



GAZETA LEKARSKA

· PISMO TYGODNIOWE ·

POŚWIĘCONE WSZYSTKIM GAŁĘZIOM WMIĘ-
TNOŚCI LEKARSKICH.

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

Adres Redakcyi i Administracyi — Marszałkowska 73.
Telefon 26-79.

Ogólnego zbioru N^o 2782.

Do WP. Lekarzy wolnopraktykujących.

Wydział zdrowia publicznego zawiadamia pp. lekarzy, iż do czasu uregulowania sprawy przez pocztę miejską zawiadomienia o chorobach zakaźnych mogą wręczać każdemu posterunkowemu.

Posterunkowi posiadają specjalne kwitariusze do poświadczania z odbioru zawiadomienia.

Ministerstwo Zdrowia Publicznego

ogłasza niniejszym konkurs na wakującą posadę

lekarza zdrojowego w Ciechocinku

z pensją 1200 mar. miesięcznie (mieszkanie, opał, światło).

Szczegółów co do warunków i obowiązków lekarza zdrojowego udziela Wydział Zdrojowisk i Uzdrowisk Ministerstwa Zdrowia Publicznego (Korpus Kadetów) w godzinach od 12 — 3 pp.; tamże należy składać podania (załączając curriculum vitae) do dnia 10-go kwietnia r. b.

„Zadanie racjonalnego leczenia fosforem rozstrzygnięte zostało dopiero z wykryciem phytiny“

Prof. Gilbert.



PHYTINA

wydzielony z nasion pierwiastek fosforowy, zawierający w przybliżeniu 22% zupełnie przyswajalnego, nieszkodliwego fosforu w związku organicznym. Główny materiał rezerwowy roślin. Pobudza łaknienie, polepsza stan krwioobiegu, zwiększa wagę ciała.

W wysokim stopniu pobudza wymianę materyi.



Znak ochronny.

WSKAZANIA:

Upośledzone odżywianie, zolzy, krzywica, gruźlica, blednica, niedokrwistość. Choroby nerwów. Bezsenna nerwowa neurastenia (m. i. neurastenia płciowa). Rekonwalescencya, karmienie piersią. Upośledzony lub nadmierny rozwój dzieci.
Rp. Phytini scat. orig. unam. (Pud. oryg. zawiera 40 kaps.).

Dla chorych niezamożnych, szpitali etc. poleca się
PHYTINUM LIQUIDUM Rp. Phytini liquidum lag. orig.
Zawartość flakonu wystarcza w przybliżeniu na 6-dniowe leczenie dorosłego.
Pabianickie Towarzystwo Akcyjne Przemysłu Chemicznego
w Pabianicach, ziemi Piotrkowskiej.

Próby na każde żądanie gratis i franko.

ALFONS MANN

Firma egzystuje od **1819 r.**

Fabryka narzędzi chirurgicznych
Warszawa — Plac Małachowskiego 2 (róg Traugutta).

(Fabryka — Marszałkowska 11|13).

Poleca: wszelkie narzędzia chirurgiczne i ginekologiczne, przybory i aparaty lekarskie i pomoce lecznicze.

Wykonywa zamówienia podług modeli i rysunków.

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. lekarzy 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.

KSIEGARNIA E. WENDE i S-ka w Warszawie. Krakowskie Przedmieście 9
 poleca jako nowość na czasie:

Dr med. i fil. **STEFAN STERLING - OKUNIEWSKI**

== **DUR WYSYPKOWY** ==

(tyfus plamisty).

Stron 230, z 70 rysunkami w tekście.

Cena Mk 8.

Wydawnictwo „Gazety Lekarskiej”.

Odczyty Kliniczne

Serya XXI.

- Nr 1. **A. Sokołowski.** O rozpoznawaniu złośliwych nowotworów płuc i o płucnej.
- Nr 2, 3, 4. **B. Dębiński.** Znaczenie odmy piersiowej sztucznej w leczeniu gruźlicy płucnej.
- Nr 5, 6. **L. Karwacki.** O leczeniu przyczynowem duru brzuszego.
- Nr 7, 8, 9. **Doc. J. Pruszyński.** Anafilaksja. I. Określenie anafilaksyi. Anafilaksja doświadczalna. II. Zjawiska kliniczne anafilaksyi. Teorya anafilaksyi.
- Nr 10. **Ludwik Zembrzusi.** O znieczulaniu ogólnem i miejscowem u dzieci.
- Nr 11, 12. **M. Michałowicz.** Biologiczne własności mleka i ich znaczenie dla odżywiania niemowląt. W świetle badań współczesnych.

Cena zeszytu pojedynczego m. 1.

Cena seryi składającej się z 12 zeszytów m. 10.

Nabywać można w Administracji Gazety Lekarskiej i we wszystkich księgarniach.

Skład główny w księgarni **GEBETHNERA i WOLFFA**.



GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE.

POŚWIĘCONE WSZYSTKIM GAŁĘZIOM WMIĘJ-
TNOŚCI LEKARSKICH.

Diećdziesiąt
lecie dyugie-

Warszawa, d. 29 marca 1919 r.

Ogólnego zbioru № 2782

Z CZASOWEGO SZPITALA MIEJSKIEGO PODLEŚNA 15, W ŁODZI.

Niezwykły przypadek podjęzykowej torbieli skórzastej.

podał

Aleksander Kummant
ordynator szpitala.

Aczkolwiek torbiele skórzaste, umieszczone pod językiem, nie należą do nadzwyczajnych rzadkości, to jednak przypadek spostrzegany przezemnie doszedł do takich rozmiarów, iż zasługuje na pewną uwagę.

Robotnica polna, Katarzyna S., 60 lat, została przyjęta na oddział chirurg. czasowego szpitala miejskiego w Łodzi, Podleśna 15, dnia 25-VII 1918 r.

Wywiady: Rodzice chorej zmarli w starości. Rodzeństwo zdrowe.

Chora jest niezamężna i nigdy nie zachodziła w ciążę. Prócz obecnej żadnych chorób nigdy nie przechodziła.

Już w 20 roku życia zauważyła mały, wielkości orzecha laskowego guzek pod językiem pośrodku. Guzek ten początkowo powiększał się bardzo wolno, tak iż jeszcze trzy lata temu nie był większy od orzecha włoskiego, pozwalając chorej swobodnie jeść, mówić i oddychać. Dwa lata temu guz miał już rzekomo wielkość jaja kurzego, a w ciągu ostatniego roku guz rozwijał się bardzo szybko aż do wielkości dużej pięści, tak iż chora nie może zamknąć ust, nie może mówić, nie może jeść i tylko z trudnością wlewa sobie za pomocą łyżki do ust płyny. Oddech od dłuższego czasu również jest utrudniony i przez szeroko otwarte usta wciąż wycieka nazewnątrz ślina. Przed wstąpieniem do szpitala poszła do spowiedzi licząc się ze śmiercią przy operacji, komunii jednak przyjąć nie mogła z powodu niemożności połykania.

Stan podczas przyjęcia: Kobieta średniego wzrostu i budowy w upośledzonym stanie odżywiania.

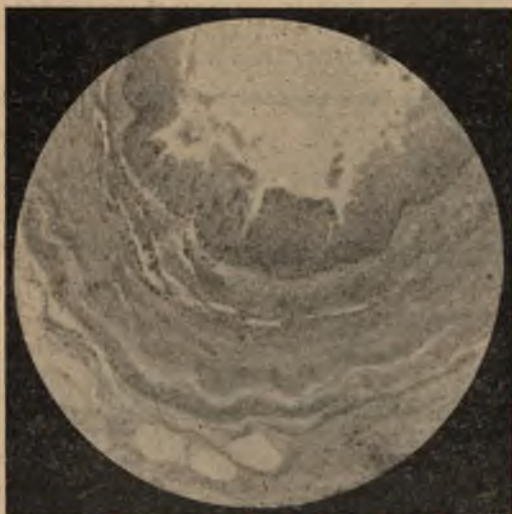
Organy wewnętrzne nie wykazują żadnych poważniejszych zmian chorobnych.

Szpara ust szeroko rozwarta, wargi rozciągnięte, a przez nie wychodzi nazewnątrz kulisty o gładkiej powierzchni guz wielkości $\frac{1}{2}$ pomarańczy.



Przy obmacywaniu guz ten daje chęłbotanie, leży pod językiem, tak że język przyciśnięty jest

do podniebienia i zarazem odsunięty w głąb gardzieli, ku dołowi guz ten leży pod brodą, wypełniając trigonum submentale pomiędzy ramionami poziomemi szczęki dolnej od podbródka aż do kości gnykowej. Mięśnie dna jamy ustnej uległy wskutek ucisku zanikowi, tak że guz zdaje się leżeć tutaj tuż pod skórą. Guz jest wielkości dużej męskiej pięści.



27-VII-18 operacja. Znieczulenie miejscowe 1/2 0/0 nowokainą. Wyłuszczenie guza przez usta z otoczenia bardzo łatwe, guz jednak jest zbyt du-

ży, aby go można wydostać w całości z jamy ustnej przez otwór ustny, tak że przy forsownem wyciąganiu ściana torbieli uległa naddarciu i po wypuszczeniu części zawartości o konsystencji maści, usunięto torbiel z łatwością.

Część śluzówki wycięto, dużą jamę pozostałą po guzie wytamponowano; częściowe zeszcycie śluzówki struną.

Przebieg pooperacyjny bez powikłań, bóle głowy ustały zaraz na drugi dzień zupełnie. Po trzech tygodniach rana w ustach zagojona zupełnie, chora może mówić, jeść i oddychać swobodnie. Twarz chorej zmieniła się nie do poznania, na wargach poprzednio nadmiernie rozciągniętych wytwarza się mnóstwo zmarszczek, tak iż chora prosi o ofiarowanie jej jednej fotografii do paszportu, ponieważ fotografia przed operacją jest zupełnie niepodobna do zdjęcia po operacji.

Badanie anatomopatologiczne drobnowidzowe potwierdziło w zupełności rozpoznanie kliniczne: ściana torbieli wysłana jest płaskim wielowarstwowym nabłonkiem, którego cienka warstwa wewnętrzna jest zrogowaciała. Nazewnątrz od nabłonka leży dość gruba warstwa tkanki łącznej sprężystej, a jeszcze bardziej nazewnątrz tkanka łączna luźna i włókna mięsne. Twór więc, z którym mieliśmy do czynienia, jest torbielą skórzastą.

W piśmiennictwie podobny do mojego przypadek podał v. Tappeiner¹⁾.

Z INSTYTUTU TRAUMATOLOGICZNEGO W MOSKWIE.

Przyczynki do neurologii wojennej

podał

Z. Bychowski,

b. st. ordynator Instytutu.

(Dokończenie—patrz № 12).

Wobec tego zasługuje na uwagę następująca tabliczka, odnosząca się do moich chorych czaszkowych bez napadów drgawkowych. Od czasu otrzymania rany do września 1917 r. rzeszło

u 6-u chorych	—	mniej więcej 6 mies.
„ 8	„	mniej niż 1 rok
„ 8	„	więcej niż 1 rok
„ 5	„	koło 2-ch l.

Z tych liczb w porównaniu z liczbami pierwszej tabliczki wynika, że pierwsi 14 nie są bynajmniej jeszcze zabezpieczeni na przyszłość od napadów drgawkowych. Lepsze są pod tym względem horoskopy następnych 13 chorych, jakkolwiek z zupełną stanowczością ich także nie można uważać za zupełnie

zabezpieczonych. Widzieliśmy však, że i po 2-ch latach jeszcze napady się zjawiają, a kazuistyka z czasów pokojowych mówi nawet o kilku i kilkunastu latach. Z tego punktu widzenia należy się nawet obawiać, że otrzymany przeze mnie odsetek będzie się z biegiem czasu jeszcze powiększał.

Dla dalszej orientacji w tej sprawie byłoby ciekawem uprzytomnić sobie ogólną liczbę rannych w czaszkę podczas wojny. Co do wojny obecnej żadnych danych jeszcze niema. Co się tyczy poprzednich to dla wojny ros.-japońskiej Holbeck ją oblicza na 4,90%

¹⁾ Medizinischer Verein zu Greifswald 1911 v. Toppeiner: „Faustgrosses Dermoid der regio submentalis“ Deutsche Medizin. Wochenschr. 1912.

ogólnej liczby rannych, Rozanow (cyt. przez Holbecka)—5,4%. Prusko-franc. wojna 1870 r. dała według Hildebrandta (cyt. przez Holbecka) 10,4% u Niemców i 11,7% u Francuzów. Przypuszczam, że wojna obecna da też znaczną liczbę rannych czaszkowych, prawdopodobnie więcej niż ros.-japońska. Chirurgia czaszki i mózgu była na obecnej wojnie bardzo popularna zwłaszcza w 15-m i następnych latach. Bitwy często odbywały się w bliskości dużych miast z dobrymi szpitalami chirurgicznymi. Wielu ciężko rannych więc zostało prawdopodobnie uratowanych.

Spotykamy wszak teraz chorych z takimi ranami czaszki, które za czasów Bergmana jeszcze uchodziły za bezwzględnie śmiertelne, jak na przykład poprzeczne rany przez obie półkule, duże ropnie i wypadnięcia (prolapsus) mózgu i t. p. Jeżeli więc przyjmujemy ogólną liczbę rannych w czaszkę w wojnie obecnej mniej więcej na 5%, to odsetek dotkniętych już drgawkami albo zostających pod ich groźbą będzie przynajmniej 1,5%. Ażeby sobie uprzytomnić istotną liczbę tej kategorii chorych trzeba dodać, że według danych oficjalnych ogólna liczba rannych w ros. armii wynosi 4 mil. Otrzymuje się wprost monstrualna liczba 60 tys. kandydatów na padaczkę.

I powstaje, ma się rozumieć, pytanie, czy nie można w jakikolwiek sposób wpłynąć na złagodzenie tej strasznej klęski.

Pod względem profilaktycznym byłoby oczywiście bardzo ważnem, gdyby wogóle można było zmniejszyć liczbę rannych w czaszkę. Według obliczeń statystycznych w poprzednich wojnach przeszło połowa trupów, zostająca na polu bitwy, są to ranni w czaszkę. Następnie z pośród rannych, umierających w przeciągu pierwszych kilkunastu dni po otrzymaniu rany, zajmująca nas kategoria chorych stanowi mniej więcej połowę. Razem więc wzięwszy, trzy czwarte bezpośrednich w najściślejszym tego znaczeniu ofiar wojny są ranni w czaszkę. Oczywiście, że jakakolwiek ochrona czaszki od kuli nieprzyjacielskiej byłaby niemiernie doniosła. Dużo nadziei w niektórych armiach pokładano pod tym względem na kaski, które częściowo zaczęto wprowadzać i w armii ros. w końcu 16 r. Osobistego doświadczenia w tym kierunku nie posiadam. Na jednym z połączonych posiedzeń paryskiego tow. chirurgicznego i neurologicznego sprawą kasków była przedmiotem szczegółowej dyskusji. Głosy były bardzo podzielone. Obok pełnych entuzjazmu były też głosy powściągliwe, nawet

wprost sceptyczne. Wskazywano, że w pewnych okolicznościach obecność kasku pogarsza nawet następstwa rany czaszki. Zwróciłem się w tej sprawie do jednego w sztuce wojskowej zamiłowanego i doświadczonego pułkownika, który pracował na froncie i w którego oddziale wielu było zaopatrzonych w kaski. Pułkownik twierdził, że o ile strzały padają z dalekiego dystansu (1500 kroków i więcej) kask w pewnym stopniu zabezpiecza głowę. Widział wypadki, gdzie kula spowodowała wstrząśnięcie w kasku zupełnie bez uszkodzenia głowy. Gdyby kasku nie było, głowa prawdopodobnie zostałaby zraniona. Natomiast przy strzelaniu na bliskim dystansie (500 kroków i mniej) kask od uderzenia kulą lub odłamkiem często pęka i wklinowuje się w czaszkę, co znacznie pogarsza wynik rany. Tacy ranni zostają już na polu bitwy. Naogół mój interlokutor sądził, że dzięki kaskom zostaje więcej trupów na miejscu, ale natomiast jest też więcej „lekko rannych” albo zupełnie nie tkniętych. Starzy chirurdzy połowi oddawna zwracali uwagę na to, żeby głowy żołnierzy były zupełnie krótko strzyżone. Jest nawet aforyzm, że ładna fryzura jest niebezpieczna dla głowy.

Przechodząc do profilaktyki w ścisłym znaczeniu pozwalam sobie przypomnieć ostrzeżenie Hipokratesa: *Nullum capitis vulnus contemnendum est*. Nie wolno lekceważyć żadnej rany głowy... Należy zawsze pamiętać, że każda napozór zupełnie nieznaczna rana głowy może dać bardzo ciężkie powikłania. Nawet przy widocznym zadrażnieniu tylko miękkich części nie wykluczone są bardzo smutne niespodzianki, jak pęknięcie kości, zwłaszcza wewnętrznej blaszki (*lamina vitrea*), pod- i oponowe krwiaki, jak to zresztą dostatecznie wiemy z praktyki pokojowej¹⁾. Każdy taki ranny powinien więc być dokładnie zbadany (przy zupełnie ogolonej głowie!) przez chirurga i neurologa. A wobec tego, że na pierwszym punkcie opatrunkowym o dokładnym zbadaniu nie może być mowy, należy wszystkich tych chorych po zajodynowaniu i nałożeniu opatrunku natychmiast ewakuować do specjalnych szpitali chirurgicznonewrowych, zaopatrzonych między innymi w dobre aparaty rentgenowskie. Uważam bowiem, że każdego rannego w głowę należy bezwarunkowo rentgenować. Zdarzało mi się widzieć chorych, o których można stanowczo twierdzić, że

¹⁾ Por. Bychowski. Dwa przypadki krwiaka podoponowego (haematoma subdurale). Medycyna i Kronika lekarska 1913.

przebieg ich cierpienia byłby znacznie łagodniejszy, gdyby chirurg przystępujący do pierwszej trepanacji miał przed oczyma dokładne zdjęcie rentgenowskie. Uniknęliby prawdopodobnie drugiej i trzeciej trepanacji. Tembardziej, że doświadczenie pokazało, że transport świeżo operowanych rannych czaszkowych jest połączony dla nich z większym niebezpieczeństwem, niż transport przed operacją. Takie same stanowisko zajęli francuscy neurologowie i chirurdzy na ogólnym zjeździe w Paryżu. Z dostępnej mi niemieckiej literatury przekonywam się teraz, że takąż tendencja — operowania rannych czaszkowych dopiero w szpitalach tyłowych — panuje wśród niemieckich wojskowych lekarzy¹⁾.

Rzecz oczywista, że po za kordonem wojennym w warunkach poniekąd klinicznych bez obawy o przymusową ewakuację, sama trepanacja i okres pooperacyjny mają zupełnie inny przebieg. I chorzy operowani w takich warunkach, pozostający przynajmniej 3 miesiące pod ścisłą planową i chirurgiczną obserwacją mniej są narażeni na rozmaite powikłania, jak ropnie i zapalenie opon (*Spätabscesse i Spätmeningitiden* niem. autorów) a w przyszłości na drgawki Jacksonowskie i napady epileptyczne. Do omówienia szczegółów operacyjnych nie czuję się powołanym. Chciałbym tylko dodać, że otwór trepanacyjny należy robić duży w celu możliwie dokładnego obejścia miejsca uszkodzenia i sąsiadujących z nim okolic, gdzie nierzadko znajdują się też kawałki wewnętrznej blaszki (*l. vitrea*), które o ile nie będą usunięte będą albo przeszkadzać zagojeniu się rany albo dadzą wtórne objawy nerwowe. Widywałem właśnie chorych z pozostałymi przetokami, których trzeba było powtórnie radykalnie trepanować. U niektórych oprócz kawałków kości znajdujemy także i obce ciała metalowe.

Przy tej okazji chciałbym wypowiedzieć kilka uwag w sprawie osteoplastyki czaszki. Według rozpowszechnionego wśród chirurgów — przynajmniej w Rosji — mniemania zupełne kostne zakrycie defektu po trepanacji ma zapobiec rozmaitym wtórnym objawom mózgowym a w tej liczbie i napadom drgawkowym. Należy przyznać, że sama technika osteoplastyki czaszki została ostatnio, dzięki częstemu jej stosowaniu, doprowadzona

niemal do mistrzostwa. Z tego punktu widzenia chirurg, tracący po kilku tygodniach odnośnych swoich chorych z oczu, ma rację, zalecając osteoplastykę. Bliższe jednakże zastanowienie się nad tą sprawą zmusiło mnie do zajęcia bardziej sceptycznego stanowiska¹⁾. Cały efekt osteoplastyki jest tylko pozorny. Nawet z czysto kosmetycznego punktu widzenia jest ona zupełnie zbędna, a co się tyczy subiektywnego i obiektywnego stanu chorego, to widywałem chorych po osteoplastyce bez wszelkiej poprawy, a niektórych nawet z pogorszeniem. Podczas dyskusji na ten temat w Paryskim Tow. neurologicznym w 16 r. neurologowie także zachowywali się b. zimno wobec entuzjazmu niektórych chirurgów. Mówili nawet o chorych, u których wobec wzmożenia się bólów głowy, zawrotów, drgawek i t. p. po osteoplastyce zaszła potrzeba usunięcia sztucznie wszczepionego płatu kostnego. Wogóle obawa defektu kości jest według mego mniemania przesadzona. Tam, gdzie jest możliwość wzmożenia się wewnątrzczaszkowego ciśnienia — taki defekt kości jest może nawet (Kocher, jego szkoła) pożądany, jak na przykład w nowotworach mózgu²⁾.

Pomimo wszelkich innych teoretycznych względów jest jeden wzgląd dużej doniosłości praktycznej. U każdego rannego w czaszkę może zawsze nawet po upływie kilku lat zająć potrzeba powtórnej operacji. Widywałem, że taka ewentualność wcale do rzadkości nie należy. Oczywiście, że przy kostnym zamknięciu defektu ta wtórna trepanacja będzie zabiegiem daleko więcej złożonym i trudniejszym niż tam gdzie defekt jest pokryty tylko skórą.

Wracając do naszych chorych z drgawkami, uważam, że ich wszystkich należy powtórnie operować, — im wcześniej tem lepiej. Każdy napad nawet częściowy naraża wogóle życie chorego i powiększa oprócz tego ruchową wrażliwość kory mózgowej, t. j. czyni chorego więcej skłonny do napadów drga-

¹⁾ Szczegółowo tę sprawę omówiłem w ros. Gazecie psychiatrycznej za 1917 r. w pracy p. t. „Sledujet li zakrywat' defekty czerepa peresadkoj kosti”. Zresztą jeszcze przed wojną wypowiedziałem się w tym samym duchu na zasadzie niektórych spostrzeżeń w nowotworach mózgu. Por. O powierzchniowych nowotworach mózgu i objawie Babińskiego. Medycyna i Kronika lekarska 1912.

²⁾ W tym samym duchu wypowiedział się niedawno na zasadzie osobistych ciekawych spostrzeżeń pokojowych Boettiger. Zum Kapitel der Hirntumoren. D. Zeitschrift f. Nervenheilkunde. T. 58, 1918.

¹⁾ Por. Allers. Ueber Schädelchüsse. Berlin 1916, str. 179 i d.

wkowych. Tem się też prawdopodobnie tłumaczy, że napady częściowe z biegiem czasu często przechodzą w ogólne napady. Jest to fakt stwierdzony przez wszystkich prawie autorów, którzy się tą kwestią jeszcze przed wojną zajmowali (Jolly, Krause, Redlich, Sauerbruch i inni) i który na zasadzie swoich spostrzeżeń tylko potwierdzić mogę. Zachodzą prawdopodobnie w mózgu dzięki częstym napadom jakieś specjalne do padaczki usposabiające zmiany. Redlich mówi „o wzmożonej wrażliwości epileptycznej (*erhöhte epileptische Reaktionsfähigkeit*)”. Sauerbruch sądzi, że jemu się nawet udało dowieść to doświadczalnie. Zapomocą kokainy wywoływał napady epileptyczne u zwierząt. Po pewnym czasie napady przychodziły już i bez kokainy ¹⁾.

Z przeniesieniem wyników tych doświadczeń na człowieka należy zresztą być bardzo ostrożnym. Zachodzi może tu chroniczne otrucie kokainą. W każdym razie fakt wpływu częstych bodajby nawet miejscowych napadów na usposobienie epileptyczne jest niezaprzeczony. Chorem swoim prawie zawsze zalecałem operację. Ci, co się na nią zgodzili, nie żalowali tego. Okres czasu który przeszedł od operacji jest zbyt krótki, żebym mógł już mówić o rzetelnej poprawie. W niektórych przypadkach rzetelna poprawa, względnie tymczasowe nawet wyleczenie istotnie daje się stwierdzić. W każdym razie nikomu nie zaszkodziła. Tam, gdzie po operacji wystąpiły objawy wypadnięcia—trwały one krótko. Nawet po manipulacjach w lewej półkuli w obrębie ośrodków mowy zaburzenia mowy po operacji nie występowały, albo trwały krótko.

Wogóle podziwiać nieraz należy, jak mało mózg—khiricznie—reaguje na poważne nawet zabiegi. Zachodzi tu bowiem nieraz potrzeba usunięcia dużych głęboko sięgających blizn na dosyć dużej przestrzeni. Że tu dużą rolę odgrywa zdolność zastępcza przeciwległej półkuli a po części i podkorowych ośrodków uszkodzonej półkuli jest bardzo prawdopodobne. W tym kierunku zebrałem dosyć ciekawy materiał, który będzie omówiony w jednym z następnych przyczynków.

Pod względem chirurgicznym te powtórne trepanacje nic osobliwego nie przedstawiają, a wobec defektu kości wymagają mniej czasu. Staraliśmy się zawsze usunąć wszystkie zmienione tkanki. Do pokrycia

mózgu na miejsce zwykle twardej opony używaliśmy powięź szeroką (*fascia lata*). Daje ona pewną ochronę mózgowi. I jeżeli nawet jako żywa tkanka organiczna, nie jest prawdopodobnie zupełnie obojętna dla samego mózgu i z czasem zrasta się z nim, to w każdym razie pod pewnym względem zabezpiecza go od następnych napadów drgawkowych. Kliniczne spostrzeżenia dowodzą, że t. zw. aseptyczne blizny mózgowe w daleko mniejszym stopniu narażają chorego na napady drgawkowe, niż blizny pozapalne. Wielu autorów (Auerbach, Kocher i jego uczniowie) wprost nawet twierdzą, że aseptyczne blizny wogóle nigdy nie są powodem napadów drgawkowych, co wydaje mi się zbyt schematycznym. Ciekawe zestawienie ogłosił w 1914 r. Denk z kliniki Eiselsberga. Po usunięciu nowotworu mózgu prawie wszyscy chorzy, którzy przed operacją miewali napady drgawkowe byli zupełnie od nich wolni (1 — 2 letnie), co też przemawia za tem, że między blizną aseptyczną i septyczną (a właśnie z tą ostatnią u naszych rannych mamy zawsze do czynienia) jest b. wybitna różnica pod względem następnych napadów drgawkowych. Zresztą powięź szeroka nie jest prawdopodobnie najlepszym materiałem do plastyki opony twardej. Myśmy, niestety, innego nie mieli ¹⁾.

Oczywiście, że po operacji chorzy przez kilka miesięcy powinni zostać pod ścisłą opieką. Jak już wyżej wzmiankowałem, pobyt po za miastem w warunkach sanatoryjnych wpływał dodatnio. Jako ważny środek pomocniczy leczniczy uważamy też lekką indywidualnie zastosowaną pracę. Wobec młodego wieku naszych chorych i tego kolosalnego ciężaru, który stanowią będą dla społeczeństwa, powinniśmy wszystkimi siłami dążyć do tego, żeby i z tych nieszczęśliwych może najnieszczęśliwszych ofiar wojny wyrzesać możliwie największą wydajność społeczną. Tu nie chodzi o sentymentalną filantropię, lecz o dobrze zrozumiany interes publiczny.

Urządzenie specjalnych nerwowo-chirurgicznych zakładów w połączeniu z warsztatami, szkołą i t. p. dla rannych w czaszkę a zwłaszcza dotkniętych padaczką urazową jest niezbędne, szczególnie jeżeli przypomnieć sobie wyżej przytoczone przerażające swoim ogromem liczby. Zwołany w 1917 r. w Moskwie zjazd delegatów Związku ros. psychia-

¹⁾ Por. Denk. Beziehungen von organischen Veräuderungen der Hirnrinde zur symptomatischen Epilepsie. Mit. aus den Grenz. d. Med. u. Chir. T. 27. 1914.

¹⁾ Literatura plastyki opony twardej znajduje się w wyżej przytoczonej mojej pracy o powierzchniowych guzach mózgu a także u Denka (l. c.).

trów i neurologów uznał to za konieczne. Wcielenie tego w życie przy obecnym chaosie prawdopodobnie długo każe na siebie czekać.

Dla nas — na szczęście — w obecnej przynajmniej chwili cała ta sprawa ma raczej charakter teoretyczny ¹⁾ jakkolwiek należy pa-

miętać, że wśród naszych rannych żołnierzy, którzy prędzej czy później powrócą do kraju, znajdzie się też niemało epileptyków lub kandydatów na epilepsję. Możeby już teraz pomyśleć o jakiejś celowej dla nich opiece.

W czerwcu 1918.

Streszczenie zbiorowe.

Epidemia influenzy w r. 1918.

Podał

Dr J. Puterman (Sosnowiec).

(Rzecz czytana na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Zagłębia Dąbrowskiego dn. 15 listopada 1918 roku)

(Dokończenie—patrz № 12).

Złośliwe empyemy najczęściej są pochodzenia streptokokowego. Wysiłek bywa znamienny: surowiczoropny ze skupieniami leukocytów w postaci okruchów zbitych, barwa płynu najczęściej gliniasta. Z czysto ropnym wysiękiem rzadko się spotykamy. Szybkie zbieranie się płynu pleurytycznego po wypuszczeniu przypisują nie tyle zapalnym ile nekrotycznym sprawom opłucnej.²⁾ Zwraca uwagę fakt, że na zapalną sprawę opłucnej mężczyźni wieku lat 20—30 o dziesięć razy częściej zapadają niż kobiety. Empyemy lewostronne częściej są notowane niż prawostronne.

Naumyślnie nieco dłużej zatrzymaliśmy się nad sprawami narządu oddechowego. Powikłania te bowiem, jak wzmiankowaliśmy, notowane są jako najczęstsze i zarazem najgroźniejsze.

Z pośród spraw chorobnych innych narządów rzadziej stosunkowo występujących podczas obecnej influenzy, notowane są zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego, jak ostre katary żołądkowokiszkowe z wymiotami, bólami brzucha najczęściej w okolicy krętniczo-kątnej (*regio ileo-coecalis*), niekiedy z wypróżnieniami krwawymi.

Również niewiele stosunkowo spostrzegano przypadków zaburzeń ze strony układu nerwowego, jak bóle głowy, nadczułość skóry czaszki, bóle grzbietu i krzyża, rzekome zapalenie opon mózgowych, niedowłady, zaburzenia oczne, sztywność karku, nawet objaw Kerniga i wytrysk pod wysokim ciśnieniem płynu przezroczystego jałowego po nakłóciu lędźwiowym.

Co do narządu cyrkulacyjnego notowano ciężkie osłabienie czynności serca, zwłaszcza u chorych sercowych, bradycardiam

(często jako następstwo drażnienia n. błędnego, atropina znosiła ten objaw), niskie ciśnienie krwi 95—105—110 mm. nawet w razie braku powikłań. Rzadziej notowano zapalenie wsierdza oraz osierdza.

Śledziona zaledwie w 5% była nieznacznie powiększona.

Często spostrzegano białkomocz zwłaszcza podczas wysokiej gorączki, znikał on wraz ze spadkiem ciepłoty. Pozatem notowano *indicanuriam*, stały brak dyazoodczynu. Pojedyncze erytrocyty dowodziły udziału w sprawie kłębków nerkowych. Ze strony skóry spostrzegano kilka razy wysypki toksycznego pochodzenia: peteciową na piersiach, wysypkę do szkarlatynowej podobną i pokrzywkę (u śmiertelnie chorych), *herpes labialis*, często nadmierne poty.

Ze strony narządu wzrokowego bardzo często zauważyć się daje w obecnej epidemii ropne zapalenie łącznic. Ze strony ucha *otitis purulenta* oraz *haemorrhagica*.

Objawy anatomiczne. Na stole sekcyjnym spotykamy się najczęściej z osobnikami młodymi, dobrze odżywianymi bez śladu jakichkolwiek poprzednich spraw chorobnych. Przeważa płeć męska w wieku 20—30 lat. Zpośród narządów uległych zmianom anatomopatologicznym zwracają na siebie szczególną uwagę narządy oddechowe. Jak klinicznie, tak i anatomopatologicznie spostrzega się stosunkowo małe zmiany ze strony jamy nosowogardłowej i krtani, polegają one na nieznacznym zaczerwienieniu i obrzęku błony śluzowej. W pojedynczych zaledwie przypadkach notowano nieznaczne zapalenie migdałków, obrzęk głośni, ropne zapalenie ochrzęstnej chrząstki nalewkowej, oraz ropień pozagardłowy w zależności od wtargnięcia w głąb tkanek zarazków ropnych ze strony silnie uszkodzonej błony śluzowej gardła.

Dopiero od wiązań głosowych w dół stale spotykamy się ze zmianami mniej lub więcej ciężkimi, począwszy od nieżytych,

¹⁾ Niestety, obecnie bardzo aktualny. (przyp. w korekcie).

²⁾ Fleischmann wypuścił w ciągu 3 dni z worka opłucnowego 6 litrów płynu.

a skończywszy na dyfterytycznonych zapaleniach, sięgających niekiedy włąb drobnych oskrzeli.

Zazwyczaj w okresach wczesnych zmiany w drobnych i najdrobniejszych oskrzelach polegają to na kataralnym, to na ropnym, to znowu na włóknikowym ich zapaleniu. Światło najdrobniejszych oskrzeli zatkałe bywa nieraz wysiękiem włóknikowym, częściej gęstą ropą. Ropne te zapalenia często prowadzą do powstawania bronchektazji. W samym miąższu płucnym najczęściej spotykamy się z drobnymi okołoskrzelowymi ogniskami w postaci zapaleń nieżytych, niekiedy zaś z płatowami, przypominającymi krupowe zapalenie płuc. Często obecność zrazikowych ognisk w temże płucu lub tymże płacie, zajętem zapaleniem krupowym, wyróżnia to ostatnie w influency od samoistnego krupowego zapalenia płuc. Niekiedy wśród zwątrobiałego miąższu płucnego znajdują się krwawe nacieki charakterystyczne dla tej epidemii i rozsiane plamki żółtawobiałe lub ropne — objawy wielce przypominające dżumowe zapalenie płuc.

Często ogniska te, będące w rozmaitych okresach ropienia, umiejscawiają się pod opłucną, która w tych miejscach ulega nekrozie i staje się źródłem ropnego empyematu.

Umiejscowienie i kształt klinowy omawianych ognisk podopłucnych dały pohop Oberndorferowi do wywodów o hematogennym ich pochodzeniu. Według niego zarazki influencyjne, posiadając pewne powinowactwo do naczyń krwionośnych, zwłaszcza do ścian tętnic płucnych, wywołują w nich pewne zmiany, których następstwem bywają tak często spostrzegane krwawienia. Na uszkodzonych ścianach drobnoustroje ropne dokonywują reszty zniszczenia, zapoczątkowanego przez zarazki influencyjne. Do wniosku tego upoważniają go dwa przypadki grzybiczego zachorowania gałęzi tętnicy płucnej, której zmartwiała błona wewnętrzna była źródłem powstania przerzutów ropni płucnych.

Wywodom tym przeczą spostrzeżenia innych autorów, według których ropne ogniska powstają *per continuitatem*, jako następstwo ropnego zapalenia najdrobniejszych oskrzeli.

Poza opisaniami postaciami spraw zapalnych spostrzega się niekiedy zapalenie płuc śródmiąższowe, w zależności od szerzenia się sprawy ropnej ze ścian oskrzelowych drogą naczyń chłonnych na tkankę śródmiąższową płucną.

Ropne miąższowe wysepki ulegają często sekwestracji (*pneumonia dissecans*). Na tle czerwonej powierzchni przekroju płuc uwydatniają się żółtobiaławe smugi, nadające powierzchni tej wygląd marmurkowaty. I w tej sprawie często bierze udział opłucna, której naczynia chłonne w tych razach bywają napełnione ropą.

Wogóle zapalenie opłucnej zdarza się w tej epidemii bardzo często i to w postaci za-

palenia wysiękowego surowiczego, ropnego lub włóknikoworopnego.

Notowane są przypadki szerzenia się sprawy ropnej z opłucnej na osierdzie, śródpiersie i nawet na otrzewną. Jako objaw ropienia śródpiersia podają zwolnienie tętna (zależne od drażnienia nerwu błędnego).

Wreszcie wspomnieć należy o spotykanych surowiczokrwawych obrzękach gruczołów tchawiczooskrzelowych, zwłaszcza umiejscowionych na rozdwojeniu głównych oskrzeli, oraz gruczołów śródpiersiowych w związku ze sprawami zapalnymi narządu oddechowego.

Niektórzy autorzy wspominają również o obrzęku innych gruczołów chłonnych, szyjnych, pachowych. Według Oberndorfera częściej zapadają i umierają osobniki *cum statu thymolymphatico*. Inni autorzy tego nie spostrzegali.

Zmiany anatomopatologiczne w innych narządach, polegające na zaburzeniach cyrkulacyjnych, na sprawach zapalnych i degeneracyjnych pochodzenia toksycznego są mniej częste. Wspomnę więc o spotykanych krwawieniach błon śluzowych kanału pokarmowego, miedniczek nerkowych, mięśnia sercowego, zasłonek sercowych; o przekrwieniu mózgu i jego opon, *meningitis et encephalitis haemorrhagica, purpura cerebri* w postaci punkciokowatych wylewów w spoidle, rogu Ammona, w zwojach centralnych; o rozszerzeniu komór mózgowych przez powiększoną ilość płynu; o ostrem i tłuszczowem zwyrodnieniu narządów mięsnych (wątroby, nerek, serca); o brodawkowatym zapaleniu wsierdzia, o miękkim obrzęku śledziony, o *glomerulonephritis*, o przerzutowych ropniach w nerkach; o *iridochorioiditis, i panophthalmitis metastatica*¹⁾. Wreszcie jako wyraz zakaźnotoksyczny sprawy influencyjnej wskazują zwyrodnienie woskowe mięśni prostych brzucha, oraz zmiany degeneracyjne w nadnerczach, (zubożenie kory w substancję lipidną, woskowe zwyrodnienie i rozpad komórek korowych). Od zaburzeń w nadnerczach, powodowanych jakoby przez same zarazki influencyjne, zależy prawdopodobnie ta silna i długotrwała prostracja, jaka zauważyć się daje nieraz u chorych influencyjnych, u których ze strony innych narządów żadnych zatrważających poniekąd objawów się nie wykrywało.

R o z p o z n a n i e. Wobec tego, że dotychczas czynnik etyologiczny nie jest ustalony, rozpoznanie choroby opierać się powin-

¹⁾ Od czasu wybuchu epidemii influenzy w Zagłębiu spostrzegać się dają liczne przypadki zapalenia spojówek ocznych (*conjunctivitis epidemica*) z wysiękiem to surowiczym, to surowiczowłóknikowym, to znowu ropnym, i to przeważnie wśród osobników młodych, przyczem u starszych, ponad lat 40, przebieg sprawy tej bywa łagodniejszy. Badanie śluzoworopnego wysięku wykryło w jednym przypadku laseczniki do influenzy podobne (hodowla). Za związkiem pomiędzy sprawą tą a influencją przemawiałaby odporność u osobników starszych, nabyta podczas epidemii influenzy 1889 i 1890 r. (przyp. sprawozdawcy).

no na danych epidemiologicznych i klinicznych. Nagły początek choroby z wstrząsającym dreszczem i podniętą do kaszlu nasuwać może podejrzenie na samoistną centralną pneumonię. Do wyjaśnienia sprawy przyczynić się może badanie radyoskopowe i to niezawsze, gdyż, jak słyszeliśmy, zapalenie płuc, wikłające influencję, powstać może w pierwszych niemal dniach zachorowania. Trudności pewne nastroczają się często w różniczkowaniu influencji od spraw tyfusowych, zwłaszcza tyfusu brzuszego, mającego niektóre wspólne z influencją objawy: typ gorączkowy, ból głowy, zwolnienie tętna, obrzmienie śledziony, zaburzenia żołądkowo-kiszczkowe, leucopeniam. Brak odczynu dwuazowego w influencji, a zwłaszcza wynik badania serologicznego (odczyn Widala, Felix-Weila) są ważnymi w tych sprawach czynnikami rozpoznawczymi. Wreszcie objawy początkowego okresu gruźlicy, zwłaszcza gruźlicy prosówkowej, wielce nieraz imitują objawy influencyjne. Sprawę wyjaśnić może obecność laseczników gruźliczych, odczyn dwuazowy i długotrwałość gorączki. W końcu wspomnę jeszcze o włośnicy, która w początkowych zwłaszcza okresach bardzo przypomina influencję. Wskażę ogłoszoną, zdaje się w r. 1908 przez wprawnoego poniekąd klinicystę, nową postać influencji w Krakowie, która okazała się w następstwie włośnicą. Dane epidemiologiczne, *eosinophilia* w włośnicy, obecność trychin w kale i mięśniach są cennymi wskazówkami w różniczkowaniu tych spraw.

Rokowanie. Wszyscy niemal autorowie zgodnie podnoszą, że w porównaniu z poprzednią epidemią, obecna odznacza się stosunkowo krótszym i łagodniejszym przebiegiem i mniejszą liczbą zachorowań, zwłaszcza wśród osobników starszych po nad lat 40. Gdy odsetek zachorowań w poprzedniej epidemii dochodził do 40, to w obecnej dochodzi za ledwie do 20.

Śmiertelność w obecnej epidemii, nie zważając na ciężkie powikłania, których ofiarą padają przeważnie osobniki młode, również jest mniejsza niż w poprzedniej. Wynosi ona obecnie około 1%. Rokowanie więc w przypadkach niepowikłanych jest względnie dobre¹⁾. Powikłania ze strony narządu oddechowego znacznie pogarszają rokowania. Niepokojącymi objawami w tych razach są: duszność, sinica, spadek ciśnienia krwi, osłabienie czynności serca, małe szybkie tętno (130 — 140) często dwubitne (objawy toksyczne). Zwolnienie tętna — objaw dość częsty w sprawie influencyjnej — o ile nie jest zależne od drażnienia nerwu błędnego przez sprawę zapalną ośrodków nerwowych lub śródpiersia, jest pod względem rokowania

objawem pomyślnym. Najcięższem powikłaniem są ropne empyemy, które w epidemii obecnej odznaczają się szczególnie złośliwym przebiegiem. Ciężkość tej sprawy zresztą zależy od jej rozmiarów, od stopnia jadowitości zarazków, od okresu zapalenia płuc w świeżem zapaleniu płuc powstałe zapalenie opłucnej bywa cięższe — i wreszcie od okresu, w którym powstało ropienie; ropny wysięk w okresach wczesnych zapalenia opłucnej daje gorsze rokowanie, niż stopniowe przejście wysięku surowiczego w ropny.

Prognostycznie ważną jest liczba leukocytów i skład ich procentowy. W przypadkach niepowikłanych liczba ich nie przekracza normy, a nawet na szczycie choroby zazwyczaj bywa leukopenia z przewagą ciałek jednojądrowych.

W powikłaniach zwłaszcza sprawą ropną liczba leukocytów wzrasta kosztem ciałek neutrofilowych. W przypadkach śmiertelnych spostrzegać się daje zmniejszenie ilości leukocytów, jak w innych sprawach septycznych, skutkiem toksycznego porażenia narządów krwiotwórczych.

Co do ciepłoty, to łagodny jej spadek cechuje pomyślny przebieg sprawy.

Leczenie. Wobec szybkiego wybuchu epidemii i szybkiego stosunkowo jej wygasania, profilaktyka społeczna nie jest łatwa a poniekąd jest zbyt ciężka.

W zakładach i instytucjach o większem skupieniu ludności (szpitale, koszały, więzieniu) należałoby mieć pokoje izolacyjne dla chorych grypowych. Po ukazaniu się pierwszych przypadków zachorowania zabronić skupiania się większej liczby ludzi w jednym miejscu (widowiska, jarmarki, szkoły, fabryki). Pozatem nie bez pożytku byłaby staranna dezynfekcja płwocin, i zachowanie przepisów higienicznych, jak w innych sprawach zakaźnych.

Co do profilaktyki osobniczej, to powinna ona być uwzględniona u pewnych osobników: u cierpiących np. na cukrzycę, chorobę sercową, gruźlicę, przebieg bowiem influencji u nich zazwyczaj bywa ciężki. Dlatego po wybuchu influencji w ich rodzinie, pożądana byłaby ich izolacja. Zaleca się podczas epidemii jako środek zapobiegawczy płukanie ust i nosa lekkimi rozcżynami środków odkażających, lub nawet czystą wodą. Co do leczenia samej sprawy influencyjnej, to dotychczas jedynie zabiegi chirurgiczne w leczeniu powikłań influencji cieszyły się i cieszą się zasłużonem uznaniem. Thoracotomia, w odpowiednim czasie wykonana przy empyematach, nie jednemu życie uratowała. Przekłócie lumbalne usuwało nieraz niezmiernie przykre bóle głowy w razie objawów meningalnych.

Racjonalnem mi się również wydaje leczenie przyczynowe: w ciężkich przypadkach lecz bez wtórnych infekcji — stosowanie mianowicie surowicy rekonwalescentów influencyjnych; w powikłaniach, powodowanych paciorkowcami — leczenie surowicą przeciwpaciorkowcową. Niestety spostrzeżenia pod tym

¹⁾ W rokowaniu ważną odgrywa rolę samopoczucie chorego. Postaci adynamiczne (chory leży od samego początku zachorowania bezwładnie jak kłoda) zazwyczaj dają rokowania niepomyślne, natomiast samopoczucie dobre, pomimo nieraz poważnych powikłań, upoważnia do pomyślnego rokowania (przyp. sprawozdawcy).

względem są nieliczne i niezawsze ze sobą zgodne.

Dalej interwencja nasza ograniczać się powinna, jak w innych sprawach zakaźnych, do zwalczania groźnych objawów, zwłaszcza ze strony serca (nasercowe, kamfora, adrenalina — ta ostatnia w prostracyi i nizkiem ciśnieniu krwi).

Niepewne natomiast wyniki dają niżej wymienione środki lekarskie.

Dobre wyniki, jakie niby otrzymywano w ostatniej epidemii ze stosowania dużych dawek chininy z wódką, przypisać należy raczej wódce niż chininie, gdyż Leichtenstern u chorych leczonych chininą stwierdził stale przebieg złośliwy. Wogóle leczenie samej grypy niepowikłanej, przy dobrym stanie ogólnym chorego, powinno się ograniczać do trzymania chorego, w łóżku przez czas dłuższy (przynajmniej tydzień), leczenia dyjetycznego i polecenia mu „trzymania się ciepła”. Pozatem wszelka nasza energiczniejsza interwencja jest zbyt duża, a czasami nawet i szkodliwa. Snadź oddawna już interwencja lekarska w grypie nie wzbudzała zbyt dużego zaufania, jeżeli jeszcze w r. 1358 wydano we Włoszech rozporządzenie, że lekarzowi pod karą 500 lirów nie wolno częściej odwiedzać chorego, niż dwa razy. Starożytne prawo egipskie wogóle zabraniało stosowania lekarstw do 4 dnia, o ile choroba nie była rozpoznawana. Wobec tego jednakże, że bez corpus delicti, w postaci recepty, publika nasza zazwyczaj z niedowierzaniem zapatruje się na wiedzę lekarza i jego troskliwość, to

w myśl Carl'a z Berlenburga z r. 1732, który plebsowi zalecał kleiki, a błękitnym przepisywał recepty (*praxis aulica, quae medicum amat medicamentis instructum*), podaje spis środków, zalecanych przeciwko grypie: chininum, natrium salicylicum, aspirinum, antipyrinum, guajacolum carbonicum, collargol, elektrargol, neosalvarsan, benzol, karbol, kreolina, terpentyna, preparaty rtęciowe, ammonium muriaticum, kalium carbonicum, urotropina, z nowych środków — optochina, eucupina, wreszcie mleko w postaci śródmiaższowych iniekcji.

Wobec takiego arsenału środków nie jeden z nas znaleźć się może w położeniu pewnego wiejskiego felczera, który całą sztukę lekarską niby posiadał, tylko nie wiedział, co zapisywać chorym. Otóż urządzał on się w ten sposób, że zgłaszającym się doń kumoszkom pacjentom, po opukiwaniu, osłuchiowaniu i spreparowaniu ich rozmaitemi procedurami krwawymi i hydropatycznymi w postaci baniek, pijawek i lewatyw, pod koniec podawał im plikę skopionych rozmaitych recept z temi słowami: „a teraz wyciągnijcie sobie na szczęście papierek na leki do apteki”.

Żeby zatem nie być w kłopotcie co do wyboru leku ze spisu wymienionego, najlepiej w miarę możliwości wstrzymać się od zabiegów farmaceutycznych, pomnąc słowa Mezaraya, który o epidemii influencyjnej roku 1580 pisał „elle se montroit plus douce à ceux, qui la laessoient en repos”. (Stara pisownia francuska).

PIŚMIENICTWO.

1. Strümpell. Ueber Influenza. Münch. Med. Wochenschr. 1918, № 40. 2. Goldschmid. Anatomische Befunde bei der Influenza-Epidemie im Sommer 1918. Ibidem. 3. Brasch. Ueber die influenzaartige Epidemie im Juli 1918. Ibidem № 30. 4. Oberndorfer. Ueber die pathologische Anatomie der influenzaartigen Epidemie im Juli 1918. Ibidem. 5. Rosin-Berlin: „Spanische Krankheit“. Zeitschrift f. ärztliche Fortbildung 1918, № 18 str. 491. 6. Fleischmann. Ueber die spanische Krankheit. Ibidem № 16. str. 425. 7. Berlin med. Gesellschaft 10 Juni 1918. Ibidem str. 439. 8. Mandelbaum. Epidemiologische und bakteriologische Untersuchungen ueber die pandemische Influenza. Muench. Med. Wochenschr. 1918, Nr. 30. 9. Janiszewski. Epidemia influenzy czyli t. zw. choroby hiszpańskiej w Krakowie. Przegl. Lekarski 1918, Nr. 40. 10. Hesse. Die sogenannte „Spanische Krankheit“. Muench. Med. Woch. 1918, № 30. 11. Simmonds. Zur Pathologie der disjähigen Grippe. Ibidem Nr. 32. 12. Schöppler. Pathologisch-anatomische und bakteriologische Befunde bei der sog. Morbus Ibericus. Ibidem. 13. Dietrich. Pathologisch-anatomische Beobachtungen ueber Influenza im Felde. Muench. Med. Wochenschr. Nr. 34. 14. Gruber und Schädel. Zur pathologischen Anatomie und zur Bakteriologie der influenzaartigen Epidemie im Juli 1918. Ibidem Nr. 33. 15. Hoesslin. Bemerkungen zum bakteriologischen und klinischen Charakter der disjäh-

rigen Grippe-Epidemie. Ibidem № 41. 16. Schittenheim u. Schlecht. Ueber eine grippeartige Infektionskrankheit (Pseudogrippe). Ibidem Nr. 3. 17. Fassbender. Zur Geschichte der Influenza. Medicinische Klinik 1918, Nr. 42. 18. Schwermann. Ein Beitrag zur Pathologie der „spanischen Krankheit“. Ibidem Nr. 42. 19. Schiemann. Zur Influenzadiagnose. Ibidem Nr. 39. 20. Deussing. Ueber die Bedeutung der sekundären Infektion f. die Erkrankungen der Lunge und Pleura während der Influenzepidemie 1918. Ibid. Nr. 39. 21. Becher. Zur Klinik der Influenza von 1918. Ibid. Nr. 41. 22. Hart. Die pathologische Anatomie und Bakteriologie der Influenzaepidemie 1918. Ibid. Nr. 40 i 41. 23. Oeller. Kritische Studien zum Influenza. Problem. Muench. Med. Wochenschr. 1918, Nr. 44. 24. Huebschmann. Ueber die der zeitige Influenza und ihre Komplikation. Ibidem. 25. Ciechanowski. Zmiany anatomiczne we współczesnej nagminnej grypie. Przegląd Lek. 1918, Nr. 42. 26. Rencki. O obrazie klinicznym grypy hiszpańskiej. Ibidem. 27. Oeller. Die Aetiologie der Influenza. Medic. Klinik 1918, Nr. 44. 28. Loewenstein. Ueber einen Fall von metastatischer Streptokokken-eiterung im Auge nach spanischer Grippe. Muench. Med. Wochenschr. 1918, Nr. 45. 29. Hohlweg. Zur Behandlung von Grippenkranken mit Rekonvalescentenserum. Ibidem. 30. Krause-Bonn. Die Influenza. Handbuch der inneren Medicin. Mohr und Staehelin 1911.

ODCINEK.

O niezbędności wprowadzenia w Państwie Polskiem ubezpieczenia społecznego z punktu widzenia społecznej walki z gruźlicą.

Podał

Dr Antoni Kuczewski (Zakopane).

(Dokończenie—patrz № 12).

Stąd staje się zrozumiałem, jak duże wydatki ponoszą kasy chorych na leczenie tych chorych. Posiadam np. dane, że przy stosowaniu zwykłego symptomatycznego sposobu leczenia (nie zaś klimatycznodyetetycznego), naturalnie bez wszelkich wyników, mała kasa chorych złotników, majstrów, w Berlinie przy 1.700 członkach wydała na 26 chorych 30 tys. marek.

Ankieta zaś, zarządzona przez Komitet Centralny kas chorych w Berlinie, wykazała, że 52% wszystkich wydatków na leczenie chorych przypada na gruźlicę płuc.

Nierównie wszakże większe jest obciążenie finansowe urzędów ubezpieczenia społecznego od niezdolności do pracy. Wkrótce po wprowadzeniu obowiązkowego ubezpieczenia robotników urzędy ubezpieczenia musiały dojść do przeświadczenia, że pośród ubezpieczonych, otrzynujących rentę inwalidy, chorzy na gruźlicę płuc zajmują pierwsze miejsce. Na podstawie niezbitych danych statystycznych można było przewidzieć, że w przemysłowych zwłaszcza okręgach wszystkie środki kas ubezpieczenia od niedołęstwa pójdą na wypłacanie rent chorym na gruźlicę płuc. Zachodziła już obawa, że wskutek tego cała organizacja ubezpieczenia mogła upaść.

Według doświadczenia w Niemczech główny ciężar w walce z gruźlicą spada na ubezpieczenie od niezdolności do pracy

Historia rozwoju prawodawstwa ubezpieczenia społecznego w odniesieniu do walki z gruźlicą w Niemczech.

Gebhardtowi, dyrektorowi jednej z największych kas ubezpieczenia od niedołęstwa, a mianowicie miast Hanzy, zawdzięczają Niemcy wyjście z tego krytycznego położenia. On bowiem odkrył w samym prawie drobny, przez nikogo nie spostrzeżony paragraf (§ 12), który według dosłownego brzmienia opiewa: „Urząd ubezpieczenia ma prawo zastosować leczenie względem tych ubezpieczonych, którzy nie podlegają kuracji na koszt kas chorych w tym wypadku, jeżeli zachodzi obawa, że następstwem choroby będzie utrata zdolności do pracy, która pociągnie za sobą konieczność wypłacania renty inwalidy z urzędu ubezpieczenia”. Widząc jasno, jakie sumy pochłania wypłacanie rent gruźliczym chorym, Gebhardt, nie zwlekając długo, zaczął stosować ów paragraf w obrębie swojej kasy, poddając leczeniu w sanatorium tych chorych, co do których istniała jeszcze nadzieja, że odzyskają zdolność do pracy i wsku-

tek tego uniknie się konieczności wypłacania im renty.

Myśl tę propagował jej wynalazca z wielką energią i wytrwałością po całych Niemczech, tak, że już w r. 1896 t. j. w 5 lat po uchwaleniu pierwotnego prawa, parlament niemiecki wprowadził radykalną reorganizację całej ustawy, mianowicie według brzmienia nowego prawa urzędy ubezpieczenia od niezdolności do pracy mogą połowę rocznego dochodu umieszczać we wszelkiego rodzaju przedsiębiorstwach, mających związek z higieną społeczną i mogących mieć wpływ dodatni na zdrowotność klasy pracującej.

Wysunięto więc na pierwszy plan środki zapobiegawcze, które z natury rzeczy w walce z taką zakaźną, jak gruźlica, chorobą odgrywają najważniejszą rolę.

Stąd wynika niezmiernie doniosłe znaczenie wymienionej uchwały Reichstagu.

Fakty jeszcze bardziej to potwierdziły.

Od r. 1897 do r. 1912 urzędy ubezpieczenia umieściły w ludowych uzdrowiskach wogóle 414 tys. chorych i wydały na to 154 mil. marek. W r. 1910 leczenie jednego chorego kosztowało przeciętnie 382 marki, czyli 5.2 marki dziennie. 46% leczonych w ten sposób pacjentów odzyskało zdolność do pracy na przeciąg 5 lat.

Nadto do dn. 31 grudnia r. 1910 urzędy ubezpieczeniowe wydały:

Na budowę higienicznych mieszkań

dla robotników około 316 mil.

Na budowę własnych sanatoryjów . . . 57 mil.

W r. 1913 z ogólnej liczby 112 ludowych uzdrowisk w Niemczech, 29 należało do urzędów ubezpieczenia od niezdolności do pracy, 12 zaś do kas chorych.

Możnaby było przytoczyć całe szeregi wymownych liczb, świadczących o działalności w zakresie zwalczania gruźlicy niemieckich urzędów ubezpieczenia społecznego od niezdolności do pracy i kas chorych.

Ale wystarczy chyba powyższe cyfry, ażeby w całej wyrazistości wystąpiła zasada, że myśl lokowania tego rodzaju milionów nie na procent, ale na cele zapobiegania gruźlicy i chorobie wogóle jest pod względem społecznym jedynie słuszną i zdrową, boć o wiele jest korzystniej dla instytucji zapobiegać chorobie choć największym kosztem, aniżeli

płacić rentę, choćby skromną, ale przez szereg lat.

Działalność kas chorych w zakresie zwalczania gruźlicy w Niemczech. Tyle o instytucji ubezpieczenia społecznego od niezdolności do pracy.

Co do instytucji ubezpieczenia na wypadek choroby, to pozostaje tu stwierdzić, że ich udział w zwalczaniu gruźlicy w Niemczech z natury rzeczy, musiał być znacznie mniejszy.

Kasy chorych, rozporządzając znacznie mniejszymi środkami, nie mogą brać takiego udziału w ruchu przeciwigruźliczym, jak kasy od niezdolności do pracy.

Ale w miarę możliwości one też starają się nie pozostawać w tyle w akcji ogólnej.

Większe kasy, jak Monachijska lub Lipska budują nawet własne ludowe sanatoria. W czasie swych badań nad niemieckimi sanatoriami naliczyłem w r. 1913 12 uzdrowisk, należących do kas chorych. Parę z nich, jak „Kirchson“ i „Horlaching“ około Monachium szczegółowo zwiedziłem.

Największe wszakże usługi ruchowi przeciwigruźliczemu oddają kasy chorych drogą pośrednią, mianowicie:

1. Wyszukując skrupulatnie i gorliwie gruźliczych chorych w początkowych okresach choroby, kiedy to, jak ogólnie wiadomo, najodpowiedniejsza jest pora do leczenia, i odsyłając ich do urzędu ubezpieczenia od niezdolności do pracy w celu umieszczenia w sanatorium i

2. Wydając zasiłek rodzinom chorych, pozostających na kuracji w uzdrowiskach. Poza tem niemieckie kasy chorych współdziałają w urządzaniu schronisk dla ozdrowieńców, stacji letnich odpoczynkowych t. zw. „Walderholungsstätte“, kuratoryów i t. p. instytucji, pogłębiających i popierających sprawę zwalczania gruźlicy.

Tyle co do udziału ubezpieczenia społecznego w społecznej walce z gruźlicą w trzech wyjątkowych krajach zachodnich, gdzie ona stoi najlepiej.

Z pozostałych krajów, za wyjątkiem przedwojennej Austrii, która posiadała kasy chorych, żaden nie posiada ubezpieczenia państwowego.

We Francji, we Włoszech. w dawnej Austrii, a zwłaszcza w Rosji ruch przeciwigruźliczy mocno niedomaga, bo nie jest społecznym.

W Szwecji, Norwegii i Szwajcarii, mimo planowości i organizacji społecznej, walka z gruźlicą nie może wykazać się tak wybitnymi wynikami, jak Anglia, Dania lub Niemcy.

Co do trzech ostatnich, to widzieliśmy, że państwo w Anglii i w Danii bierze wybitny udział w ruchu przeciwigruźliczym w mniej lub więcej bezpośredni sposób: w Anglii na drodze pośredniej przez prawodawstwo i reformy w zakresie higieny społecznej i w ostatnich czasach bezpośrednio przez ubezpieczenie społeczne, w Danii zaś przez bezpośrednio ponoszenie lwiej części kosztów na

budowę zakładów leczniczych i na leczenie chorych.

Niemniejszy od Danii udział w zwalczaniu gruźlicy bierze państwo niemieckie, a to dzięki swemu prawodawstwu o ubezpieczeniu społecznym. Jednak mimo wszystkie olbrzymie i planowo zorganizowane wysiłki, jednej tylko Danii udało się udostępnić wszystkim swoim gruźliczym chorym pomieszczenie, względnie leczenie w zakładach przeciwigruźliczych.

Anglia zaś, a szczególnie Niemcy są bardzo dalekie od tego ideału, jakiego dopięła Dania.

Całkowitej izolacji chorych gruźliczych w okresie choroby zakaźnym, a zatem dla otoczenia najniebezpieczniejszym, nie potrafiły dotychczas przeprowadzić ani Niemcy, ani Anglia: brakuje im dostatecznej do tego liczby miejsc w zakładach dla gruźliczych.

Aby izolować krocie tysięcy gruźliczych chorych na cały długi czas trwania ich choroby, nie znalazły środków najzasobniejsze i tak zorganizowane państwa, jak Niemcy i Anglia.

Dlatego nie należy ludzić się, że ubezpieczenie, nawet najszerzej pomyślane, zdoła w Polsce zdziałać więcej dla walki z gruźlicą, niż gdzieindziej.

Ale mimo to bez ubezpieczenia społecznego nie da się nawet pomyśleć u nas o jakiejś szerszej, całe państwo obejmującej, planowej akcji w kierunku tępienia gruźlicy.

Jak gdzieindziej, tak też u nas ubezpieczenie społeczne nie rozwiąże od razu problemu walki z gruźlicą, ale da niezachwianą podstawę do systematycznego, choć powolnego, pokonywania wroga.

Nie ulega wątpliwości, że państwo nasze oprze swoje istnienie i rozwój na szerokich demokratycznych podstawach i będzie musiało dla dobra idei wziąć na siebie kierownictwo w walce z chorobą ludową, jaką jest gruźlica.

Nadto tylko państwo przez przymus ogólny opodatkowania się wzajemnego na rzecz ubezpieczenia się społecznego od choroby i od niezdolności do pracy potrafi zdobyć te miliony, które są niezbędne dla postawienia całego omawianego ruchu na szerokich i zdrowych podstawach higieny społecznej.

Tylko przez przymusowe państwowe ubezpieczenie społeczne, zwłaszcza od niezdolności do pracy, zdoła Polska sięgnąć do korzeni, do źródła plagi społecznej, jaką jest gruźlica, i tam ją tępić, gdzie panuje nędza naszych warstw pracujących.

Przedewszystkiem przez uzdrowotnienie warunków mieszkaniowych proletariatu, przez dostarczenie mu powietrza i słońca, jak to dzieje się w Anglii, Polska otworzy swemu ludowi drogę do zachowania sił i zdrowia.

Budowa zdrowych mieszkań i zakładanie miast-ogrodów dla klasy pracującej będzie pierwszym postulatem w należycie zrozumianym programie przeciwigruźliczym w Polsce. Ubezpieczenie społeczne od niezdolności do

pracy weźmie w tem, jak to widzieliśmy na przykładzie Niemiec, wybitny udział.

Następnie, budowy specjalnych zakładów przeciwgruźliczych, jakimi są uzdrowiska, opieki, szpitale, nie potrafi w dostatecznej i należytej mierze przeprowadzić żadne społeczeństwo bez ubezpieczenia społecznego. Bez tych zaś instytucji nie może obejść się żaden ruch przeciwgruźliczy.

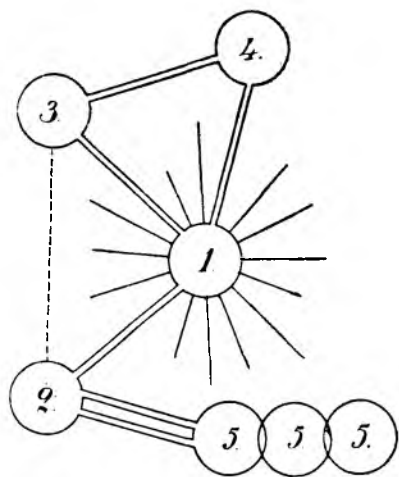
Nie zaniedbując przeto czysto leczniczej strony omawianej akcji, wypadnie u nas zwrócić najbaczniejszą uwagę na środki zapobiegawcze tak w szerokim znaczeniu, o czem była już mowa, jak w ciasnym przeciwgruźliczym znaczeniu.

Do tych przedewszystkiem należą szpitale i schroniska dla nieuleczalnych i zakładanie jaknajwiększej liczby opiek-przychodni.

Każdy szpital powszechny winien posiadać osobny oddział dla zakaźnych postaci gruźlicy, każda większa osada—opiekę-przychodnię. Wszystkie te instytucje przeciwgruźlicze o znaczeniu tak leczniczem, jak zapobiegawczem, winny być ściśle powiązane z sobą przez wzajemne współdziałanie i popieranie się w kierunku jednolitej, zmierzającej do wspólnego celu akcji.

Wypadnie prawdopodobnie całą Polskę pod względem ubezpieczenia społecznego od niezdolności do pracy podzielić na osobne okręgi. Każdy taki okręg winien u siebie przeprowadzić następujący plan przeciwgruźliczy, który przed laty 30 wypracował w Szkocyi, w Edynburgu dr Robert Wiliam Philip.

Nie wdając się w szczegóły, o których obszernie pisałem w r. 1914 w majowym zeszycie Warszawskiego „Zdrowia“, poprzestanę tu na podaniu oryginalnego rysunku tego



1. Opieka-przychodnia. 2. Uzdrowisko (sanatoryum).
3. Szpital dla nieuleczalnych. 4. Urząd zdrowia.
5. Wiejska kolonia—uzdrowisko.

schematu, który tak jest przejrzysty, że nie wymaga chyba długich komentarzy.

Zaznaczę tylko, że zasadą przewodnią tego systemu jest wszechstronne uwzględnienie i, co najważniejsza, skoordynowanie czynników przeciwgruźliczych, bo tylko takie skoordynowanie zapewni największą sumę korzyści w działaniu.

Nadto należy zwrócić uwagę na ostatnie ogniwo w tym łańcuchu skoordynowanych czynników systemu, jakim jest wiejska kolonia-uzdrowisko, oznaczona na rysunku liczbą 5.

Jest to czynnik przyszłości walki z gruźlicą, stosowany dotychczas tylko w ciasnym zakresie w Wielkiej Brytanii, w Szwecyi i Norwegii.

W tej instytucji zbiegają się dwa zasadnicze środki walki z gruźlicą: zapobiegawczy — izolacyjny i leczniczy. Zapobiegawczy dlatego, że w kolonii znajdują dostateczną liczbę miejsc chorzy na zakaźną, byle nie czynną, postać gruźlicy; leczniczy zaś, że w kolonii, obok powyższych, będzie się leczyło poważnie wczesne, początkowe okresy choroby.

Całe leczenie będzie się opierało na dawkojanej pracy na świeżem powietrzu. Obok rozmaitych warsztatów znajdzie się tu szkoła dla gruźliczych dzieci.

Wiejska kolonia-uzdrowisko dla gruźliczych dzięki temu sposobowi leczenia, który na mocy doświadczenia w Wielkiej Brytanii okazał się co najmniej nie gorszym od dotychczas stosowanego na modłę niemiecką, pod względem finansowogospodarczym ma tę jeszcze jedną olbrzymią przewagę, że w znacznej mierze dostarcza sama sobie środków utrzymania i przez to zbliża, jeżeli nie doprowadza, do ideału, jakim jest udostępnienie wszystkim chorym na gruźlicę leczenia, względnie umieszczenia w specjalnych zakładach. (Obszernie o tem pisałem w „Przeglądzie Lekarskim“ z r. 1917 w №№ 13 i 14).

Kończąc na tem swój ogólny zarys planu przeciwgruźliczego na przyszłość w Polsce, streszczam się i stwierdzam, że do wykonania jego jest niezbędnem:

I. Przedewszystkiem przeprowadzenie w państwie i to jak najrychlejsze przymusowego ubezpieczenia społecznego nie tylko od choroby ale nierównie ważniejszego od niezdolności do pracy;

II. Na podstawie tego ubezpieczenia przeprowadzenie:

a) szerokiej reformy mieszkaniowej przez budowę zdrowych mieszkań dla szerokich warstw ludności i

b) Wszechstronnego planu przeciwgruźliczego na wzór „Edynburskiego“, jak to już zresztą czyni w Kongresówce gmina miasta Łodzi.

Przegląd bibliograficzny.

Prof. dr med. Alfred Sokołowski. Choroby proletaryatu. Wykłady z dziedziny medycyny społecznej. Nakład Gebethnera i Wolffa. 1919 (str. 143).

Istnieją dwa wręcz rozbieżne prądy w dążeniach do polepszenia bytu ludzkiego: socjaliści i niektórzy ekonomiści ignorują wszystkie prawie zabiegi ściśle higieniczne, drwią np. ze zwalczania chorób zakaźnych (przynajmniej z tych sposobów, jakie zna każdy lekarz), twierdząc, że usunąć wszelkie dolegliwości, a więc i wysoką śmiertelność, mogą jedynie głębokie zmiany ustroju społecznego. Higienisci-lekarze zaś patrzą pod bliższym kątem widzenia, ograniczając zakres swej działalności do przestrzegania celów wąsko-higienicznych. Dopiero społeczne poglądy eugeników rozszerzają światopogląd i ramy higieny, która zadowolić się już nie chce makrobiotyką, uzyskaniem najlepszych warunków lub przedłużenia życia jednostki, a nawet jednej generacji, będącej w życiu narodu za ledwie przejściowym okresem, lecz stawia sobie za cel wywarcie stanowczego wpływu na rozwój i byt fizyczny dalszego szeregu pokoleń.

Do tej właśnie ostatniej kategorii prac naukowych zaliczyć trzeba dzieła prof. Sokołowskiego „Wielkie klęski społeczne” i „Choroby proletaryatu”. Obie te prace znajdują się w dość ścisłym związku i wzajemnie uzupełniają się. Wielkie klęski społeczne czynią największe spustoszenia wśród najuboższych klas ludności: co z kolei prowadzi autora do zestawienia „chorób proletaryatu”, który w każdym państwie, a więc i w Polsce, stanowi głównie, prawie wyłącznie o liczbie przyrostu naturalnego, a więc i o przyszłości kraju.

Treścią pracy prof. Sokołowskiego jest wyjaśnienie przyczyn wysokiej chorobności i śmiertelności proletaryatu, jakoto: szkodliwości poszczególnych zawodów, wadliwych mieszkań, niedostatecznego odżywiania, przyczyn olbrzymiej śmiertelności dzieci. Praca Sokołowskiego—to wzór pogłębienia tematu, to dążenie patrioty i znakomitego lekarza do poprawy warunków zdrowotnych i ekonomicznych naszych najbiedniejszych

warstw, wzmożenia sił całego narodu w kierunku pomyślnego rozwoju i rozkwitu odradzającej się Ojczyzny.

Całość ujęta jest w dziesięciu wykładach, z których dwa ostatnie obejmują środki zapobiegawcze w walce z wysoką chorobnością i śmiertelnością polskiego proletaryatu i projekty kas ubezpieczeniowych na wypadek niezdolności do pracy, choroby i śmierci; dwa pierwsze omawiają określenie i pojęcia proletaryatu, klęsk i szkodliwości, będących udziałem ubogich klas ludności, wpływ ciężkiej pracy i przemęczenia na organizm robotników i zwłaszcza kobiet i dzieci. Pozostałe sześć wykładów dają obraz szkodliwości poszczególnych zawodów, wpływ warunków mieszkaniowych, niedostatecznego i wadliwego odżywiania, ubrania, wreszcie omawiają sprawę zwyrodnienia fizycznego. Wszędzie autor, w miarę możności, uwzględnia stosunki w Polsce, poświęcając jednak znacznie więcej uwagi ogólnym warunkom mieszkaniowym (wykl. IV i V) i żywienia (wykl. VI i VII), aniżeli szkodliwościom poszczególnych zawodów (wykl. II): zdaje mi się, że wykład II, a zwłaszcza część tegoż, omawiająca szkodliwości w zawodach handlowych, ruchu, robotników rolnych i metalowych (t.j. str. 41 do 45), wymagałaby nieco szczegółowszego omówienia w następnym wydaniu.

Całości życzyć można największego powodzenia, na jakie gruntowne dzieło prof. Sokołowskiego ze wszech miar zasługuje. Uważny czytelnik znajdzie tu rozwiązanie szczególnie trudnych pytań, które trapić u nas musi każdego obywatela: „dlaczego stosunki zdrowotne w Polsce stoją na tak niskim poziomie?” Autor w swojej odpowiedzi nie tylko wskazuje drogę do sanacji mieszkań i budowli, lecz i do uregulowania warunków pracy ludzkiej, nie poprzestaje na jednym, lecz omawia sumę czynników socjalnych.

Pozatem praca Sokołowskiego jest aktualna i pożyteczna, ponieważ wskazuje najpilniejsze zadania w chwili odbudowy kraju, a napisana jest — jak wszystkie dzieła tegoż autora — doskonałym językiem.

St. Serkowski.

Sprawy bieżące.

O konieczności Izb lekarskich w Polsce.

Nanowo do życia wzbudzone Państwo Polskie myśli przede wszystkim o doli sfer pracujących i zaprowadza obowiązkowe ubezpieczenie na wypadek choroby. Dekret w tej sprawie ukazał się w urzędowym „Monitorze Polskim” w N-rze 14 i następnych z roku 1919. Kto znał ubezpieczenie na wypadek choroby w Niemczech i Austrii, musi przyznać, że ubezpieczenie w Polsce obejmować ma wedle tego dekretu nieporównanie szersze kręgi społeczne, niż to było dotąd gdziekolwiek indziej, bo obok robotników w ścisłym tego słowa znaczeniu także wszystkich urzędników prywatnych, gminnych i państwowych bez względu na stanowisko. A nawet członkowie rodziny dobrowolnie ubezpieczonego, lub osoby, będące na jego utrzymaniu, mogą się zgłaszać do kas chorych.

Zdawałoby się, że wobec takiej reformy o nieobliczalnej doniosłości nie tylko dla ubezpieczonych, ale i dla wykonawców tej ustawy, a więc lekarzy, świat lekarski zgodnie i jednogłośnie domagać się będzie tego, co uczyniłby w takim razie świat robotniczy, stojący nagle wobec dobrze i mocno zorganizowanych nowych pracodawców. Świat robotniczy wobec mocnej organizacji swych pracodawców domagałby się bezwątpienia jak najteższej organizacji swoich członków. Bo już dzisiaj każdy, choć tylko niewiele doświadczony, wie, że walkę z pracodawcą wogóle podjąć może tylko robotnik zorganizowany.

A tymczasem co czynią lekarze?

Na wspólnych konferencyach delegatów Rządu warszawskiego i przedstawicieli sfer lekarskich, które się odbyły przed kilku tygodniami w Krakowie, zgodzono się, na wniosek Pana Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia, Dra Chodźki, aby wprowadzić instytucje Izb lekarskich w całej Polsce. Ale, jak nas doszły wieści, lekarze byłego Królestwa Polskiego nie godzą się na Izby lekarskie, zgoda ich nie chcą, nie pragną żadnej przymusowej organizacji. Wprawdzie lekarze galicyjscy nigdy też nie byli całkiem zadowoleni ze swoich Izb lekarskich, czego przyczyny jednak szukać należy w wadach ustawy, jaką miały dotychczas Izby lekarskie w Austrii. Winę tego ponosił rząd austriacki, głuchy na przedstawienia Izb lekarskich, nieżyczliwy sprawie poprawy ustawy, żądania Izb lekarskich i lekarzy zbywający milczeniem, albo odkładający ad Calendas Graecas. Izby lekarskie nie mogły skutecznie bronić interesu lekarzy, bo nie wolno im było lekarzy organizować i drogą organizacji walczyć o poprawę bytu i stanowiska społecznego. Lekarze, spotykając się w życiu codziennie ze zorganizowanymi zawodami i widząc, że do poprawy bytu koniecznym jest łączenie się w zwarte hufce, poczęli tworzyć dobro-

wolne organizacje lekarskie tak w Galicji, jak w całej monarchii austriackiej. Organizacje te zawsze szły ręką w rękę z Izdami lekarskimi, wzajemnie się popierając. Niemniej praktyka lat 30-u dowiodła, że takie dobrowolne organizacje absolutnie nie mogą przezwyciężyć trudności, stawianych lekarzom w walce obronnej przeciw ujemnym stronom kas chorych.

Ujemne strony konstrukcji Izb lekarskich odczuli na własnej skórze lekarze polscy w Austrii. To też na konferencji z delegatami rządu polskiego, skoro władza przedstawiła swój projekt w sprawie Izb lekarskich, głównie o to zabiegali, żeby przyszłe Izby lekarskie nie były bezsilne. Z całym też uznaniem stwierdzić można, że projekt ministeryalny stawiał sprawę Izb lekarskich na należytych gruncie. Mianowicie, ażeby Izby mogły naprawdę skutecznie bronić stanu lekarskiego muszą mieć 1) atrybucye władzy, 2) należytą egzekutywę, 3) reprezentować na zewnątrz cały stan lekarski t. j. obejmować wszystkich bez wyjątku lekarzy. Tym trzem zasadniczym podstawom ustroju Izb odpowiadał też projekt ministeryalny, żadnego zaś z tych warunków nie może wypełnić dobrowolna organizacja lekarska, i dlatego organizacja taka nie może Izb zastąpić i nie jest wystarczająca.

Skoro więc lekarze mogliby uzyskać w Izbach lekarskich silną obronę swojej powagi i swoich interesów, trudno zrozumieć, dlaczego na to nie chcą się zgodzić.

Pozwolimy sobie w tem miejscu przypomnieć, że w Austrii powstały Izby lekarskie, nie narzucone, ale właśnie na życzenie i za usilnem staraniem lekarzy, i to w ślad za ubezpieczeniem na wypadek choroby. Obowiązkowe ubezpieczenie dla chorych robotników zaprowadziła Austria w roku 1888, i wtedy lekarze poczuli konieczną potrzebę reprezentacji zawodowej, którąby ich miała bronić wobec kas chorych. To też ustawa z 22 grudnia 1891 powołała do życia Izby lekarskie. Że te Izby nie zawsze mogły spełniać skutecznie swoje zadania, to już nie wiina samych Izb lekarskich. To też teraz na podstawie długoletniego przykrego doświadczenia, które lekarze polscy w Austrii poczynili, chce rząd polski wprowadzić inną lepszą ustawę o oficjalnej reprezentacji stanu lekarskiego, ustawę, która z oficjalnymi reprezentacjami lekarskimi w Niemczech, (perhorekowanymi przez naszych lekarzy dlatego, że są „niemieckie”) nie ma prawie nic wspólnego prócz nazwy. Jeżeli ta niemiecka nazwa ma być przeszkodą, to można by te reprezentacje nazwać na wzór francuski „syndykatai”; wyglądałoby to jednak osobliwie, gdy będą w Polsce istnieć Izby handlowe, rękodzielnicze, prawnicze, techniczne i t. d., a

tylko lekarskie — syndykaty; a jeszcze gorzej byłoby, gdyby nie było ani Izby, ani syndykatów lekarskich, a były tamte wszystkie.

Jesteśmy przekonani, że po wprowadzeniu kas chorych w całej Polsce w krótkim czasie sami lekarze będą domagać się Izby lekarskich, jak się to stało w Austrii przed 30 laty. A w Polsce Izby lekarskie, czy też inaczej nazwane przedstawicielstwa, okażą się jeszcze prędzej nie tylko potrzebnymi, ale nagle koniecznymi. Należy bowiem zauważyć, że kiedy w Austrii zaprowadzono ubezpieczenie na wypadek choroby, instytucja ta była zupełną nowością, społeczeństwo nie miało z początku do niej zaufania, często się od niej uchylało, a mimo to lekarze byli zmuszeni zabiegać o swą obronę przez zaprowadzenie przymusowej reprezentacji zawodowej prawie w trzy lata później. Teraz zaś, kiedy kasy chorych są bardzo popularne i kiedy ponadto ubezpieczenie obejmować będzie prawie całe społeczeństwo, potrzeba obrony interesów zawodowych lekarzy stanie się dla nich odrazu piekącą.

Uwagi powyższe nadesłano nam w imieniu obydwu Izby lekarskich galicyjskich. Szerokie Koła lekarzy Królestwa, o ile w sprawie omawianej wypowiadały się w naszych instytucjach społeczno-lekarskich i w szczególności w Stowarzyszeniu Lekarzy Polskich, godziły się naogół na poglądy, wypowiedziane w referacie. Pod tym względem właśnie błędne są tylko informacje kolegów galicyjskich, jakoby lekarze z Królestwa przeciwni byli tworzeniu instytucji „Izby lekarskich”. W okresie okupacji niemieckiej nie przyjęliśmy istotnie propozycji władz okupacyjnych wprowadzenia natychmiastowego Izby na terenie Królestwa, przedewszystkiem jednak dlatego, że nie wydawało nam się właściwem ani możliwem uzależnianie w pewnym stopniu stanu lekarskiego polskiego od

władz państwowych, naówczas niemieckich. Powtóre koniecznem wydawało nam się porozumienie zarówno co do zasady organizacyi stanu lekarskiego jak i co do wyboru jej typu (proponowano nam oczywiście izby typu pruskiego) z kolegami z zaborów austrijackiego i pruskiego oraz z kolegami z naszej prowincyi. Pozatem przy decydowaniu typu organizacyi naszego stanu lekarskiego, niezawodnie na długie lata, nakazana wszakże była duża oględność, naturalna — chęć oparcia wyboru typu instytucyi na dokładnem poznaniu i wzorów obcych, mało dostępnych (odnośnie Francyi i Anglii) czasu wojny.

Mniej wątpliwości i mniej wahań mogli mieć z natury rzeczy koledzy z zaborów niemieckich, już przyzwyczajeni od lat szeregu do organizacyi Izby lekarskich i raczej niechętni organizacyi wzoru u nas nie wyprobowanego, jak np. syndykaty francuskie,

To były pokrótce motywy — nie niechęci naszej, tem mniej stanowczego oporu, względem Izby lekarskich, lecz — rezerwy. Dziś, kiedy przyzwyczailiśmy się do załatwiania wielu ważnych spraw organizacyjnych w pośpiechu, kiedy przynagła nas jeszcze wadliwie ujęta sprawa kas chorych, najchętniej porzucamy wspomnianą rezerwę i gotowi będziemy przystosować się do tego typu organizacyi, jaki już został sprawdzony przez kolegów dwu innych zaborów, i z tą korektą, jaką ich przedewszystkiem doświadczenie zaleca. Jednakże i dziś celowem nam się wydaje zgromadzić przynajmniej przedstawicieli wszelkich organizacyi lekarskich polskich w celu wspólnego omówienia i wytworzenia jednolitej opinii lekarzy polskich we wszelkich sprawach, dotyczących organizacyi i spraw bytu lekarskiego w Polsce. Inicytywę do Zjazdu takiego rzuciło ostatnio Stowarzyszenie Lekarzy Polskich w Warszawie — obyż z pomyślnym dla ogółu wynikiem.

Redakcja.

Wiadomości bieżące.

— Ze statystyki chorób zakaźnych w Warszawie (z przedmieściami). Od d. 16. III. do 22. III. 1919 r. było zachorowań: na ospę 0, odrę 10, szkarlatynę — 6, dur plamisty — 213 (w tem 112 mężczyzn i 101 kobiet, 143 chrześcijan i 70 żydów), dur brzuszny — 9, dyfteryt — 4, dyzenterję — 3, dę-

twicę karku — 4 (w tem 1 chrześcijanin i 3 żydów). Najwięcej przypadków duru plamistego było w 26 okręgu — 35, w 2 okręgu — 24, w 5-im — 22, w 7-ym — 18, w 4-ym — 13, w 8-ym — 11, w 11-ym — 10, w 3, 6 i 10 po 8, w innych cyfry pomniejsze.

TREŚĆ NUMERU.

	Str.		Str.
Aleksander Kummant Niezwykły przypadek podjęzykowej terbieli skórzastej	149	dzenia społecznej walki z gruźlicą (dok.)	158
Z. Bychowski Przyczynki do neurologii wojennej (dok.)	150	Przegląd bibliograficzny. A. Sokołowski.	
Streszczenie zbiorowe J. Puterman. Epidemia influenzy w r. 1918 (dok.)	154	Choroby proletaryatu. Ocenit St. Serkowski.	161
Odcinek. Antoni Kuczewski. O niezbędności wprowadzenia w Państwie Polskiem ubezpieczenia społecznego z punktu wi-		Sprawy bieżące. O konieczności Izby lekarskich w Polsce.	162
		Wiadomości bieżące	163
		Nekrologia. Józef Smoleński, Władysław Biesiekiński.	164

NEKROLOGIA.

Niezwykłe smutny przypadek mi dzisiaj w udziale obowiązek skreślenia słów kilku, poświęconych pamięci zgasłego nagle w pełni sił dnia 8 lutego r. b. ś. p. Józefa Smoleńskiego.

I dziwny tragizm zawisł nad życiem tego kolegi-Polaka, któremu los kazał ujrzeć światło dzienne w Twerze (1875 r.)—na ziemi wrogów naszych—moskali, dokonać zaś żywota w otoczeniu i na ziemi najwięcej nienawiści bodaj godnych z naszych wszystkich nieprzyjaciół—niemców—w obozie jeńców w Zerbst.

Tem większy jest tragizm ten w życiu ś. p. Smoleńskiego, jeśli uprzytomnimy sobie, że urodzony w Rosyi i po ukończeniu w r. 1900 uniwersytetu moskiewskiego ze stopniem lekarza, wiedziony tęsknotą do nieznanego Mu, a wymarzonej raczej Ojczyzny, porzuca Rosyę, dając nadzieję świetnej przyszłości materyalnej i z tęsknotą w sercu dąży do Warszawy, gdzie, wstąpiwszy w charakterze asystenta na oddział piszącego te słowa w Warszawskim Domu Wychowawczym ks. Boduena, przez lat wiele pracuje, spełniając później obowiązki lekarza miejscowego lub też zawiadującego oddziałem dla chorych zakaźnych. Powołany do szeregów wojennych w samym początku wojny światowej, dostaje się do niewoli niemieckiej, aby tam wśród tych najgłodniejszych nienawiści każdego Polaka—wrogów naszych—prawego i pracowitego żywota swego dokonać.

W czasie asystentury na oddziale ogłosił ś. p. Smoleński dwie prace, a mianowicie: „O znaczeniu leczniczym związków glicerynofosforowych u dzieci” (praca klinicznodoświadczalna) i razem ze mną: „Przypadek płonicy z przebiegiem bezgorączkowym; zejście śmiertelne”.

Patrząc na ś. p. kol. Smoleńskiego przez lat wiele, jako na swego współpracownika, zawsze ceniłem w Nim niezwykłą pracowitość i do najwyższej pedanterii posuniętą sumienność w spełnianiu przyjętych na siebie obowiązków; w stosunkach z kolegami ś. p. Józef był zawsze skromny do przesady niemal i kierował się w postępowaniu z nimi zasadami najsuklejszej pojętej etyki.

To też i pustkę wielką w sercu odczułem, dowiedziawszy się o strasznej wieści,

zwiastującej przedwczesną śmierć tak ze wszechmiar na szacunek zasługującego wieloletniego współtowarzysza pracy.

Gdy więc losy kazały prochom Jego wśród wrogów spoczywać, niechże przynajmniej pamiętać o Nim, na którą życiem swem bezwzględnie zaczętem i pracowitem zasłużył, nigdy nie zaginie!

Bohdan Korybut-Daszkiewicz.

Dnia 7 marca r. b. zmarł w Warszawie po długim zmaganiu się z ciężką niemocą ś. p. Władysław Biesiekierski, człowiek nieposzlakowanej czystości charakteru i dobrego serca.

Urodzony w r. 1868 w majątku rodzinnym Studzianna powiatu Opoczyńskiego, wykształcenie średnie otrzymał w gimnazjum w Radomiu. Po skończeniu wydziału lekarskiego Uniwersytetu Warszawskiego w r. 1895 zaczął pracować w charakterze asystenta w oddziale chirurgicznym dra Wł. Szteynera w szpitalu Dzieciątka Jezus w Warszawie i na stanowisku tem pozostawał do r. 1899, w którym udał się na stały pobyt do Płocka, gdzie praktykował jako chirurg i ginekolog. W r. 1908 wyjeżdża za granicę w celu uzupełnienia swego wykształcenia zawodowego, specjalnie dla wydoskonalenia się w ortopedyi i zapoznania się z metodami leczenia fizykalnego. Po powrocie do kraju osiada w Warszawie i tu otwiera zakład ortopedyczny i dla leczenia fizykalnego, pracując jednocześnie w charakterze asystenta w oddziale chirurgicznym dra Br. Sawickiego w szpitalu Dzieciątka Jezus, latem zaś praktykuje jako lekarz zdrojowy w Ciechoćniku.

Drukiem ogłosił pracę p. t.: „Cierpienia łękotek stawu kolanowego urazowego pochodzenia” (Przegląd chir.-ginek. T. II). „Metoda Bergonie’go i jej zastosowanie w otyłości”. (Gaz. Lek. 1914).

Nieskazitelną uczciwość, dobroć, łagodność i uprzejmość w obcowaniu zjednywały Mu serca ludzi, to też przedwczesnemu zgonowi Jego towarzyszy głęboki żal wszystkich, którzy Go bliżej znali.

Niech Mu ziemia lekka będzie!

W. Szerszyński.

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

Adres Redakcji i Administracji: Marszałkowska 73. Telefon 26-79.

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 Mk. 20. Cena numeru pojedynczego 2 m.

CENA OGŁOSZEŃ w Gazecie za wiersz dwuszpaltowy, drobnym 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 czcionkami 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 marek 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. N u s b a u m a.

Cena m. 6.25.

Dyagnostyka chirurgiczna

przez dra Romana Jasińskiego.

Cena m. 7.50.

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

Choroby serca

przez prof. O s k a r a W i d m a n a.

Cena m. 7.50.

Dla prenumeratorów i studentów m. 4.

PSYCHIATRYA

przez dra R o t h e g o.

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

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

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“.

Wydawnictwa Gazety Lekarskiej.

Administracja Gazety Lekarskiej posiada jeszcze na składzie niewielką liczbę egzemplarzy dzieł, wydanych dawniej, i odstępować je będzie wyłącznie tylko swym prenumeratorom. Są to:

NOTHNAGELA i ROSENBACHA.

FARMAKOLOGIA

(przekład z niemieckiego). Cena m. 15.

GILLES DE LA TOURETTE.

HISTERYA

w opracowaniu A. PUŁAWSKIEGO. Cena m. 8.

Do nabycia wyłącznie w Administracji Gazety Lekarskiej — Marszałkowska 73.

Polska Krajowa

LOTERYA

= Klasyczna =



Warszawa

R. G. O.

ul. Kredytowa 4.

5-ta Loterya klasyczna R. G. O. na I półrocze 1919 roku.

50000 numerów, 25000 wygranych i 51 premii.

! Wygrywa WIĘCEJ niż co drugi numer !

SUMA
WYGRANYCH

8 milionów 211 tysięcy mar. pol.

Wielka wygrana: 750000 marek pol.

Ciągnięcie 3 klasy 4 i 5 kwietnia 1919 r.

Na każdej ćwiartce pieczęć z Orłem Polskim i napisem: Rada Główna Opiekuńcza.