



Nº 51.

Warszawa, d. 21 Grudnia 1918.

Rok LIII.

GAZETA LEKARSKA

· PISMO · TYGODNIOWE ·

POŚWIĘCONE · WSZYSTKIM · GAŁĘZIOM · WMIĘJĘ-
TNOŚCI · LEKARSKICH ·

Redaktorzy: Dr A. Puławski i Dr W. Starkiewicz.

Wydawca Dr W. Szumlański.

Adres Redakcyi i Administracyi — Marszałkowska 73.

Ogólnego zbioru Nº 2763.

Tłumaczenie

prac lekarskich na język niemiecki i francuzki oraz
przepisywanie na maszynie przyjmuje b. stud. wydz.
lek. F. Stodolska. Ul. Śniadeckich (Kaliksta) 13 m. 18.

Dr Leonard Leszczyński

powrócił z Kijowa.

Chirurgia jamy ustnej. Dentystyka.
Trębacka 4.

Warsz. Tow. Akc. „MOTOR“ niniejszem zawiadamia W W. P P. Doktorów, iż
„MOTO FER“

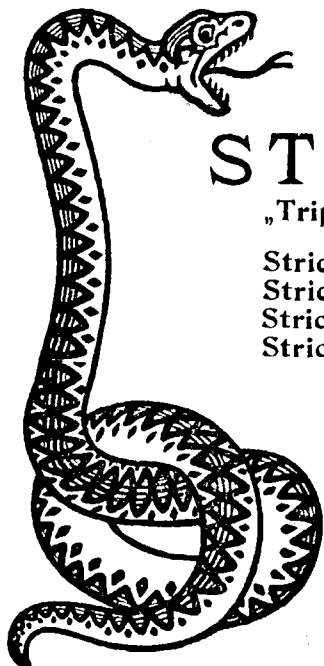
jest zmienioną nazwą dla wyrabianego przez nas od wielu lat, a cieszącego się wielkiem uznaniem pp. leka-
rzy i publiczności preparatu pod nazwą:

Tinctura Ferri comp. modo Athenstaedti „Motor“.

Zmieniliśmy nazwę dla odróżnienia od pojawiających się na rynku konkurencyjnych preparatów.

Wyrabiamy: MOTO FER i MOTO FER c. ARSENO.

Nazwa przedstawiona do zatwierdzenia.



INIEKCYE STRYCHNINOWE:

„Triplex I, II, III“ Gessner — pudełko 36 ampulek.

(Strichnin. nitr. Natr. kokodylic. Natr. glycerinofosfor.)

Strichnin. kakodylic. 0,0005 c. Natr. glycerinofosf. 0,10

Strichnin. nitr. 0,001 c. Natr. kakodylic. 0,05—0,075—0,10

Strichnin. nitr. 0,001 c. Lecithin-ovo 0,05 — 0,10—0,20.

Strichnin. nitr. 0,001 Ferr. citr. oxyd. 0,02—0,04 c. Phenol.
i wiele innych.

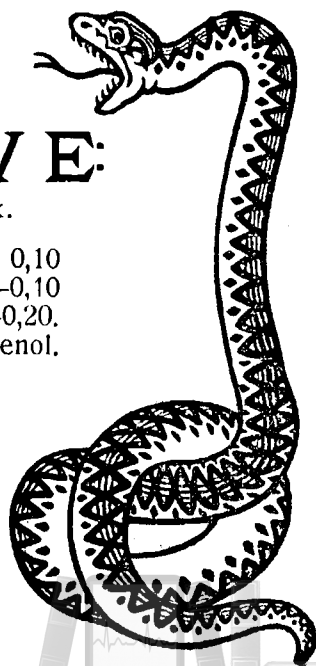
POLECA

APTEKA

E. GESSNERA

w WARSZAWIE

JEROZOLIMSKA 25.



Fructalein Spiess

(PASTILLI LAXANTES).

Owocowy środek czyszczący, zawierający fenoltaleinę i agar-agar.

Użycie: 1 — 2 sztuki w razie potrzeby.

Pudełko zawiera 20 pastylek.

Contral Spiess

(PASTILLI ANTIDIARRHOICI).

Czekoladowy preparat przeciw bieguncie i rozstrojom żołądka, zawierający wyciąg czarnych jagód i tanalbinę.

Użycie 1 — 4 sztuk jednorazowo.

Pudełko zawiera 20 pastylek.

Żądać prospektów.

SILV-OZON „MOTOR“

w płynie i w proszku
do przygotowania kąpieli balsamicznych
poleca własnego wyrobu

Warsz. Tow. Akc. „MOTOR“

Marszałkowska 23.

SALMET „MOTOR“

(Balsam Methyl Salicylici comp.).

Używa się w artrytyzmie, reumatyzmie
i nerwobólach

poleca własnego wyrobu

Warszawskie Tow. Akcyjne

„MOTOR“.

OPUŚCIŁ PRASĘ

KALENDARZ LEKARSKI

NA ROK 1919

WYDAWNICTWO D-ra J. POLAKA.

Treść: Kalendarz ogólny. — Adresy lekarzy, praktykujących w Warszawie, Łodzi i Lublinie oraz lista lekarzy, praktykujących w miastach i wsiach Królestwa. — Urzędy cywilne, wojskowe i gminne organizującego się Państwa Polskiego. — Towarzystwa lekarskie, szpitale, lecznice i inne zakłady lekarskie w Warszawie, apteki i t. d. — Dawkowanie leków, pomoc w nagłych wypadkach, otrucia i inne wiadomości informacyjne z lecznictwa. — Podręcznik terapeutyczny ze zbiorem recept. — Notatnik.

Cena egzemplarza w ozdobnej oprawie płóciennej z ołówkiem marek 8,
łącznie z przesyłką.

Do nabycia we wszystkich księgarniach i u Wydawcy, dra J. POLAKA, Nowogrodzka 82 w Warszawie. Do zamówienia u Wydawcy należy dołączać należność.



AZETA LEKARSKA

· PISMO · TYGODNIOWE ·

POŚWIĘCONE · WSZYSTKIM · GAŁĘZIOM · WMIĘJ-
TNOŚCI · LEKARSKICH ·

Dziesięć
Długie

Warszawa, d. 21 grudnia 1918 r.

Ogólnego zbioru № 2768.

Prawidłowe tłumaczenie i prawidłowa nazwa części składowych normalnej krzywej żylnej w świetle współczesnych pojęć o ich powstawaniu.

Podał

Władysław Janowski.

1. Badanie krzywej żylnej oddało dyagnostyce czynnościowej serca usługi wprost nieocenione w sprawie badania zaburzeń w miarowości jego działania. Trzeba było i będzie szeregu lat pracy nad elektrokardiografią, ażeby wniosła ona do fizjologii i kliniki serca tyle postępu, ile wniosła do nich badanie krzywej żylnej, zwłaszcza w ciągu ostatnich lat 30-u, w ciągu których szereg klinicystów badał zmiany, zachodzące w niej w różnych stanach chorobnych, otrzymując przytem zdobycze pierwszorzędnej wartości praktycznej. Zdawałoby się wobec tego, że kwestya fizjologii krzywej żylnej jest już w szczegółach dawno wyczerpana. Tymczasem tak nie jest. Prawie do ostatnich czasów fizjologia, patologia doświadczalna i klinika, nawzajem się wspierając, zdobywały cenne przyczynki do wyjaśnienia szczegółów normalnej krzywej żylnej, tak że dopiero od lat kilku kwestyę fizjologii krzywej żylnej można uważać za ostatecznie wyjaśnioną. Wszystkie ostatnio w tym kierunku zdobyte fakty nie są jednak w szczegółach dostatecznie znane ogółowi lekarzy z powodu, iż nie zostały, o ile wiem, zestawione i oświetlone w jednym wykładzie z należytem stopniem pełności i z należytem uwzględnieniem zaszłych w tym kierunku ważnych zmian w poglądach. Wynika stąd fakt, który po tylu latach badań nad krzywą żylną wydaje się prawie niewiarogdnym, że, właściwie mówiąc, tylko w

sprawie objaśnienia i mianownictwa pierwszego zęba normalnej krzywej żylnej różnice zdania nie zachodzą. O wszystkich innych szczegółach normalnej krzywej żylnej zdania autorów są mniej lub więcej podzielone, do czego, jak to niżej wyłożymy, przy dzisiejszym stanie nauki niema już właściwie żadnej podstawy. Dotyczy to zarówno ząbów na normalnej krzywej żylnej, jak i spotykanych na niej wgłębień. Co do ząbów, to z niezrozumiałą uporczywością utrzymuje się dotąd w piśmiennictwie klinicznem błędny pogląd co do sposobu powstawania drugiego z nich na krzywej żylnej, skąd wynika też i będące w powszechnem użyciu oznaczanie go błędem mianem *c*. Powstawanie trzeciego ząbienia jest, dzięki pracom doświadczalnym niżej wyliczonych autorów, od lat z górą 15-tu zupełnie wyjaśnione. A jednak nadawane mu w klinice miano (*v* lub *rs*) jest, jak to niżej przedstawię, niedokładne, gdyż bynajmniej nie objaśnia czytelnika o czasie jego powstawania. Znaczenie 4-go ząbienia na krzywej żylnej zostało, głównie dzięki wysiłkom klinicystów, wyjaśnione dopiero w ciągu ostatnich lat kilku. Ale różni autorowie nadawali mu nazwy zupełnie rozmaite (*h*, *w*, lub *s*) i nie informujące czytelnika o przyczynie i czasie jego powstawania. To samo dotyczy sprawy zagłębień na krzywej żylnej. Z nich pierwsze, jak to niżej przedstawię, jest dotąd błędnie tłumaczone i niesłusznie pozbawione wszelkiej

nazwy; drugie zaś i trzecie noszą dotąd nieśluszenie nazwę nieokreśloną (x i y), pomimo że posiadany w piśmiennictwie materiał nagromadził dostateczną liczbę faktów dla zupełnie określonego tłumaczenia każdego z nich, dającego jednocześnie, z kolei rzeczy, słuszną podstawę do oznaczenia ich właściwą nazwą. Wszystko to razem wprowadza pewne zamieszanie w ustalony już obecnie sposób pojmowania norm fizyologicznych. Zamieszanie to utrudnia jednak znacznie zrozumienie, względnie objaśnienie osobom początkującym, zjawisk klinicznych, spostrzeganych na krzywej żylnej chorobowo zmienionej.

Celem niniejszej pracy, opartej na długich badaniach własnych i możliwie dokładnem poznaniu całego materiału literackiego, jest właśnie możliwie wyczerpujące objaśnienie sposobu powstawania wszystkich szczegółów na normalnej krzywej żylnej, z bezstronnem uwzględnieniem wszystkich nowszych zdobyczy w tym kierunku. Ujawni się przytem, sądzę, że w chwili obecnej niema właściwie powodu do dalszej różnicy zdań w tłumaczeniu którejkolwiek z części składowych krzywej żylnej. Z tego głównego celu niniejszej notatki wyłania się jednak mimowoli na plan pierwszy jeszcze druga sprawa, mianowicie ustalenie prawidłowych nazw dla poszczególnych części składowych krzywej żylnej. Nazwa prawidłowa, automatycznie, że tak powiem, uprzytamniająca, z czem ma się do czynienia, stanowi zawsze znaczne ułatwienie w nauce, a zwłaszcza w nauczaniu. Tymczasem, jak to niżej wykażemy, w stosunku do krzywej żylnej panuje dotąd brak uzgodnienia w wyrażaniu się różnych autorów. Nazwy poszczególnym częściom składowym krzywej żylnej nadawali bowiem stopniowo, w różnych czasach różni autorowie odmiennych narodowości, nie kierujący się przytem jednolitymi zasadami. Przyczynia się to niewątpliwie do utrudnienia w zrozumieniu i zapamiętaniu faktów, które są już obecnie dostatecznie wyjaśnione. Dlatego przeprowadzam tu takie mianownictwo wszystkich części składowych krzywej żylnej, któreby odpowiadało dwóm zasadom: 1) każda nazwa winna ściśle wskazywać bezpośredni stosunek odpowiedniej części krzywej żylnej do różnych okresów czynności serca; 2) wszystkie nazwy powinny być łacińskie, a właściwie klasyczne (gdyż wiele z nich jest pochodzenia greckiego) w celu najłatwiejszego ogólnego ich rozpowszechnienia.

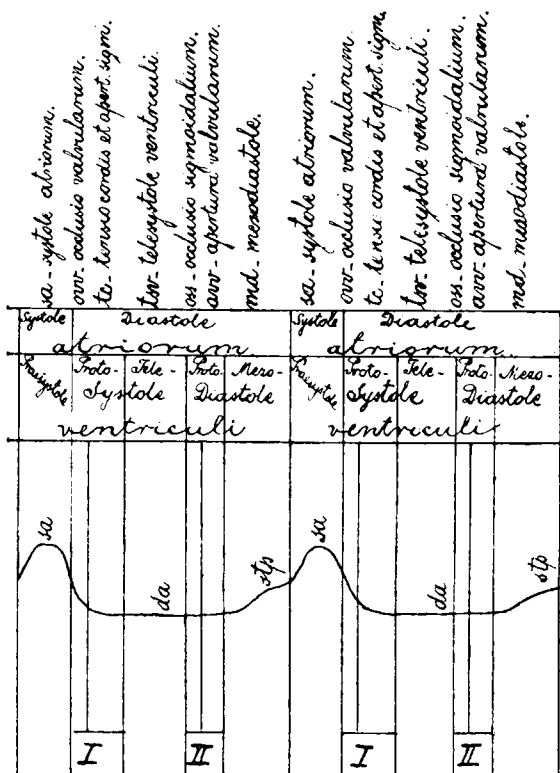
II. Wszystko wyżej wyłożone uwidoczni się w sposób automatyczny, jak sądzę, prosty i zrozumiały, przez systematyczne, możliwie dokładne objaśnienie każdej z części składowych normalnej krzywej żylnej.

§ 1. Jak wiadomo, krzywa żylna, zdejmowana z żyły szyjnej, a czasami z łokciowej lub innej, odzwierciedla czynność prawego przedsionka serca. Dla należytego jej rozumienia pamiętać należy, że odzwierciedla się na niej w sposób odwrotny wszystko to, co się dzieje w przedsionku serca. Dla łatwiejszego zaś wytłumaczenia wszystkich załamków, spostrzeganych na normalnej krzywej żylnej należy uprzytomnić sobie najpierw, jak wyglądałaby krzywa żylna przedsionka, gdyby działał on samodzielnie, t. j. niejako odcięty od komór sercowych. Takie postawienie sprawy jest tem słuszniejsze, że klinicznie podobne stany nieraz się zdarzają. Mianowicie, w przypadkach zahamowania czynności przewodniczej mięśnia sercowego w pęczku Hisa spostrzegamy klinicznie samodzielne, że tak powiem, skurcze przedsionka. t. j. nie przechodzące na komorę, a więc i nie prowadzące do dalszej czynności serca. Krzywa żylna, odpowiadająca takim samodzielnym skurczom przedsionka, jakby odciętego od pozostałych części serca, jest bardzo prosta (p. rys. 1).

Widać na niej, mianowicie, że skurcz przedsionka powoduje nagłe zwolnienia odpływu krwi z żyły szyjnej w kierunku serca. Wskutek tego występuje na odnośnej krzywej wyraźny ząb, oznaczany zazwyczaj literą a , a który proponowałbym oznaczać stale przez sa , t. j. *systole atrii*. Gdy skurcz przedsionka przemija, krew odpływa z żyły ku sercu swobodnie, co wyraża się na krzywej żylnej gwałtownym spadkiem. Na tym niskim poziomie krzywa żylna, odzwierciedlająca czynność przedsionka, jakty odciętego od komór, pozostaje długo, gdyż rozkurcz przedsionków zajmuje normalnie około $\frac{1}{3}$ rewolucyi całego przedsionka, podczas gdy na sam jego skurcz, odzwierciedlający się na krzywej żylnej w postaci zęba sa , przypada zaledwie $\frac{1}{3}$ czasu całej rewolucyi przedsionka, a mianowicie, około 0.12—0.16 sekundy. Gdy tedy trwanie rozkurczu przedsionka, podczas którego krew z żył szyjnych wlewa się do niego bez przerwy swobodnie, zbliża się ku końcowi, przedsionek jest już bardzo wypełniony krwią, wskutek czego odpływ krwi z żyły szyjnej ulega pewnemu zwolnieniu. Wyraża się to na krzywej żylnej tylko pewnem nieznacznem stopniowem wzniesieniem, opisa-

nem po raz pierwszy przez Gibbsona oraz przez Hirschfeldera, którego znaczenie specjalne w pewnych warunkach chorobnych poniżej (w § 10-ym) bliżej omówię. Tu proponuję tylko oznaczenie tego wzniesienia, przez *stp*, t. j. *stasis praesystolica atrii*, i zaznaczam że żadnych innych wzniesień na krzywej żylniej przedsionka, pracującego, że tak powiem, samodzielnie, niema. Tak więc krzywa żylna przedsionkowa „czysta“, to znaczy nie zniekształcona przez dalszy wpływ na nią ruchów komór serca, jest bardzo prosta. Składa się ona, mianowicie, z trzech części: z jednego gwałtownego wazkiego wzniesienia ku górze *sa* (*systole atrii*), z szerokiego wgłębienia *da* (*diastole atrii*) i z nieznacznego, stopniowego wzniesienia ku górze *stp* (*stasis praesystolica*).

Rys. 1



Diagramatyczne przedstawienie czynności serca z dokładnym oznaczeniem kolejnych jej okresów. Na niem krzywa żylna, odzwierciedlająca działalność przedsionka, pracującego „samodzielnie“, przerywana półschematycznie za ogłoszonego przeze mnie w r. 1907-ym przypadku (35) choroby Stokes Adams'a.

Sa—*systole atrii*. *Da*—*diastole atrii*. *Stp*—*Stasis atrii praesystolica*.

Taką jednak, że tak powiem zupełnie uproszczoną krzywą żylną spotykamy, jak zaznaczyłem, klinicznie tylko w przypadkach poważniejszych zmian anatomicznych w pęczku Hisa albo silnych wpływów nerwowych na niego, w których skurcze, powstające w przedsionku, nie przechodzą na komorę serca.

§ 2. Przy normalnej zaś czynności serca wygląd krzywej żylniej jest, jak wiadomo, nierównie bardziej powikłany. Najlepsze pojęcie o wyglądzie takiej normalnej krzywej żylniej można sobie stworzyć przez jej zdejmowanie u osobników z tętnem rzadkiem; wtedy bowiem występują na niej wyraźnie wszystkie wgłębienia i zazębienia. Jeżeli to ostatnie nie ma miejsca, można sobie pomóc przez podanie badanemu prosków musujących i silne przygięcie podczas zdejmowania krzywej nóg ku brzuchowi. Wpływa to na wytworzenie się pewnego zastoj w krążeniu żylnym, ułatwiającego zdejmowanie odnośnych krzywych.

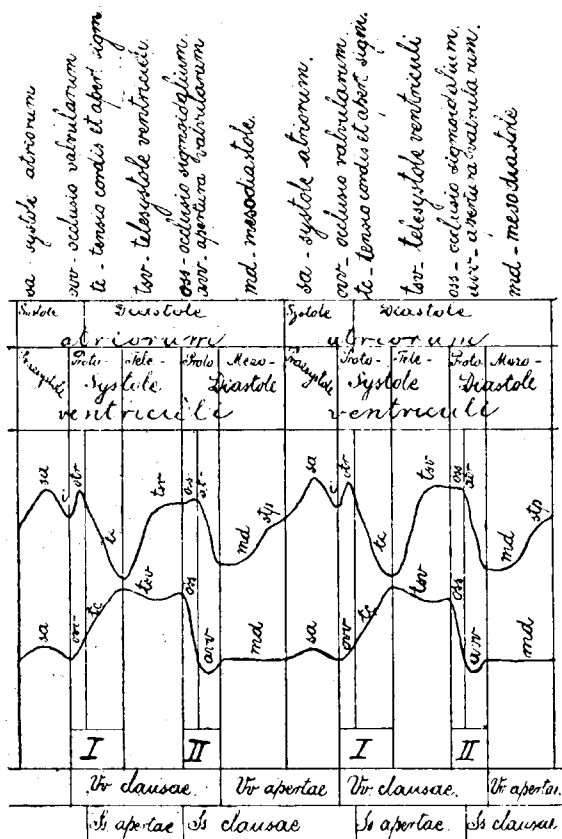
Na takiej tedy normalnej, dobrze rozwiniętej krzywej żylniej widzimy następujące wzniesienia i wgłębienia (rys. 2),

§ 3. Wzniesienie *sa* (*systole atriorum*) = *a* dawnych autorów. Jak dopiero co w § 1-ym zaznaczyłem, odpowiada ono samemu skurczowi przedsionka, powodującemu raptowne zwolnienie odpływu krwi z żyły ku sercu. Ponieważ skurcz przedsionka trwa normalnie około 0,12—0,16 sekundy, wzniesienie więc *sa* również trwa tak krótko. Na dobrze wykształconem tętnie żylnym, zdjętem przy wolnym biegu walca tętnopisu, odnośny ząb *sa* jest zwykle dość ostry; przy szybkim biegu walca ma on, rzecz prosta, wygląd bardziej zaokrąglony. Ząb ten, oznaczany w piśmiennictwie powszechnie przez literę *a* (*atrium*), powinienby nosić nazwę *sa* (*systole atrii*). Nazwa *a* objaśnia bowiem tylko, że idzie o jakąś pracę przedsionka, którą odzwierciedla jednak właściwie cała krzywa żylna. Przeciwnie zaś, przez nadanie omawianemu tu zazębieniu nazwy *sa* informujemy czytelnika od razu dokładnie, jaki okres czynności serca, względnie jego przedsionka, powoduje jego powstawanie.

§ 4. Wzniesienie *otr* (*occlusio v. tricuspidalis*) = *c* innych autorów. Jak zaznaczyliśmy w § 1-ym, na krzywej żylniej przedsionka, działającego samodzielnie, następuje zaraz po zębie *sa* gwałtowny spadek, odpowiadający swobodnemu odpływowi krwi do przedsionka, znajdującego się w stanie rozkurczu. Inaczej rzecz przedstawia się na krzywej żylniej normalnej. Za ledwie kolano zstępujące zęba *sa* zdąży się nieco ku dołowi opuścić, występuje na normalnej krzywej drugie wzniesienie, czyli zazębienie. Zazębienie to bywa w stosunku do zazębienia *sa* wielkości rozmaitej. Może być ono równie wielkie, jak to ostatnie, mniejsze lub nawet znacznie mniejsze, lub, przeciwnie, nawet

nierównie wyższem od tego ostatniego. W każdym razie ząb ten bywa zazwyczaj ostrzejszy od ząbienia *sa* i nie brak go na żadnej normalnej krzywej żylniej. Pod wpływem poglądów Friedreicha, Gerhardta, Mac-

Rys. 2.



Normalna krzywa żylna. Przedstawienie jej pól schematycznych, w przybliżeniu takie, jak otrzymuje się na epidiaskopie przez rzucanie na niego zwykłej krzywej żylniej. Pod nią pól schematyczna krzywa wierzchołka serca. Znaczenie liter na tej ostatniej objaśniają napisy u góry rysunku. Znaczenie zaś napisów na krzywej żylniej jest następujące ¹⁾.

sa—systole atrii (§ 3 tekstu), *i*—depressio innominata (§ 5 tekstu), *otr*—occlusio valv. tricuspidalis (§ 4 tekstu), *tc*—tensis cordis (§ 6 tekstu), *tsv*—telesystole ventriculi (§ 7 tekstu), *oss*—occlusio vv. semilunarium (§ 7 tekstu), *atr*—apertura tricuspidalis (§ 8 tekstu), *md*—mezodiastole (§ 9 tekstu), *stp*—stasis praesystolica atrii (§ 10 tekstu).

kenziego, Wenckebacha oraz innych powstawanie tego ząbienia przypisywano działaniu tętnienia tętnicy dogłowej na sąsiednią żyłę szyjną, i dlatego oznaczano je literą *c* t. j. *carotis*. Podług, wymienionych autorów, tętnica dogłowa miała zniekształcać krzywą sąsiedniej żyły szyjnej w ten sposób, że tę-

tnienie pierwszej wytwarza ząbienie na jej spadku, który już się był rozpoczął wskutek początkowego okresu rozkurczu przedsionka. Podobne jednak tłumaczenie tego ząbienia, a więc i oznaczanie go literą *c*, należy dziś uznać za zupełnie błędne, jako niezgodne z nagromadzonym obecnie w nauce materiałem. Po pierwsze bowiem, doświadczenia Morrow, a głównie Frédéricq'a, po których nastąpiły badania Culny i Grosha, wykazały, że omawiane tu drugie ząbienie na krzywej żylniej występuje zupełnie niezależnie od tętnicy dogłowej, gdyż daje się stwierdzić na tem samym miejscu krzywej, zdjętej na wątrobie lub na innych żyłach. Po drugie, co do czasu swego ukazania się, ząbienie to poprzedza znacznie chwilę wytłaczania krwi z komór do tętnic. Początek jego występuje, mianowicie, co do czasu, ściśle w chwili zamknięcia zastawki trójdzielnej. Zgodnie zaś z poglądami szeregu autorów (Kürschner, Baumgarten, Weber, Ludwig, Friedreich, Vierordt), popieranymi przez badania Luciani'ego i jego uczniów, ostatnie chwile skurczu samego przedsionka powodują początek zamykania się zastawki trójdzielnej, t. j. zbliżenie ku sobie brzegów jej poszczególnych zagłęb, przeszkadzające dalszemu odpływowi krwi z przedsionka ku komorze, a dopiero występujący natychmiast potem początek skurczu komory doprowadza dzieło zamknięcia zastawki do końca. Następujące przytem szybkie wpuklenie tych zastawek od dołu ku górze i gwałtowne ich napięcie się powoduje drgnięcie ku górze fali krwi (Bard, François-Frank, Frédéricq) w przedsionku, które, o ile idzie o przedsionek prawy, znajduje swoje odzwierciedlenie w wystąpieniu omawianego tu drugiego ząbienia na krzywej żylniej. Po trzecie, zdjęcia elektrokardiograficzne tonów serca, dokonywane jednocześnie z krzywą żylną lub przelykową (A. Müller, p. 33 str. 264), wykazują zupełnie dowodnie, że pierwszy ton u wierzchołka serca rozpoczyna się równocześnie z początkiem omawianego tu ząbienia *otr* na krzywej żylniej. Wiadomo zaś, że powstaje on w najpierwszym okresie skurczu komór, a mianowicie okresu zamknięcia zastawek żylnych (*otr*) i trwa przez czas napięcia mięśnia sercowego (*tc*), jak to widać na rys. 2-gim. Po czwarte, gdyby na powstawanie tego ząba wpływało drgnięcie tętnicy dogłowej, wtedy miejsce jego występowania na krzywej żylniej nie byłoby tuż za ząbieniem *sa*. Mogłoby on następować dopiero w parę setnych sekundy po początku ząba, odpowiadającego okresowi wytłaczania krwi

¹⁾ Nazwy są ujednoliconie z temi, których używam w swej pracy o prawidłowej nazwie tonów i szmerów serca w różnych stanach chorobnych, świeżo ogłoszonej w Odczytach Klinicznych (1918 № 7—10).

z komór serca, czyli że powinienby on znajdować się stale gdzieś na prawo od początku omawianego w § 7-ym zęba *tsv*. Z powyższych czterech okoliczności wynika, że omawiane tu zazębienie nie może w żaden sposób być nadal oznaczane przez literę *c*. Błędną tę nazwę najlepiej zastąpić przez *otr*, jako wskazującą, że zazębienie to zależy od zamknięcia zastawki trójdzielnej (*occlusio v. tricuspidalis*), następującego, jak to omówiliśmy, pod wpływem nie tylko najpierwszego okresu skurczu komory, lecz i końca skurczu przedsionka. O tej ostatniej okoliczności należy dobrze pamiętać. Pamięć o niej jest pomocna w tłumaczeniu powstawania niektórych typów krzywej żylniej w niedostateczności czynnościowej mięśnia sercowego.

Odległość pomiędzy wierzchołkami zazębien *sa* i *otr* wynosi normalnie nieco mniej, niż trwanie całego skurczu przedsionka, mianowicie, w warunkach normalnych około 0,10—0,12 sekundy, co jest zrozumiałem, wobec tylko co wspomnianego udziału końca skurczu przedsionka w wytwarzaniu zazębienia *otr*. W warunkach chorobnych odległość ta ulega zmianom w różnych kierunkach. Jeżeli pobudki sercowe, zamiast wytwarzać się w zatoce żylniej (ośrodek Keith-Flacka), powstają w ośrodku drugiego rzędu, mianowicie w węzle Tawara'y, natenczas odległość *sa* — *otr* (*a—c* dotychczasowych autorów) ulega znacznemu skróceniu, dochodząc przytem czasem, zależnie od tego, jak blisko od pęczka Hisa wytwarzają się pobudki, prawie do zera. Jest to tak zwany rytm węzłowy serca. Przeciwnie, w przypadkach zwolnienia czynności przewodniczej serca odległość *sa—otr* może dojść do 0,20 sekundy, a nawet znacznie liczbę tę przekroczyć, tak że w przypadkach zupełnego zahamowania czynności przewodniczej serca, w której zab *otr*, oczywiście nie powstaje, odległość *sa—otr* ulega wydłużeniu aż do odległości *sa—sa*, t. j. od czasu trwania jednej rewolucji serca.

§ 5. W g ł ę b i e n i e bezimienne—*i* (*depressio innominata*). Pomiędzy zazębieniami *sa* i *otr* znajduje się normalnie drobne zagłębienie, którego wielkość zależy od wzajemnego ustosunkowania się wielkości omawianych zazębien. Wraz z innymi autorami M. Zieliński sądził, że zagłębienie to odpowiada najpierwszemu okresowi rozkurczu przedsionka. Przeczą temu jednak przytoczone powyżej (w § 4) poglądy fizyologów na udział przedsionków w powstawaniu zazębienia *otr*, z których wynika, że rozkurcz przedsionka rozpoczynać się może dopiero poza zazębieniem *otr*. Wskutek

tego zagłębienie pomiędzy zębami *sa* i *otr*, jako jedyną część krzywej żylniej, nie odzwierciadlającą żadnej określonej części czynności serca, należałoby oznaczać przez *i*, t. j. *depressio innominata*, zagłębienie bezimienne. Pozostawienie tego zagłębienia i nadal bez nazwy jest niedogodne. W niektórych bowiem przypadkach tętna żylnego o typie przedsionkowo-komorowym staje się ono szczególnie wydatnem, a na krzywych żylnych typu komorowego znika zupełnie, co jest dla tego typu tętna cechującym. Skoro więc okazało się praktycznem oznaczanie przez specjalne nazwy dwóch innych zagłębien na krzywej żylniej (*tc*—§ 6 i *md*—§ 9), gdyż pozwala to na dokładne umiejscowienie zmian, zachodzących na krzywej żylniej w warunkach chorobnych, to i oznaczenie specjalną nazwą (*i*) pierwszego z tych zagłębien ułatwić może również porozumienie się co do umiejscowienia zmian w krzywej żylniej typu komorowego, co omówię w swej następnej pracy o krzywej żylniej w niedostateczności czynnościowej zastawek.

§ 6. Z a g ł ę b i e n i e *tc*—*tensio cordis*, napięcie serca; *x* innych autorów. Skoro drgnięcie, powstałe na krzywej żylniej pod wpływem zamknięcia zastawki trójdzielnej (*otr*), przemija, rozpoczyna się gwałtowny jej spadek, oznaczany dotąd przez *x*. Wgłębienie to powstaje pod wpływem dwóch czynników:

a) Pierwszym z nich jest niewątpliwie rozpoczęty już rozkurcz przedsionka, powodujący swobodny odpływ do niego krwi z żyły szyjnej (François Franck, Potain, Gerhardt, Marey, Morrow).

b) Ważniejszą jednak rolę gra tutaj drugi czynnik, na który zwrócili uwagę Chauveau i Lefèvre, a po nich Frédéricq, Gerhardt, Wenckebach, Theopold, Mackenzie i Keith. Ruch śrubowy, wykonywany przez serce na początku skurczu jego komór, pociąga je całe ku dołowi. Ponieważ zaś podstawa serca jest silnie przymocowana do osierdzia i żył próżnych, następuje podczas tego śrubowatego ruchu, spowodowanego przez napięcie (*tensio*) mięśnia sercowego, odciągnięcie ku dołowi przegrody przedsionkowo-komorowej. To zaś prowadzi do powiększenia pojemności przedsionków i do spadku w nich ciśnienia, które zostaje wyrównane przez szybki dopływ do nich krwi z żyły szyjnej, ulegającej przez to szybkiemu opróżnieniu.

Mosso, a za nim i niektórzy inni autorowie twierdzą, że, oprócz powyższych dwóch okoliczności, powodujących gwałtowny spadek krzywej żylniej w tem miejscu, zachodzi je-

szcze trzecia. Podług nich, rozpoczynający się w tym czasie skurcz komór opróżnia je z krwi, przez co spada nieco ciśnienie w klatce piersiowej, co z kolei rzeczy powoduje zwiększenie działania przysysającego klatki piersiowej i ułatwienie odpływu do niej krwi z żyły szyjnej. Udziałowi tego czynnika w wytwarzaniu omawianego tu spadku słusznie zaprzeczyły jednak badania Gottwalta, Riegela i François-Francka. Wiemy bowiem, że opróżnienie komór z krwi następuje nie w tym, lecz dopiero w następnym okresie czynności serca — *tsv*, prowadzącym jednak dla szeregu niżej (§ 7) wyłożonych okoliczności nie do spadku krzywej żylniej, lecz, przeciwnie, do wytworzenia się na niej trzeciego zazębienia.

Omawiane tu drugie zazębienie na krzywej żylniej oznaczano dotąd przez *x*, co dziś,

po wyjaśnieniu mechanizmu jego powstawania, należy uważać za niesłuszne. Wszystkie inne części krzywej żylniej, odpowiadające różnym częściom rozkurczu przedsionka, oznaczamy literami, objaśniającymi ten okres czynności komór sercowych, który wpływa na odpowiednie zniekształcenie równomiernego spadku krzywej żylniej, zależnego, jak wiemy (§ 1), od samego tylko rozkurczu przedsionka. Słuszne więc będzie oznaczanie odtąd omawianego tu drugiego zagłębienia na krzywej żylniej literami *tc* — (*tensio cordis*, napięcie serca), jako wskazującymi na okres czynności komór serca, grający rolę niewątpliwie przeważającą w powstawaniu gwałtownego zwiększenia się tego wgłębienia, które pozostałoby łagodnym, gdyby zależało tylko od rozkurczu przedsionka. (Dok. n.).

ODCINEK.

Motywy do projektu Ustawy o Izbach Lekarskich w Państwie Polskiem.¹⁾

Referat

Doc. dra med. Józefa Jaworskiego.

Izby lekarskie, podobnie jak i izby innych zawodów, są wyrazem usiłowań wspólnych lekarzy, aby, o ile możliwości, posiadać największą sumę z wyników całej pracy społecznej; są wyrazem solidarności zawodowej o utrzymanie nietykalności praw i przywilejów zawodu lekarskiego wobec nieprzyjaznych dążeń wszystkich innych zawodów. Izby lekarskie, jako organizacje zawodowostanowe, tworzą się w celu obrony swych interesów. Lekarze bowiem, jako ludzie wolnego zawodu, w ogólnem współzawodnictwie i walce ekonomicznej siłą okoliczności z powodu układu stosunków państwowosocjalnych muszą brać udział we współzawodnictwie ekonomicznem i walki tej, współzawodnictwa tego, pod grozą narażenia swych interesów zawodowostanowych uniknąć lub od niego się uchylić nie mogą.

Jednakże Izby lekarskie nie mają wśród swych zadań wyłącznie spraw materialnych, ekonomicznych, praw i przywilejów stanu lekarskiego, lecz także i sprawy natury etycznej,

przestrzeganie powagi i czci stanu lekarskiego, a także sprawy społecznolekarskie, głównie z zakresu zdrowia publicznego.

Izby lekarskie, jako urzędowa reprezentacja stanu lekarskiego, powstała z wyboru, dokonanego przez wszystkich lekarzy kraju, powołana przez rząd na mocy osobnego dekretu, posiadają prawo nadawania życzeniom i żądaniom swym dobitnego i zniewalającego nacisku, nakazu.

Izby lekarskie na mocy ustawy powołane są także do udzielania opinii w zakresie spraw sanitarnych. Na tem polu spotykają się w pracy z administracją rządową.

Już z powyższego zarysowują się główne i zasadnicze różnice pomiędzy Izbami lekarskimi, oddawna istniejącymi w Niemczech i Austrii, a stowarzyszeniami lekarskimi i syndykatami lekarskimi, powstałymi we Francji w roku 1892.

Stowarzyszenia i syndykaty lekarskie, aczkolwiek powstają również z wyboru, lecz dokonanego nie przez wszystkich lekarzy, a tylko przez pewną ich liczbę, nie posiadają praw, zapewnionych przez ustawę, wydawania nakazów, wydawania wyroków z prawem egzekutywy.

Izby lekarskie na mocy ustawy czuwać mają nad podniesieniem bytu materialnego lekarzy.

Izby lekarskie mają być czynnikiem współdziałającym w postępie ogólnej zdrowotności publicznej i kultury.

¹⁾ Sam projekt ustawy, który przedstawiłem Ministerni Zdrowia Publicznego składa się z następujących rozdziałów: I) Ustawa o zaprowadzeniu Izb lekarskich w Państwie Polskiem. II. Regulamin: A) Postanowienia ogólne, B) Postanowienia szczegółowe: 1) O Izbie, 2) O Wydziale czyli Prezydium Izby. III. O Radzie honorowej. IV. Motywy projektu, wydrukowane na tem miejscu.

Projekt ten rozpatruje specjalna Delegacja z ramienia Ministerni Zdrowia Publicznego i wszystkie Towarzystwa Lekarskie Polskie.

Izby lekarskie określają także ściśle stosunek:

a) postępowania lekarzy wobec siebie, b) stosunek lekarzy względem chorych, c) względem publiczności, d) stosunek względem ciał zbiorowych, zrzeszeń, np. towarzystw wzajemnej pomocy, kas chorych i t. p.

Rozpatrzmy jednakże szczegółowiej i dokładniej organizację, ustrój i zadania izb lekarskich, które działają w państwie Niemieckiem i w Austro-Węgrzech i w oddzielnych prowincjach i krajach, do państw tych należących.

Wydaje się, iż tem śpieszniej wypada to uczynić, że, nie przesądzając przyszłości, już obecnie zmieniające się warunki polityczne, a także ekonomiczne kraju naszego, siłą wypadków zbliżą chwilę, w której Izby lekarskie i u nas powstaną. Stanie się więc zadość życzeniom naszym, wyrażonym przy opracowywaniu Ustawy Stowarzyszenia Lekarzy Polskich z r. 1906, w której wprowadziliśmy odpowiedni §, mianowicie 2, p. 3, orzekający, iż Stowarzyszenie „dąży do wytworzenia Izby lekarskiej Królestwa Polskiego“.

Izby lekarskie w założeniu swem, jako legalna reprezentacja stanu lekarskiego wobec rządu, i w rozwinięciu swej działalności, czuwać mają nad podniesieniem bytu materialnego lekarzy. Jest to zupełnie naturalne i słuszne, albowiem stan lekarski tylko uwolniony od ciężkich trosk o egzystencję z całym zapalem i poświęceniem oddawać się może dla dobra cierpiących i dla dobra całego społeczeństwa.

Wychodząc z tych założeń, Izby lekarskie czynią starania u Rządu, co do zatwierdzenia taryf za czynności lekarskie; co do stosunku z kasami chorych, z Towarzystwami ubezpieczeń od wypadków; co do zapewnienia właściwego wynagrodzenia i praw służbowych lekarzom na stanowiskach rządowych, jak np. lekarzom okręgowym i lekarzom rzeczoznawcom sądowym, więziennym, szkolnym i t. d. Wreszcie, w porozumieniu z władzami, zwalczają t. zw. partactwo lekarskie i wogóle wkraczanie w zakres praktyki lekarskiej różnych niepowołanych osób i w celu położenia tamy praktykom: masażystów, ortopedystów, bandażystów, nauczycieli głuchoniemych, techników dentystycznych, optyków, instytutów kosmetycznych, aptek, akuszerów, zakładów kąpielowych, wkraczających w czynności lekarskie.

Stosunek lekarzy wogóle do kas chorych, których na Zachodzie, głównie w Niemczech i Austrii, jest nie tylko wielka różnorodność, lecz i olbrzymia liczba, gdzie istnieje, jak w Austrii, t. zw. ubezpieczenie społeczne, a w Niemczech asekuracja przymusowa powszechna, która liczy dziesiątki milionów ludzi, gdzie każda osoba pracująca, o ile nie jest ubezpieczona w jakiej innej kasie, dającej jej w razie choroby zapewnienie pomocy i odszkodowania określonego prawem, musi obowiązkiem być ubezpieczona u gminy miejsca zajęcia. Wobec takiego ustroju socjalno-politycznego zgodny stosunek lekarzy do kas cho-

rych wymaga stałej kontroli i ewentualnie ingerencji przedstawicielstwa stanu lekarskiego wobec rządu, jakim są właśnie Izby lekarskie.

Wobec dążności, w dobrze zrozumiałym interesie własnym, wszystkich warstw społeczeństwa do należenia, przypisywania się do tych lub innych kas chorych, aby zapomocą nich korzystać z pomocy lekarskiej, wytwarza się niezdrowa tendencja ze strony zainteresowanych, a nawet czynników ustawodawczych, podwyższania zbytnio normy granic dochodów, która jeszcze daje prawo do korzystania z pomocy lekarskiej za pośrednictwem kas chorych. W Austrii np. proponowano, aby ubezpieczenie społeczne, co do mających prawo na ubezpieczenie takie, ustaliło przy rocznym dochodzie 2.400 koron. Granica dochodów idzie jednakże tam po za tę cyfrę. Takie nieograniczone rozszerzenie ubezpieczeń na wypadek choroby, przy ubezpieczeniu społecznym lub przymusowym, nie tylko na robotników i ich rodziny, bez względu na wysokość dochodów, lecz nawet rozszerzenie ubezpieczenia na całą ludność na podstawie rozporządzeń, jak to projektowano, np. w r. 1912 w Austrii, pociągnąćby mogło upadek ekonomiczny i społeczny stanu lekarskiego. Z tych powodów wówczas XVIII zwyczajny wiec izb lekarskich, odbyty w dn. 27 września 1912 w Gracu, jako powołany do tego zastępca stanu lekarskiego w Austrii, między innemi orzekł, że na takiej podstawie nie może się rozwinąć korzystne współdziałanie lekarzy i kas chorych, że w razie przyjęcia uchwały rozszerzenia ubezpieczenia na całą ludność drogą rozporządzenia, stan lekarski, oprócz wyrządzonej mu krzywdy ustawowo, oddanyby był na los przypadku i samowoli rozporządzeń, że utraciłby on wolność zawodu. Instytut więc samorządowawczy, orzekł więc, zmusza stan lekarski w Austrii do podjęcia walki przy użyciu wszystkich dostępnych mu środków, celem przeszkodzenia dojściu tych planów do skutku.

Sprawa uregulowania stosunku lekarzy do prywatnych Towarzystw ubezpieczeń również często bywa przedmiotem rozstrząsań izb lekarskich i odpowiednich uchwał, niekiedy bardzo katerycznych. Sprawa ta reguluje się zapomocą umowy, którą zatwierdza związek izb lekarskich. Umowa taka zabezpiecza między innemi przyjęcie lekarza wprost przez dyrekcję; niezawisłość lekarza od agentów; zaprowadza taryfę stopniowaną, jak w Austrii, np. ubezpieczenie do wysokości 5000—10 kor., od 5000 do 10.000—15 kor., ponad 10.000—20 kor.; przy badaniach w mieszkaniu ubezpieczającego się dodatek 2 korony i zwrot kosztów podróży; zapewnienie co do wydawania świadectw *post mortem*. Słowem, w umowie tej dążono do podwyższenia taryfy za świadectwa i żądano, aby wizyty lekarza kontrolującego odbywały się wspólnie z lekarzem domowym i były jako narady lekarskie honorowane po 10 koron.

Ponieważ projekt powyższy nie został przyjęty przez przedstawicieli Towarzystw u

bezpieczeń od wypadków, Związek Izb lekarskich w Austrii uchwalił obstawać przy żądaniach swoich i dlatego postawił: 1) wypowiedzenie umowy w jednym dniu przez wszystkie Izby, 2) zalecić wszystkim Izbom, aby w swoich okręgach wydały polecenie lekarzom przynależnym pobierania honorarium 10 koron za sprawozdanie pierwsze i końcowe i to wprost od stron ubezpieczonych, którym należy wyjaśnić, z jakich przyczyn lekarze są zmuszeni wynagrodzenie wprost od strony pobierać, 3) pod względem formalnym uchwalono, aby Wydział wykonawczy porozumiał się z organizacją państwową co do wprowadzenia w życie tych uchwał.

Fakty i przykłady powyżej podane najlepiej uwydatniają znaczenie, wpływ i sposób postępowania Izb lekarskich, jako rzecznika stanu lekarskiego w sprawach jego zawodowych, a specjalnie ekonomicznych. Izby lekarskie, opracowując projekty umów ze Związkiem kas fabrycznych, ze Związkiem Towarzystw ubezpieczeń, obejmujące ramowy wzór kontraktu służbowego i przepisy organizacyjne o komisjach cennikowych i sądach rozjemczych, regulują stosunek lekarzy do tych instytucji, ułatwiają pracę i zapewniają obopólne korzyści stronom.

Za potrzebą, a nawet koniecznością zaprowadzenia w całej Polsce Izb lekarskich o jednakiej ustawie przemawia także ewentualne ukształtowanie się stosunków z sąsiadami państwa polskiego. Jest więcej niż prawdopodobne, że Polska po wojnie więcej niż zawsze, wobec przeobrażeń nie tylko politycznych, lecz i społeczno-ekonomicznych na Wschodzie, a także zubożenia sąsiadów zachodnich, oraz ich wielkiej skłonności do ekspansji na wschód, przedstawiać będzie bardzo pojętny teren do eksploatacji i dla lekarzy innych narodowości, a w każdym razie dla lekarzy, nie będących obywatelami Państwa Polskiego.

Charakterystycznym objawem, bardzo wiele mówiącym pod tym względem, jest następujący ustęp z artykułu, p. n. „*Neuland für Aerzte*” (Nowe kraje dla lekarzy) d-ra Weinberga, zamieszczonego w „*Arztliche Mitteilungen*”, a powtórzonego przez „*Medizinische Klinik*” № 16 r. b. Czytamy tam, co następuje:

„Z wywodów d-ra Mugdana, wypowiedzianych w parlamencie, wynika, że byt niemałej liczby lekarzy niemieckich wskutek wojny został zagrożony. Dla tych lekarzy sytuacja przedstawiałaby się niezbyt świetnie, gdyby Niemcy zmuszone były do zawarcia złego pokoju. Teraz szczęśliwie został zawarty pokój na Wschodzie, i z małymi wyjątkami można naogół być z niego zadowolonym. Duże obszary byłego państwa carów rosyjskich stały się samodzielnymi, a fakty dowodzą, że wiele z nich ciąży do Niemiec; już obecnie kurlandzka korona wielkoksiążęca została ofiarowana cesarzowi niemieckiemu. Jest rzeczą dotąd niepewną, jak się poszczególne stosunki ułożą, niema jednak żadnej wątpliwości, że są to okolice skłonne do przyjęcia niemieckiej kultury pod wszelką postacią.

Jest rzeczą prawie pewną, że na tych dużych obszarach, które jeszcze są zajęte przez armię niemiecką, powstanie brak lekarzy, szczególnie, gdy wojska zostaną wycofane, a których lekarze udzielali pomocy i ludności cywilnej w krajach okupowanych. Wątpić należy, czy lekarze rosyjscy zechcą się tam osiedlać, mogłaby więc braki te zastąpić lekarzami z Niemiec i z Austrii. Duża liczba lekarzy, cierpiących nędzę, mogłaby się tu osiedlić i znaleźć zarobek. Rzeczą rządu byłoby wniknąć w tę sprawę przy zawieraniu traktatów, tyżących się spraw gospodarczych. Byłoby może celowe już teraz tych lekarzy, którzyby mieli zamiar osiedlić się w państwach pogranicznych, mianować do armii okupacyjnych, aby się mogli powoli przyzwyczajać do tych krajów, ludności i języka.”

Izby lekarskie Państwa Polskiego, jako reprezentacja urzędowa lekarzy polskich, z tytułu swych założeń zamiary podobne, jak wyżej wyrażone, a tembardziej wprowadzanie ich w życie, będą mocowładne paraliżować.

Ustawa o Izbach lekarskich Państwa Polskiego, która ma być przedstawiona do zatwierdzenia sejmowi, właściwie jest ustawą Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej z siedzibą w Krakowie.

Wydaje się ze wszech miar wskazanem, że jeżeli kiedy, to w obecnym momencie historycznym nie możemy i nie powinniśmy się różnić w poglądach, nawet w sprawach zawodowo-lekarskich, że nie powinniśmy stwarzać i pod tym względem podziałów.

Przyjęcie w zasadzie tego projektu ustawy o Izbach lekarskich i z tego powodu jest wskazane, że nasi koledzy, rodacy z Galicyi, regulują stosunki swoje na podstawie rzeczonyj ustawy już od roku 1896 i naogół są zadowoleni.

Zmiany i uzupełnienia, projektowane przez nich w oddzielnych paragrafach ustawy, w projekcie załączonym, zostały wprowadzone przezemnie. Dotyczą one następujących paragrafów: 17, 34, 37, 40, 42, 45, 49, 50, 51, 52, paragrafy od 58 do 65 zostały zastąpione dawnymi §§ 41, 42, 45, 46, 48, 50, 51.

Rekonstrukcyi zasadniczej poddałem ustrój Rady honorowej. Uczyniłem to na podstawie konferencji specjalnej, jaką odbyłem w lipcu r. b. z Wydziałem czyli Prezydium Izby zachodnio-galicyjskiej, a także z miarodajnymi sferami lekarskimi tamtejszemi.

W załączonym projekcie Rada honorowa, według projektu mego, stanowić ma oddzielny, samodzielny organ Izby lekarskiej, gdy dotychczas zadania i obowiązki Rady honorowej spełniał Wydział, czyli Prezydium Izby.

Według projektu mego, Rada honorowa obieralna jest na tych samych zasadach, co i Wydział czyli Prezydium, skład jej jednak proponuję powiększyć w stosunku do liczby członków Wydziału, pełniącego, według projektu, i czynności Rady honorowej. Według mego projektu, Rada honorowa ze względu, że może mieć jednocześnie parę, a nawet kilka spraw do rozpatrzenia i osądze-

nia, że członkowie jej mogą być delegowani do czynności badawczych, wreszcie, że w pewnych przypadkach urzędować może nie *in pleno*, lecz np. w komplecie 5-ciu członków, ale za to jednocześnie dwa takie komplety mogą być czynne, z tych względów—określam liczbę członków Rady honorowej na 12 i 6 zastępców, gdy dotychczas było ich 7-iu.

Zmieniłem także, rozszerzywszy atrybucyę, prawa Rady honorowej. Według projektu mego, Rada honorowa bywa czynna w przypadkach następujących:

a) w razie zachodzących między lekarzami, w Izbie reprezentowanymi, waśni i sporów, dotyczących się wykonywania ich zawodu;

b) w przypadkach osobistych sporów, zażaleń i skarg lekarzy między sobą lub przeciw sobie we wszystkich sprawach, nie należących do kompetencji władz odnośnych;

c) w przypadkach zatargów, nieporozumień i sporów pomiędzy lekarzami, w Izbie reprezentowanymi, a osobami, również instytucjami komunalnymi, społecznymi, wogóle zrzeszeniami, a zwłaszcza towarzystwami wzajemnej pomocy;

d) w przypadkach krzywdy, straty, wyrządzonej: a) przez osobę lub instytucyę, b) przez przedstawicieli władzy komunalnej lub rządowej lekarzowi lub lekarzom, w Izbie reprezentowanym.

Do § 57 dodałem uwagę następującą:

Uwaga: Obwinionemu przysługuje prawo przyprowadzić na sprawę swego męża zaufania, który udziela podczas rozpatrywania sprawy wyjaśnień.

W § 12 o karach, jakie Rada honorowa ma prawo wyznaczać, również wprowadziłem zmiany, mianowicie proponuję podwyższenie grzywnien do 3.000 mk., wzorując się co do tego na przepisach, obowiązujących dla Izby lekarskich w Saksonii (L. Rumpelt, *Sächsische Aerzteordnung*. Leipzig. 1904).

Dodałem także jako najwyższą karę wyjątkową, zawieszenie w czynności zawodowych, t. j. zabronienie przez Radę honorową Izby lekarskiej zajmowania się praktyką.

Zdaniem Wydziałów Izby, opartym na doświadczeniu wieloletnim, ten rodzaj kary nieodzownie wejść musi do ustawy Izby lekarskich, ponieważ są przypadki, że kary pieniężne, nawet bardzo wysokie, nie odnoszą skutku względem pewnych lekarzy, i Izba, wobec ich postępowania, sprzecznego z godnością stanu lekarskiego, bywa wprost bezradna. Najpospolitszym przykładem pod tym względem są, t. zw. lekarze anonsierzy, którzy nawet najwyższe kary pieniężne chętnie uważają jako kosztą „eksploatowania interesu“, t. j. praktyki swojej, które zawsze powetować można „na klijentach“.

Kary wymienione możnaby obostrzyć przez stosowanie, np. równocześnie grzywny i pozbawienia czynnego i biernego prawa wyborczego.

Wobec tego, że przewidywane są w projekcie kary bardzo wysokie, albowiem nawet zawieszenie w czynnościach zawodowych, t. j. pozbawienie prawa praktyki, wydaje się słusznym utworzenie od wyroków zapadłych instancji odwoławczej, niejako wyższej Rady honorowej, do której niezadowoleni z wyroku mieliby prawo zaskarżenia go.

Rolę instancji odwoławczej, według zdania mego, najodpowiedniej spełniaćby mogły Rady honorowe Izby w innych okręgach. Prawo wyboru Rady honorowej, jako instancji odwoławczej w każdym przypadku poszczególnym, sędzę, iż mogłoby przysługiwać Ministrowi Zdrowia Publicznego. Dla Rady honorowej, dajmy na to, Izby lekarskiej w Warszawie instancją odwoławczą bywałyby Rady honorowe Izby lekarskich, np. w Łodzi, Lublinie, Krakowie i t. d. i odwrotnie.

Przypominam, iż podobna procedura postępowania sądowego, jaką ja proponuję, istnieje także w organizacyi sądów konsystorskich kościoła katolickiego. Tam instancją odwoławczą bywa sąd przy konsystorzu innego biskupstwa, a nawet od wyroku, np. sądu przy konsystorzu metropolitalnym arcybiskupim w Warszawie odwołać się można do sądu przy konsystorzu biskupim w Lublinie.

Stosunek do władz państwowych, specjalnie Rady honorowej, wyposażonej w duże atrybuty władzy z zapewnieniem egzekutywy co do wydanych wyroków, musi być jeszcze szczegółowiej omówiony. Dla informacji dodaję, że stosunek ten, np. w Prusach do t. zw. sądów honorowych Izby lekarskich, jest następujący:

Ogólny nadzór państwowy nad czynnościami sądów honorowych (w Prusach) znajduje się w rękach nadprezydenta.

W postępowaniach karnych zastępuje go albo stały przez niego mianowany delegat, albo też specjalnie mianowany do każdego poszczególnego przypadku ¹⁾.

Przewodniczący Sądu honorowego ma obowiązek składania nadprezydentowi rocznego sprawozdania z czynności Sądu.

Tutaj dodam, że w Niemczech istnieje także Wydział Izby lekarskich, t. zw. *Aerztekammerausschuss*, którego organizacyę określa prawo z d. 6. I. 1896 r. Między innemi prawo określa w taki sposób zadania Wydziału wszystkich Izby lekarskich.

§ 1. Wydział Izby lekarskich składa się z delegatów poszczególnych Izby lekarskich. Każda Izba lekarska wybiera jednego delegata oraz jego zastępcę.

Siedzibą Wydziału jest Berlin.

Urząd członka Wydziału Izby lekarskich jest urzędem honorowym.

¹⁾ Celem takiego postanowienia jest normowanie ogólnego nadzoru państwowego nad czynnościami Sądu. Pod czynnościami sądu rozumie się prawidłowe przeprowadzanie wyborów i składu Sądu.

W razach formalnych wykroczeń przeciw tym przepisom, nadprezydent ma prawo poddać zbadaniu czynności i uchylić postanowienie. Również upoważniony jest on rozpatrzyć skargi, wniesione przeciw nieformalnemu prowadzeniu czynności Sądu.

Nadprezydentowi przysługuje również prawo żądania składania sprawozdań rocznych oraz przeglądania akt i ksiąg (Altman. *Aerztliche Ehrengerichte und ärztliche Standesorganisation in Preussen*. Berlin 1900).

§ 2. Wydział Izby Lekarskich jest pośrednikiem pomiędzy poszczególnymi Izbami a Ministrem Spraw Lekarskich, oraz jest pośrednikiem pomiędzy pojedynczymi Izbami.

W szczególności, do zadań Wydziału Izby Lekarskich należą:

1. Rozprawy nad przekazanymi przez Ministra projektami; w tym celu winien jest Wydział projekty te zakomunikować Izbie Lekarskiej dla obrad oraz uchwał. Wyniki obrad, po odpowiednim zestawieniu, winny być przedstawione Ministrowi z załączeniem wniosków i motywów.

2. Obrady nad zgłoszonymi przez poszczególne Izby wnioskami, lub wnioskami członków Wydziału Izby Lekarskich; wnioski te obowiązany jest Wydział zakomunikować dla obrad poszczególnym Izbie Lekarskiej.

Po powzięciu uchwał przez Izby, Wydział obowiązany jest zadecydować sprawę w myśl większości opinii, a Izbie decyzję swą zakomunikować. Kompetencja Izby Lekarskiej nie jest ograniczona przez Wydział Izby Lekarskiej. Patrz: O. Rapmund u. E. Dietrich. *Arztliche Rechts- und Gesetzeskunde*. II B. Leipzig 1913).

W końcu dodam, że w Królestwie Polskim (dawnym Kongresowym), zdaniem mojem, odrazu wypadnie zaprowadzić parę Izby Lekarskich, stosownie do liczby zamieszkałych lekarzy w danej części Królestwa, a także charakteru praktyki, również w zależności oddalenia od centrów wielkomiejskich.

Proponowałbym Izby lekarskie oddzielne z siedzibami: w Warszawie, w Lublinie, w Łodzi, w Sosnowcu i może w Suwałkach.

Przegląd bibliograficzny.

J. Szmurło. Gruźlica krtani, gardła i nosa w świetle własnych spostrzeżeń (studium kliniczne). str. 82. Wydawnictwo Odczytów Klinicznych Gazety Lekarskiej (Z. 256, 7, 8) r. 1918).

Bezspornie gruźlica, czyli tak zwane suchoty krtaniowe, stanowią nie tylko jedno z najczęstszych ((przeszło 30%), lecz zarazem najcięższych powikłań suchot. Powikłanie to ze względu na ciężki przebieg, chwilę, w których chory i jego otoczenie popadają w rozpacz, nabierającą aż dramatycznego charakteru, winno być poznane dokładnie przez każdego lekarza praktyka nie tylko pod względem symptomatologicznym, lecz i terapeutycznym, gdyż na szczęście usilna praca lekarzy w ciągu kilku dziesiątków lat ostatnich zmieniła radykalnie pogląd o nieuleczalności sprawy, obaliła tem samem nihilizm terapeutyczny, wykazawszy, że w pewnym, dużym odsetku przypadków, cięższa niemoc albo da się usunąć w zupełności, lub też wstrzymać w rozwoju na mniej lub więcej długi przeciąg czasu, lub wreszcie w przypadkach rozpaczliwych, można będzie ułagodzić znakomicie ciężkie objawy choroby. To też i słusznie choroba powyższa od wieków, a szczególnie z chwilą wynalezienia laryngoskopu, stała się ulubionym tematem badań najpierwszych powag na polu medycyny wewnętrznej, laryngologii i chirurgii, a z dumą powiedzieć możemy, że my, Polacy, w tej dziedzinie wiedzy odegraliśmy jedną z ról prawie pierwszorzędnych, gdyż nasi badacze przyczynili się w wysokim stopniu nie tylko do rozwoju patologii, lecz kliniki i terapii tego cierpienia. I słusznie też uczynił kol. Szmurło, gdy sprawie tej poświęcił obszernie studium, oparte na własnym dużym materiale klinicznym (333 przypadki), który opracował wszechstronnie, zestawiał prace i poglądy dawniejszych autorów w świetle nowoczesnej krytyki, uzupełnił je licznymi spostrzeżeniami swymi tak w dziedzinie ana-

tomii patologicznej, jak symptomatologii i terapii.

Praca rozpada się na kilka działów. W dziale pierwszym, poświęconym gruźlicy krtani, autor rozbiera przedewszystkiem dane statystyczne różnych autorów, dodając na końcu statystyczne wnioski, oparte na swoim własnym materiale (250 przyp.). Aczkolwiek jest rzeczą wysoce pożyteczną rozbierać etiologię danego cierpienia na gruncie rodzimym, co ma niepoślednie znaczenie pod względem nie tylko lekarskim, lecz i ogólnie społecznym, to jednakże wnioski z tego rodzaju badań muszą być oparte na bardzo dużym i wszechstronnym materiale, inaczej wnioski nie będą zgodne z rzeczywistością a często nawet paradoksalne, czego właśnie autor się nie ustrzegł, materiał jego bowiem, pochodzący z lecznicy prywatnej, chorych względnie zamożniejszych, wykazuje np. że największy procent chorych dostarczało gospodarstwo domowe (72, patęj biurowość (31) podczas gdy wyrobników reprezentowało zaledwie kilku chorych. Stąd też i wniosek autora: „da się to wytłumaczyć tem, że ludność naszego kraju jest przeważnie rolnicza” — nie jest zdaniem naszym słuszny gdyż odnośna statystyka, robiona np. w szpitalach, wykazuje, że większość chorych, dotkniętych suchotami krtaniowymi rekrutuje się głównie z pośród wyrobników i to przeważnie miejskich, lub rzemieślników, więc jedynie zestawienie różnorodnych materiałów mogłoby oświecić tę wielce doniosłą kwestję. To samo da się powiedzieć i o próbie autora obliczenia stosunku procentowego gruźlicy krtaniowej do różnych okresów suchot płucnych, i tutaj liczby autora, oparte na chorych przeważnie lecznicowych przedstawiają się inaczej, aniżeli materiał szpitalny, próby jednakże statystyki autora w tym kierunku są cenne, aczkolwiek oparte na zbyt małym materiale, np. jak to na miejsce z okresem przedwstępnym suchot (8 przyp.). Dalsze rozdziały są po-

święcone rozbiorowi szczegółowej symptomatologii suchot krtaniowych. Rozbiera więc kolejno autor szczegółowo: zaburzenia w głosie, kaszel, ból przy łykaniu, duszność i t. p. Dział ten, aczkolwiek krótki, jest opracowany doskonale. Następnie poświęca autor dużo stosunkowo miejsca różnorodnym postaciom suchot krtaniowych, ilustrując je doskonałymi opisami i rysunkami, niestety, tylko drzeworytowymi. Sprawy owrzodzeń opisane są wyczerpująco nie tylko pod względem symptomatologicznym, lecz i rozpoznawczym. W tym punkcie jednak pozwoliłbym sobie na uwagę, że porównanie postaci nacieków przewlekłej, ograniczonej do tylnej ścian i strun fałszywych—z włóknistą postacią sułeczkową płucnych, nie jest zbyt odpowiednie. Włóknista bowiem postać suchot płucnych jest sprawą miejscową, bardzo przewlekłą, ograniczoną najczęściej do jednego tylko szczytu, tymczasem naciekowa postać gruźlicy krtani jest już sprawą wtórną, a różnica jej od zwykłych owrzodzeń polega tylko na powolniejszym przebiegu i wytworzeniu tkanki włóknistej, i kończy się ostatecznie w ogromnej większości przypadków — fatalnie. podczas gdy włóknista postać suchot płucnych, jako sprawa pierwotna i miejscowa, przeważnie najczęściej kończy się pomyślnie zupełnym zablężnieniem, lub trwaniem sprawy w okresie stacyonarnym lata, a nawet dziesiątki lat.

W rozdziale tym znajdujemy również przytoczone ciekawe i ważne anatomopatologiczne badanie mikroskopowe wyciętych kawałeczków krtani w przypadkach wahającego się rozpoznania między gruźlicą a przymiotem krtani.

W rozdziale o rokowaniu, opracowanym również gruntownie, porusza autor szczegółowo sprawę wielce doniosłą stosunku gruźlicy krtani do ciąży, i ilustruje kwestję opisem wielce interesujących przypadków, ukończonych, pomimo ciąży, pomyślnie, czyni słuszną uwagę, że sprawa ta jest jeszcze niepełna, sporna, i wymaga specjalnego zbadania w tym kierunku.

Obszerny rozdział, i to zupełnie poświęcił autor szczegółowemu rozbiorowi sprawy leczenia suchot, do której, jako wstęp posłużyły mu dane, zaczerpnięte z literatury i praktyki, które dowiodły wyleczalności gruźlicy krtani. Słusznie więc autor rozbiera przede wszystkim warunki danego organizmu i charakter zmian w krtani tych przypadków, w których to szczęśliwe zejście może być urzeczywistnione. Rozbiera więc kolejno leczenie

ogólne, a dalej różnorodne metody miejscowego leczenia i środki w tym celu stosowane. Wszystko to opiera na własnym doświadczeniu, ilustrowanem licznymi kazuistycznymi opisami, omawia obszerniej różne metody chirurgicznego leczenia przy pomocy wyskrobywania, galwanokaustyki, tracheotomii, laryngofisury i innych. Do użycia każdej z tych metod podaje właściwe wskazania. Wreszcie podaje wskazówki miejscowego leczenia w rozpaczliwych przypadkach, mających na celu tak wysoce ważną i humanitarną zasadę eutanazji. Rozdział ten wogóle jest opracowany wybornie, a wieje z niego nawskroś obszerne doświadczenie i zmysł krytyczny autora.

Wreszcie 2 rozdziały końcowe poświęcone są szczegółowemu omówieniu gruźlicy gardła i nosa t. j. powikłań ciężkich, lecz o wiele rzadszych, aniżeli gruźlica krtani. I te rozdziały pisane są dokładnie pod względem symptomatologicznym i terapeutycznym, oparte na licznych własnych spostrzeżeniach autora. W rozdziale o gruźlicy nosa opisuje autor ciekawe przypadki guzów gruźliczych jamy nosowej. Jeden z nich dotyczył kobiety 83-letniej, która do roku przed zachorowaniem czuła się zupełnie zdrową. Guz umiejscowiony był na lewej, przegrodzie nosowej, osadzony na szerokiej podstawie, robił wrażenie nowotworu złośliwego, wywołując zatkanie nosa i ból. Wycięty kawałek wykazał typową budowę tkanki gruźliczej. Odnośnie wilka nosa—podzielał zupełnie zdanie autora, że jakkolwiek badanie histologiczne nie wykrywa zasadniczej różnicy w budowie tkanki zmienionej pod wpływem gruźlicy i wilka, to w przebiegu obu tych spraw istnieje klinicznie wielka różnica i należy je rozróżniać stale klinicznie.

Taka jest bogata w treść praca monograficzna doktora Szmurły, a mimo pewnych poglądów, na które, jak to wykazałem, nie mógłbym się zgodzić z autorem i niektórych drobnych usterek, właściwych każdej pracy, napisaniem tej monografii autor przysłużył się prawdziwie społeczeństwu lekarskiemu. A praca jego z wielkim pożytkiem i korzyścią przestudyowana być winna przez studentów medycyny i lekarzy praktyków. Pisana jest przytem barwnie, językiem czystym z przytoczeniem obszernej literatury zagranicznej i z uwzględnieniem przede wszystkim naszej literatury, co również policzyć należy autorowi, jako prawdziwą zasługę.

Prof. A. Sokołowski.

Wiadomości bieżące.

— W pismach codziennych ukazało się w dziele ogłoszeń wezwanie bezimienne do lekarzy ze wszystkich dzielnic polskich na Zjazd ogólny w Warszawie w dniu 22 b. m. Celem Zjazdu miałyby być utworzenie u nas Związku zawodowego lekarzy i ustalenie stosunku projektowanego Związku do istniejących zrzeszeń lekarskich oraz do t. zw. Rad inteligencji. Pomijamy samą formę wezwania: przemawiając do ogółu lekarskiego w Polsce, wypadało chyba przedstawić przynajmniej z nazwiska komitet organizacyjny Zjazdu.

Na większe atoli zastrzeżenia i silniejszy protest zasługuje doprawdy sam pomysł Zjazdu. Na punkcie organizacji zawodu lekarskiego, Polska nie jest już wszakże pustynią. Lekarze polscy—wiedzieć o tem powinni inicjatorzy Zjazdu—zdobyli się oddawna na organizację zawodową, na gruncie której mają wszelką możność obrony swoich interesów zawodowych. Stworzyli zdawna — w najcięższym okresie ucisku rosyjskiego — organizację lepszą, głębszą, szlachetniejszą od Związków zawodowych rosyjskich, których typ upodobali sobie i pragną nam narzucić inicjatorzy Zjazdu. Poza słabym kitem wspólności interesów materialnych, związaliśmy się przed laty—w Stowarzyszenie lekarzy polskich—jeszcze wspólnością dążeń i celów społeczno-lekarskich i w tym zakresie mamy poza sobą lata pracy nieraz wydanej i owocnej. Jeżeli chwila bieżąca czy czas najbliższy postawi przed nami nowe zadania, dostosujemy do nich typ organizacyjny naszej instytucji zawodowej, ulepszymy go w myśl uświadomienia naszego pokolenia, lecz w żadnym razie nie przekreślimy dorobku kulturalnego lat dawniejszych i nie obniżymy jego poziomu do wzorów wschodnich.

Jeżeli mimo wszystko inicjatorzy Związku wytrwają przy swym projekcie, wierzymy niezłomnie, że ogół lekarski polski nie da mu swego poparcia i że bezkształtna i sucha organizacja ich, powstająca jako odgłos wschodniego zamętu, sta-

nie się conajmniej orędziem i terenem walk partyjnych, lecz nigdy dorobkiem postępu opartego na polskiej tradycji.

— Na kierownika Ministerstwa Zdrowia publicznego powołany został ponownie kol. Witold Chodźko, nie jako minister, gdyż tego stanowiska kol. Ch. przyjąć nie chciał, lecz w charakterze zastępcy ministra, z tytułem podsekretarza stanu.

le. — Wydział powiatowy Sejmiku Dąbrowskiego łasza, że gmina Niwka przyznała lekarzowi, który osiedli się w Niwce (kopalnia węgla), zasiłek w ciągu sześciu miesięcy po 500 koron miesięcznie i po 100 koron na mieszkaniu. Zgłoszenia kierować należy do wydziału sejmikowego.

— Magistrat m. Warszawy ogłasza konkurs na stanowisko lekarza naczelnego szpitala Przemienienia Pańskiego na Pradze. Podania składać należy do wydziału szpitalnictwa (Jasna № 1) do d. 27 b. m.

NEKROLOGIA.

— **Zmarli:** Dr Józef Bogdanik b. dyrektor szpitala w Białej (w Galicyi) i b. prymaryusz krakowskiego szpitala św. Łazarza, autor licznych prac z zakresu chirurgii, zmarł w Krakowie, w 64 roku życia.

Dr Stefan Kotermanowicz, pomocnik lekarza powiatu warszawskiego, zmarł w Warszawie d. 3 b. m. w wieku lat 35.

N A D E S Ł A N O.

- 1) Marta Erlichówna i Karol Jonscher. Z hematologii dziecięcej. Praca nagrodzona na konkursie im. W. Koczorowskiego. Warszawa, 1918.
- 2) Zadania Wydziału Opieki państwowej nad dzieckiem i matka, opracował dr Władysław Szenajch, nacz. w Pł. Wydawn. Wydz. Op. Państw. nad Dzieckiem i matką, № 5.

TREŚĆ NUMERU.

	Str.		Str.
Władysław Janowski. Prawidłowe tołmactwo i prawidłowa nazwa części składowych normalnej krzywej żylniej w świetle współczesnych pojęć o ich powstawaniu	425	stwie Polskiem	430
Odcinek. Józef Jaworski. Motywy do projektu Ustawy o Izbach Lekarskich w Pań-		<i>Przegląd bibliograficzny.</i> J. Szmurło. Gruźlica krtani, gardła i nosa w świetle własnych spostrzeżeń. Oceniał A. Sokołowski.	434
		<i>Wiadomości bieżące.</i>	436
		<i>Nekrologia.</i>	436

Redaktorzy: Dr A. Puławski i Dr W. Starkiewicz. Wydawca: Dr W. Szumlański.

Adres Redakcji i Administracji: Marszałkowska 73
Administracja otwarta w dni powszednie od 5^{1/2} do 7-ej.

Autorzy i sprawozdawcy proszeni są o nadsyłanie rękopisów czytelnych, pisanych bądź ręcznie, bądź na maszynie po jednej stronie papieru i z pozostawieniem marginesu.

WARUNKI PRENUMERATY „GAZETY LEKARSKIEJ”

Gazeta Lekarska w Warszawie rocznie Mk. 36, półrocznie Mk. 18; na prowincyi i za granicą: rocznie Mk. 40, półrocznie M. 20. Cena numeru pojedynczego 1 m. 50 fen.

CENA OGŁOSZEŃ w Gazecie za wiersz dwuszpaltowy, drobnem pismem na stronie pierwszej i ostatniej M. 1.75 na stronach wewnętrznych okładki M. 1.50.

Ogłoszenia przyjmują: Administracja Gazety Lekarskiej, Biuro Ungra, Wierzbowa 8. Dom Handlowy L. i E. Metzl i Ska Marszałkowska 130, Rudolf Mosse — Marszałkowska 124.

Odbito czeionkami Drukarni Krajowej (W. Krawczyński, E. Egert i J. Więclawski). Żelazna 89. Tel. 188-70.

Wydawnictwa Gazety Lekarskiej.

Podręcznik położnictwa dla lekarzy i studentów

C. VOGEL 'A

w tłumaczeniu Popiela i Zweigbauma
z 214 rysunkami w tekście.

Cena 10 ark. 10.

Przepisy higieniczne w chorobach zakaźnych

przekład odczytu prof. A. Dieudonné'go.

Cena m. 1.50.

**O wpływie hamującym niektórych środków chemicznych na
rozwój laseczników gruźliczych na podłożu sztucznym.**

Przez Leona Karwackiego i Stanisława Biernackiego.

Cena m. 2.

Pisma z dziedziny nauk lekarskich

przez dra med. H. Nusbauera.

Cena m. 6.25.

Dyagnostyka chirurgiczna

przez dra Rana Jasińskiego.

ena m. 7.50.

Dla prenumeratorów Gazety Lekarskiej i dla studentów cena niższa m. 4.

Choroby serca

przez prof. Oskara Widmanna.

Cena m. 7.50.

Dla prenumeratorów i studentów m. 4.

PSYCHIATRYA

przez dra Rothego.

Cena m. 4.50. Dla prenumeratorów i studentów m. 2.50.

Do nabycia w Administracji Gazety Lekarskiej i w księgarniach. Po cenie niższej nabywać można tylko w Administracji.

Wydawnictwo „Gazety Lekarskiej“.

Odczyty Kliniczne

Seryn XX.

- № 1, 2, 3. **Seweryn Sterling.** Postaci kliniczne suchot płucnych.
 № 4, 5, 6. **W. Gajkiewicz.** O objawach przedsionkowych (westybularnych) i ich znaczeniu fizyologicznem i patologicznem (z 13 rysunkami i 2 tablicami).
 № 7, 8. **Józef Jaworski.** Cięża i gruźlica oraz wzajemny ich stosunek.
 № 9. **Alfred Sokołowski.** Serce a płuc, ich wzajemny stosunek w sprawach patologicznych.
 № 10, 11, 12. **A. Puławski.** O chorobie Basedowa.

Cena zeszytu pojedynczego m. 1.

Cena seryi składającej się z 12 zeszytów m. 10.

Nabywać można w Administracyi Gazety Lekarskiej i we wszystkich księgarniach.

Skład główny w księgarni GEBETHNERA i WOLFFA.

WYDAWNICTWO GAZETY LEKARSKIEJ.

Świeżo wydano:

FELIKS ERB CH.

Zwężenia tchawicy i oskrzeli głównych

ilustrowane 30 rysunkami w tekście i 7-a tablicami kolorowymi.

Cena 8 mk.

Nakład autora. Skład główny w księgarni Gebethnera i Wolffa —
 Warszawa, Lublin, Łódź.

Nabywać można we wszystkich księgarniach i w Administracyi Gazety
 Lekarskiej.