni, ewentualnie zapewnienie w razie potrzeby tym chorym leczenia szpitalnego,

c) utrzymywanie w stałej ewidencji i kontroli wszystkich chorych na jaglicę,

d) roztaczanie opieki sanitarnej nad rodzinami i domownikami chorych na jaglicę oraz większemi skupieniami ludzi, jak szkoły, zakłady wychowawcze i opiekuńcze, bursy, przytułki, schroniska i t. p., gdzie łatwo szerzyć się może jaglica,

e) kierowanie całą akcją zwalczania jaglicy wśród ludności oraz pozostawanie w stałym kontakcie i porozumieniu z urzędami sanitarnemi, szpitalami i innemi instytucjami, zainteresowanemi sprawą zwalczania jaglicy, oraz propaganda,

f) kierowanie i kontrola nad działalnością personelu pomocniczego przychodni oraz nad całą administracją przychodni, a w szczególności nad należytem prowadzeniem: 1) kart choroby, 2) rejestru chorych na jaglicę, 3) księgi ambulatoryjnej i 4) dziennika czynności sanitarno-zapobiegawczych przychodni (odwiedziny pielęgniarek, przeglądy zakładów, szkół i t. p.).

g) przedkładanie miesięcznych i rocznych sprawozdań z działalności przychodni na przepisanych formularzach Departamentowi Służby Zdrowia i władzy sanitarnej I-ej instancji, i

h) opracowywanie wniosków w sprawie opanowania jaglicy na przydzielonym terenie działania.

§ 5 Do obowiązków pielęgniarki przychodni przeciwjagliczej należy:

1) pomaganie lekarzowi przy przyjmowaniu chorych i utrzymanie porządku w przychodni,

2) odwiedzanie chorych na jaglicę w domu w celu:

a) zaznajomienia się z warunkami higjeniczno-sanitarnemi i społecznemi chorych na jaglicę i ich otoczenia;

b) pouczenia chorego oraz jego otoczenia o zachowaniu niezbędnych higienicznych przepisów, aby zapobiec szerzeniu się jagicy;

c) skłaniania wszystkich osób, stykających się z chorymi na jaglicę, aby poddawali się badaniu zapobiegawczemu w przychodni,

d) kontrolowania, czy chorzy na jaglicę i ich otoczenie przestrzegają należycie przepisów i zaleceń lekarza,

e) kontrolowania chorych jagliczych, aby się systematycznie leczyli, i upominania zaniedbujących się w leczeniu, i

f) roztaczania opieki nad chorymi jagliczymi wogóle i troska o umieszczenie ich, w razie gdy tego zajdzie potrzeba, w szpitalu lub zakładzie leczniczym.

3) Zaznajamianie się z warunkami higjeniczno-sanitarnemi zamkniętych zakładów opiekuńczych, burs, ochron, szkół w okręgu przychodni i donoszenia o brakach, które mogą być powodem szerzenia się jaglicy, lekarzowi przychodni.

4) Wyszukiwanie osób, chorych na oczy i podejrzanych o jaglicę, oraz obejmowanie ich w opiekę przychodni.

5) Troska, aby osoby chore i podejrzane o jaglicę w okręgu przychodni znajdowały się w leczeniu przychodni lub innej instytucji leczniczej, i

6) prowadzenie propagandy higjeny, w szczególności zapobieganie szerzeniu się jaglicy.

§ 6. Przychodnia przeciwjaglicza udziela porad zgłaszającym się w dniach i godzinach ściśle oznaczonych.

§ 7. Pierwsza porada lekarska w zakresie wszystkich schorzeń ocznych zostanie udzielona każdemu zgłaszającemu się do przychodni bezpłatnie, przyczem albo zostanie mu przepisane leczenie w przychodni, względnie leczenie domowe, albo też, jeśli chory nie kwalifikuje się do leczenia w przychodni, zostaje skierowany do odpowiedniego szpitala lub innej instytucji leczniczej.

§ 8 W leczenie ambulatoryjne lekarz przychodni obejmuje:

a) chorych na jaglicę,

b) chorych na nieżyty spojówek, podejrzane o jaglicę,

c) chorych na inne zakaźne nieżyty spojówek, których zaniedbanie leczenia mogłoby przyczynić się do szerzenia tej choroby lub usposobić do rozwinięcia się na jej tle jaglicy;

d) chorych z innemi schorzeniami ocznemi, wymagającemi stałego leczenia ambulatoryjnego, którego tym chorym na innej drodze zapewnić się nie da.

§ 9. Za leczenie chorych na jaglicę przychodnia nie pobiera żadnych opłat, natomiast za leczenie innych chorych ocznych mogą być wyznaczone umiarkowane opłaty.

§ 10. Leczenie w ambulatorjum przychodni winno być prowadzone wedle wskazań nowoczesnej wiedzy lekarskiej i w myśl odnośnych instrukcyj.

§ 11. Ambulatorjum powinno być tak urządzone i wyposażone, aby można było wykonywać na miejscu proste (ambulatoryjne) zabiegi operacyjne, związane z leczeniem jaglicy.

Dla dokonania u chorych większych zabiegów operacyjnych lub przeprowadzenia badań i leczenia specjalnego, wreszcie odosobnienia, przychodnia przeciwjaglicza skierowuje tych chorych do odpowiedniej instytucji, względnie szpitala.

§. 12. Pod względem sanitarno-lekarskim działalność przychodni podlega kontroli kompetentnych władz sanitarnych.

SPRAWOZDANIE
przychodni ocznej przeciwjagliczej.

za miesiąc_____ 192 r.

1. Nazwisko lekarza
2. Liczba godzin poradnianych
3. Ogólna liczba udzielonych porad

I. Ogólny ruch chorych w przychodni.

	Mężczyzn	Kobiet	Dzieci	Razem
1. Ogólna liczba osób przyjętych (zbadanych)				
2. Stan chorych w pierwszym dniu miesiąca				
3. Liczba osób zapisanych w ciągu miesiąca				

www.dlibra.wum.edu.pl

4. Liczba osób ponownie zapisanych w ciągu miesiąca _____
5. Liczba osób wypisanych z powodu:
   ukończenia leczenia _____
   przekazania na dalsze lecz. _____
   z innych przyczyn _____
   Razem _____
6. Stan chorych w ostatnim dniu miesiąca _____
   z rozpoznaniem:
   a) jaglicy wszystkie formy _____
   b) obserwacja _____
   c) inne schorzenia oczne _____
   d) razem _____

II. Ruch chorych na jaglicę.

1. Ogólna liczba chorych jagliczych, leczonych w ciągu miesiąca _____
2. Ogólna liczba porad, udzielonych chorym na jaglicę _____
3. Stan chorych na jaglicę w pierwszym dniu miesiąca _____
5. Liczba osób, u których rozpoznano jaglicę w ciągu miesiąca _____
6. Liczba osób, u których ponownie rozpoznano jaglicę _____
   Liczba osób jagliczych, wypisanych z powodu:
   ukończenia leczenia _____
   przekazania _____
   innych przyczyn _____
   Razem _____
7. Stan chorych na jaglicę w ostatnim dniu miesiąca:
   a) jaglicy początkowej _____
   b) „ rozwiniętej _____
   c) „ powikłanej _____
   d) „ zaleczonej _____

III. Zestawienie wypisanych z przychodni.

Powód _____

IV. Zestawienie zabiegów, wykonanych w przychodni.

Usuwanie ziarn jagliczych _____
Inne operacje jaglicze _____
Różne zabiegi oczne _____
Razem _____

Zestawienie pracy pielęgniarek.

Nazwisko pielęgniarki _____

1. Ogólna liczba odwiedzin domowych _____
2. Ogólna liczba rodzin jagliczych, odwiedzanych w ciągu miesiąca _____
3. Ogólna liczba rodzin pozostających pod opieką _____
4. Skład tych rodzin _____
5. Liczba osób z rodzin jagliczych, doprowadzonych do zbadania _____
6. Liczba osób jagliczych, doprowadzonych do kontroli _____

Uwagi:

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych. Nr. Z. Z. 9856/26. Z. 15.
Przepisy lekarskie o badaniu i rozpoznawaniu jaglicy.

OKÓLNIK

Do Panów Wojewodów i Pana Komisarza Rządu na m. st. Warszawę.

Sposób badania i rozpoznawania oraz postępowania z chorymi na jaglicę, przy prowadzeniu społecznej walki z tą chorobą, nie może być pozostawiony całkowicie do swobodnego uznania poszczególnych lekarzy, ale opierać się winien na pewnych przepisach i normach, ogólnie obowiązujących, gdyż tylko takie jednolite postępowanie zapewnić może należyte wyniki szerszej akcji.

W roku 1924 (14 grudnia), Generalna Dyrekcja Służby Zdrowia zaprosiła do Krakowa na specjalną międzyministerjalną konferencję w sprawie organizacji walki z jaglicą w Polsce także profesorów okulistyki wszystkich uniwersytetów polskich celem ustanowienia zasadniczych kryterjów rozpoznawczych, któremi mają się kierować lekarze przy społecznej akcji zwalczania jaglicy. Na podstawie uchwał tej konferencji Departament Sł. Zdrowia Min. Spr. Wewnętrznych opracował przepisy dla lekarzy, w sprawie sposobu dokonywania przeglądów i badania w kierunku jaglicy, które mają na celu ujednostajnienie postępowania w tym zakresie.

Departament Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych zwraca się przeto z prośbą do Pana Wojewody (Pana Komisarza Rządu), aby zechciał polecić wszystkim lekarzom urzędowym, samorządowym i lekarzom instytucyj społecznych oraz tym, którzy prowadzą lub mają styczność ze społeczną walką z jaglicą, ścisłe przestrzeganie załączonych przepisów przy wykonywaniu swoich obowiązków.

Dołączone przepisy stanowią uzupełnienie wytycznych walki z jaglicą, podanych w poprzednich okólnikach (L. Z. Z. 2408/26, Z. Z. 5806/26 i Z. Z. 7838/26).

Celem umożliwienia poznania się lekarzy urzędowych i innych ze współczesnemi poglądami na jaglicę, Departament Służby Zdrowia dołącza odpowiednią ilość egzemplarzy broszury p. t. „Jaglica“, którą zechce Pan Wojewoda polecić rozesłać lekarzom powiatowym po jednym egzemplarzu. Broszura ta napisana została przez prof. K. Majewskiego, a wydana przy współudziale Ministerstwa Spraw Wewnętrznych: Departament Służby Zdrowja zaleca tę broszurę, jako wyrażającą uzgodnione poglądy wybitnych okulistów polskich (Konferencja krakowska), do użytku lekarzy.

Generalny Dyrektor Służby Zdrowia.
Wroczyński.

— Polskie Towarzystwo Higjeniczne we Lwowie rozpisuje konkurs im. D-ra Leona Krzemieckiego na pracę naukową z zakresu choroby raka lub wogóle nowotworów złośliwych. Warunki konkursu są następujące:

1. Praca ma być z zakresu anatomji, biologji lub kliniki choroby raka lub innych nowotworów złośliwych.

2. Autorem pracy musi być doktór wszech nauk lek. medycyny lub lekarz dyplomowany, który niewcześniej niż w listopadzie r. 1916 uzyskał dyplom odnośny. Nagroda wynosi 300 zł. Ostatni termin nadsyłania rękopisów upływa z dniem 1 listopada 1927 r. Rękopisy należy przesyłać pod adresem: Prof. Dr. W. Nowicki, Lwów, Piekarska 52.

— Szereg artykułów H. Higiera w sprawie układu współczulnego, ogłoszonych w rocznikach Gazety Lekarskiej, Medycyny, Kroniki Lekarskiej 1910, 1911 i 1912; a wydany następnie z ilustracjami jako monografja pod tytułem „Vegetative oder viscerale Neurologie“ w niemieckim języku, przez znaną firmę Gustawa Fischera w Jenie, ukazał się ostatnio w przekładzie angielskim prof. W. Krausa w New-Yorku oraz w tłomaczeniu rosyjskiem prof. L. Minora w Moskwie.

— Sprawozdanie z uroczystości otwarcia nowego pawilonu w Zakładzie dla umysłowo chorych żydów „Zofjówka“ uzupełniamy szczegółem, że Dr. Bregman w przemówieniu swojem wspomniał o zasługach inicjatora i członka honorowego Towarzystwa, D-ra Adama Wizla.

— Otrzymaliśmy pismo następujące: „Alkoholizm jest chorobą najbardziej rozpowszechnioną, a jednocześnie i najlekkomyślniej traktowaną, zarówno przez osobniki, które stały się jego ofiarami, jak i przez ich otoczenie bliższe i dalsze. Z klęską alkoholizmu, rujnującego zdrowie fizyczne i moralne Narodu, rujnującego jego dobrobyt, zapełniającego swemi ofiarami więzienia i przytułki, zwyrodniającego rasę—walczyć należy, jak z innemi klęskami spo-

www.dlibra.wum.edu.pl

łecznemi. gruźlicą, chorobami wenerycznemi i t. p. Do walki tej niezbędne jest poznanie dokładne wroga, jego istoty, objawów i skutków, jego oddziaływania oraz metod walki z nim. Walka z alkoholizmem może tylko wówczas być skuteczna, jeżeli jest prowadzona zgodnym wysiłkiem państwa i społeczeństwa, a więc samorządu, organizacyj społecznych i oświatowych i szkół.

Pragnąc przyjść z pomocą inicjatywie państwowej i społecznej, Państwowa Szkoła Higjeny w porozumieniu z Polskim Towarzystwem walki z alkoholizmem „Trzeźwość", organizuje w grudniu b. r. cykl wykładów, ujmujących z punktu widzenia lekarsko - społecznego współczesną wiedzę o alkoholizmie i jego zwalczaniu.

W wykładach będą szczegółowo rozważane: napoje wyskokowe w gospodarstwie narodowem, fizjologiczne działanie alkoholu na organizm ludzki, wpływ alkoholu na stosunki socjalne i na zbrowotność publiczną oraz systemy walki z alkoholizmem i jego zwalczanie na ziemiach polskich.

Kurs trwać będzie od dnia 14-go grudnia b. r. do dnia 18 grudnia włącznie. Wykłady odbywać się będą codziennie od 9—1 w poł. i od 7—9 wiecz. w gmachu Państwowej Szkoły Higjeny. Opłata za wykłady wynosi 10 złp. Zapisy trwają do dnia 11-go grudnja b. r.

Departament V Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, pragnąc ułatwić pewnej liczbie słuchaczy przyjęcie na kurs, wyznaczył dla 20 uczestników kursu stypendjum w wysokości 25 złp., zwolnienie od opłat za wkłady i zwrot kosztów podróży. Pierwszeństwo w otrzymaniu stypendjum będą mieli delegowani przez urzędy wojewódzkie i starościńskie działacze społeczni, członkowie powiatowych komisyj do spraw walki z alkoholizmem.

Do dyspozycji uczestników kursu będzie oddane 25 miejsc w bursie Państwowej Szkoły Higjeny za opłatą 5.50 złp. dziennie z utrzymaniem od osoby. Ubiegający się o stypendjum winni zaznaczyć, czy pragną korzystać z bursy.

Podania o stypendjum składać należy pisemnie lub osobiście w Państwowej Szkole Higjeny najpóźniej do dnia 30 listopada b. r. Przy podaniach należy dołączyć:

1) krótkie curriculum vitae, z podaniem dotychczasowej działalności,

2) zaświadczenie od instytucji, delegującej kandydata.

O przyznaniu stypendjum kandydaci zostaną zawiadomieni przed 10-ym grudnia b. r.

Wszelkich wyjaśnień udziela i przyjmuje zapisy codziennie Sekretarjat Państwowej Szkoły Higjeny (Chocimska 24) od 9—3 pp.

Kierownik Państwowej Szkoły Higjeny
Chodźko.

— **Zmarli:** Prof. Ehrmann, dermatolog, zmarł w Wiedniu.

— Znakomity psychjatra niemiecki Kraepelin zmarł w Monachjum.

— Prof. berlińskiej kliniki ginekologicznej Franz— zmarł w Berlinie.

— Znany ginekolog, prof. Opitz—zmarł w Fryburgu.

— Dr. Hall - Edwards w Birminghamie padł ofiarą promieni Roentgena.

— Dr. Thibièrge, znany dermatolog, zmarł w Paryżu.

— Nestor pedjatrów niemieckich prof. Heubner zmarł w sędziwym wieku w Dreźnie.

— Znany patolog i bakterjolog prof. Babès zmarł w Bukareszcie.

NADESŁANO DO REDAKCJI.

— H. Higier: Zur Diagnost. u. pathol. anat. Klassifikation der selteneren, schwer erkennbaren Hirnkrankhejten aus d. g. Grenzgeb. der Neurol. u. Psychitrie. Odbitka z Ztschr. f. d. g. Neurol. u. Psych. B. 104. H. 4/5.

— Tenże: Der Schmerz als sympathische Erschein. u. seine Stellung zum animalen und veget. Nervensyst. Odb. z Deutsch. Ztsch. f. Nervenheilk. 89. H. 4—6).

— St. Klein. Des effets thérapeutiques obtenus par la splénectomie dans les malad. de l'appar. hématopoiétique. Odb. z Strasbourg. Médical. 1926.

— Tenże. Die isolierte Tuberkulose der Mesenterjallymphdr. Odb. z Beitr. z. Klin. der Tub. B. 63. H. 3.

— Seweryn Sterling. Układ nerwów współczulnych a gruźlica.

— Włodzimierz Mikułowski. Pogadanki o zdrowiu dziecka.

— Prof. Dr. K. Jonscher. Społeczna ochrona dziecka przed gruźlicą. Odbitka z Nowin Lekarskich. Rocznik 38. Zesz. 29. 1926.

TREŚĆ R. RADZIWIŁŁOWICZ. Zygmunt Kramsztyk. — E. JANKOWSKI. Zygmunt Kramsztyk jako przyrodnik — Z. SREBRNY. Niedoceniony człowiek i jego niedocenione dzieło. — W. KNAPPE. Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej. — Z. SZYMANOWSKI. O medycynie społecznej i o uspołecznieniu pracy lekarskiej. — M. KACPRZAK. W sprawie szkolenia personelu Służby Zdrowia. — Z. BYCHOWSKI. Rozwój i potrzeby szpitalnictwa warszawskiego. — S. NOWAKOWSKI. Wielka wystawa „Gesolei" w Düsseldorfie. — T. MAKOWSKI. Projekty nowelizacji Ustawy Kasy Chorych. — M. GRZYWO - DĄBROWSKA. Samobójstwa młodzieży. — R. SPIRA. O nerwicach zwrotnych pochodzenia nosowego. — J. ABRAMOWICZ. O wprowadzaniu sanokryzyny i neosalwarsanu do oka za pomocą jontoforezy. — W. KAPŁAN i A. KONOPNICKI. O leczeniu zachowawczem ropnego gruźliczego zapalenia opłucny. — J. RUTKOWSKI. Mięsak prostnicy — nowa droga dostępu operacyjnego. — H. HIGIER. Swoiste przerzuty mózgowe ze strony ukrytego Deciduoma malignum s. Chorionepithelioma u mężczyzny. — M. FEIGIN. Podstawowa przemiana materji i jej znaczenie kliniczne (streszcz. zbior.) Streszczenia pojedyńcze i oceny książek — E. KRAJEWSKI. Leczenie wewnętrzne krwawień ginekologicznych. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — Zjazdy. — Z. SREBRNY. Towarzystwo anonimowe. — Korespondencja. — Wiadomości bieżące. — Zmarli. — Nadesłano do Redakcji.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: R. RADZIWIŁŁOWICZ. Sigismond Kramsztyk. E. JANKOWSKI. Sigismond Kramsztyk comme naturaliste. Z SREBRNY. L'homme non apprécié et son œuvre. — W. KNAPPE. La Societé polonaise da la médecine sociale. — Z. SZYMANOWSKI. A propos de la médecine social et le travail médical socialisé. — M. KACPRZAK. L'éducation du personnel du service sanitaire. — Z. BYCHOWSKI. Le dévéloppement et les besoins des hôpitaux de Varsovie. — B. NOWAKOWSKI. La grande exposition „Gesolei" à Dusseldorf. — T. MAKOWSKI. Les projets de la novélisation des lois de la Caisse des Malades. — M. GRZYWO - DĄBROWSKA. Les suicides des adolescents. — R. SPIRA. Les névroses reflexes d'origine nasale. — J. ABRAMOWICZ. L'introduction de la sanochrisine et du néosalvarsan dans l'oeil à l'aide de l'iontophorèse. — W. KAPŁAN et A. KONOPNICKI. Le traitement consérvatif de la pleurite tuberculeuse purulente. — J. RUTKOWSKI. Le sarcome du rectum, nouvelle méthode de son opération. — H. HIGIER. Les métastases cérébrales du deciduome maligne ou chorionépitheliome chez un homme. — M. FEJGIN. Les échanges nutritffs basilaires et leur signification clinique (Rév gén.) — E. KRAJEWSKI. Le traitement interne des hémorrhagies gynécologiques.

!!! UWAGA !!! W artykule **Niedoceniony człowiek i jego niedocenione dzieło** na str. 496, szpalta prawa, wiersz 13 od dołu po wyrazie: wydziedziczonych — opuszczono:, a często także i rzecznik narodowej twórczości naukowej; na str. 498, szpalta prawa wiersz 8 od góry po wyrazach: doznanego zawodu — opuszczono: O znaczeniu „Krytyki Lekarskiej" z wielkiem dla niej uznaniem pisał w r. 1911 w „Lwowskim Tygodniku Lekarskim" — Władysław Szumowski.

Redaktor przyjmuje codziennie od 3-ej do 4-ej pp. Wydawca przyjmuje codziennie od 6-ej do 8-ej pp.

Drukania „WSPÓŁCZESNA" w Warszawie, Szpitalna 10, tel. 193-95.

www.dlibra.wum.edu.pl