

# WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

WYCHODZI CO CZWARTEK

REDAKTOR: ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCY: WILHELM KNAPPE i REMIGJUSZ STANKIEWICZ

ADRES REDAKCJI: Sienkiewicza 12 m. 28.

ADRES ADMINISTRACJI: Zielna 47.

Nr. 32

WARSZAWA, 27 WRZEŚNIA 1928 R.

Rok V

## PRACE ORYGINALNE.

### Wykłady kliniczne.

#### O tracheotomji nagłej i o rurkach tracheotomijnych.

Podał

Zygmunt SREBRNY (Warszawa).

1.

Morell Mackenzie w swoim podręczniku chorób gardła i nosa<sup>1)</sup> pisze, że był pewnego razu wezwany do chorego, mieszkającego w bezpośrednim jego sąsiedztwie. Zastał człowieka, duszącego się z powodu obrzęku krtani, pospieszył więc do mieszkania swego po narzędzia do tracheotomji. Gdy po kilku minutach wrócił, chory już nie oddychał. Natychmiast wykonał tracheotomję, zastosował sztuczne oddychanie i przywrócił pacjenta do życia, niestety, jednak nie na długo, gdyż po upływie 36 godzin chory zmarł.

Na sekcji znaleziono jedno płuco całkowicie spadnięte, co, zdaniem Mackenziego, nastąpić mogło tylko podczas chwilowego zawieszenia oddychania.

Jeżeli tak jest istotnie, jeżeli w samej rzeczy przyczyną spadnięcia się płuca była owa kilkuminutowa przerwa w oddychaniu, to okazuje się, jak ważny jest pośpiech w przywróceniu dopływu powietrza do płuc.

Przed 40 laty znalazłem się w sytuacji zupełnie podobnej do tylko co opisaney<sup>2)</sup>, u chorego ze zwężeniem krtani, którego duszność podczas badania rosła tak przeraźliwie szybko, że w ciągu kilku minut przeszła w stan zupełnej asfiksji. W braku jakichkolwiek narzędzi zmuszony byłem zrobić tracheotomję dostarczoną mi przez kogoś z otoczenia kozikiem, który jednak był tak tępy, że chrząstek tchawicy przeciąć nim nie mogłem. Na szczęście, w krytycznym momencie nadbiegł felczer, który

miał przy sobie lancet, i tym lancetem dopiero przeciąłem tchawicę, a poprzecznie ustawiony trzonek tego narzędzia służył mi do rozszerzania otworu w tchawicy. Następnie w ciągu kilkunastu minut robiłem sztuczne oddychanie, aż chory sam zaczął oddychać. Zatrucie kwasem węglowym w tym przypadku było tak silne, że chory dopiero w kilkanaście godzin po dokonanym upuszczeniu krwi odzyskał przytomność, ale został uratowany, przy czem pospiesznie wykonana tracheotomia nie dała powodu do poważniejszych powikłań, jak to było w trzech następnych przypadkach, które pokrótce opiszę.

U kobiety trzydziestokilkuletniej wykonana została operacja na szyi z powodu ropówki okołoprzełykowej, wywołanej wprowadzaniem na ślepo do przełyku narzędziami w celu usunięcia ciała obcego<sup>3)</sup>. W kilkanaście godzin po operacji, w nocy wystąpiła nagle tak wielka duszność, że nie było czasu nawet na przeniesienie chorej na stół operacyjny, trzeba było tracheotomję wykonać na łóżku i, aby opanować krwawienie, chwycić kleszczykami hemostatycznymi tkanki en masse. Następstwem tego była w dalszym przebiegu rozległa martwica chrząstek tchawicy, która groziła jej zwężeniem. Na szczęście, obawy te okazały się płonnymi, spodziewana tracheostenozą nie powstała.

W trzecim spostrzeżeniu<sup>4)</sup> manipulacja, jak się zdaje, kozykiem Graefego dała powód do rozdarcia przełyku, czego następstwem była rosnąca z godziny na godzinę odma powietrzna podskórna szyi i podśluzowa gardzieli. Wraz z rosnącą odma zaczęła występować duszność, i nie ulegało wątpliwości, że tracheotomia okaże się niezbędną. Przewidując zaś trudności przy jej wykonaniu z powodu krótkiej i grubej szyi pacjenta, jak również z powodu nagromadzającego się pod skórą szyi powietrza, zdecydowałem przystąpienie do tracheotomji zawczasu, t. j. kiedy oddech był jeszcze względnie dosyć swobodny. Zaledwie jednak chory położył głowę na wałku, w tej samej chwili zerwał się bez tchu, napróżno usiłując chwycić powietrze, i runął na wałek z powrotem. Nie było ani chwili do stracenia. Trzeba było jednym cięciem dojść do tchawicy, przy czem z przeciętych naczyń i gruczołu tarczowego tryskała krew fontanną i zalała płuca po otworzeniu tchawicy. — Ługotwałe

<sup>3)</sup> p. Z. Srebrny. O ropówkach okołoprzełykowych i innych następstwach mechanicznego obrażenia przełyku, Warsz. Czas. Lek. 1928.

<sup>4)</sup> Ibidem.

<sup>1)</sup> Die Krankheiten des Halses und der Nase. T. I. 1880

<sup>2)</sup> p. Z. Srebrny. Laryngitis ventricularis hyperplastica. Medycyna i Kronika Lekarska. 1916.

sztuczne oddychanie i aspirowanie krwi z płuc doprowadziło wreszcie do tego, że chory zaczął oddychać. Wykrztuszana potem przez rurkę w ciągu całej nocy krew uważana była za aspirowaną przez chorego po otwarciu tchawicy. Gdy jednak następnego dnia krew ciągle była wykrztuszana, okazało się, po odciągnięciu hakami brzegów rany tchawicy, że skałeczona była tylna ściana tchawicy podczas tracheotomji, i że z tej właśnie rany obficie krwawiło. Wytamponowanie tchawicy ponad rurką położyło kres krwawieniu.

Jakkolwiek chory był stracony z powodu cierpienia zasadniczego (rozdarcie przełyku), jednak przykrem powikłaniem było uszkodzenie tylnej ściany tchawicy podczas pośpiesznie wykonywanej tracheotomji.

Jeszcze poważniejsze i groźne dla życia powikłanie zdarzyło się podczas tracheotomji, przy której asystowałem jednemu ze znanych chirurgów warszawskich. Przypadek<sup>5)</sup> dotyczył dziecka z dużym zwężeniem krtani, wywołanem uciskiem na krtani i tchawicę ze strony bardzo rozległego nacieczenia septycznego na szyi, przeważnie z jednej strony. Skutkiem tego ucisku krtani i tchawica odepchnięte były z linii środkowej na zewnątrz, co obok silnie nacieczonych tkanek szyi w wysokim stopniu utrudniało znalezienie tchawicy. Trzymając się linii środkowej, chirurg doszedł do kręgosłupa, nie znalazłszy po drodze tchawicy. Tymczasem dziecko przestało oddychać. Wykonywana w dalszym ciągu pośpiesznie operacja skończyła się wreszcie otworzeniem tchawicy, aspirowaniem krwi z płuc i sztucznym oddychaniem z przywróceniem dziecka do życia. W przebiegu pooperacyjnym okazało się, że pokarmy płynne, a nawet papkowate były w przeważnej ilości wyrzucane przez rurkę, aż w końcu po upływie wielu miesięcy doszliśmy do przekonania, już na samym początku przeżegnaliśmy, że mamy do czynienia z następstwem przetoki przełykowo-tchawicznej, powstałej skutkiem przecięcia tylnej ściany tchawicy i przełyku podczas tracheotomji. Powikłanie to wymagało nowej operacji: zeszywania przetok obu narządów — i ostatecznie skończyło się szczęśliwie, mogło jednak spowodować śmierć dziecka z wycieńczenia, zapalenia płuc zachyłkowego lub zapalenia śródpiersia.

W opisanych tu przypadkach mieliśmy w jednym śmierć chorego skutkiem zbyt późno wykonanej tracheotomji, w 3 innych — powikłania, spowodowane pośpiesznym jej wykonaniem.

Co robić, aby nieszczęść tych uniknąć? Co robić, aby mękę duszenia się jaknajprędzej usunąć? Co robić, aby z niezmiernie emocjonującej operacji uczynić zabieg, któryby można było wykonać spokojnie, bez pośpiechu?

Celem niniejszego wykładu jest właśnie przypomnienie tych wszystkich sposobów, jakie podczas wykonywania tracheotomji *in extremis* zalecano.

Już pierwszy, jak się zdaje<sup>6)</sup>, wykonawca tracheotomji Antyllus<sup>6)</sup> w 2-m wieku po Chrystusie jednym cięciem poprzecznym otwierał tchawicę pomiędzy 3-m a 4-m pierścieniem, t. j. wykonywał to, co w nowszych czasach Francuzi nazywali „tracheotomie à un coup“. Nawiasem tu dodam,

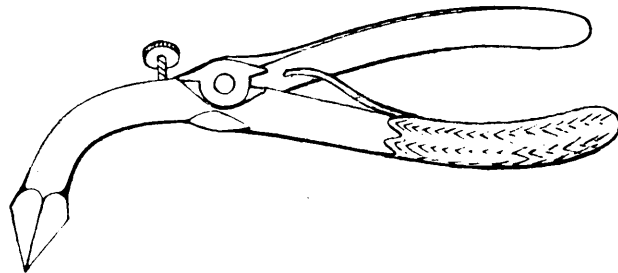
<sup>5)</sup> p. Z. Srebrny. Z kliniki zwężeń tchawicy. Medycyna i Kronika Lekarska. 1915.

<sup>6)</sup> Według niektórych źródeł pierwszym wykonawcą tracheotomji miał być Asclepiades w 1-m wieku przed Chr.

<sup>6)</sup> Szczegóły historyczne, dotyczące tracheotomji i rurek tracheotomijnych, zaczerpnięte zostały z podręczników: Morell Mackenzie. Die Krankheiten des Halses und der Nase oraz O. Chiari. Chirurgie des Kehlkopfes und der Luftröhre. 1916.

że i zalecana przez Francka<sup>7)</sup> tracheotomia poprzeczna, jak widać z tego, co powiedziałem o operacji Antyllusa, praktykowana była już w starożytności; dopiero w wieku 16 Fabricius ab Aquapendente wprowadził cięcie podłużne części miękkich a Heister w wieku 18 dodał do tego także cięcie tchawicy.

Wracając do tracheotomji „à un coup“, którą, jak widzieliśmy, już robił Antyllus, zaznaczam, że w wieku 16 Sanctorius zalecił wykonywanie jej za pomocą trójgrańca, że trójgrańców tych po nim polecano liczne odmiany, że najpopularniejszy z nich jest tracheotom Pithy (rys. 1), że u nas



Rys. 1.

przed laty 50 w tym samym celu Dr. Chwat (rys. 2) używał noża z zasuwką, którym robił jedno cięcie do tchawicy, a potem, otworzywszy tcha-



Rys. 2.

wicę, nasuwał na ostrze noża zasuwkę i poprzecznie ustawionym nożem rozszerzał otwór w tchawicy.

Musiały te wszystkie tracheotomy narobić niemało spustoszeń, skoro Hueter<sup>8)</sup> przed laty 50 pisał o nich, że bardziej przyczyniły się do zdyskredytowania, niż do spopularyzowania tracheotomji. Przy wysiłku potrzebnym do przebicia części miękkich i tchawicy trójgraniec łatwo zbacza i zostaje wkluty do części miękkich z boku od tchawicy; przy nagłym, gwałtownym wkluciu może przebić tylną ścianę tchawicy, a nawet i przełyk; po drodze do tchawicy napotkać może gruczoł tarczowy, sploty żyłne lub nieprawidłowo przebiegające tętnice, co stosuje się już nietylko do trójgranców, ale i do noża. Jak wogóle każda operacja, wykonywana naślepo, i ta ma w sobie coś odstręczającego.

Morell Mackenzie w latach 70-ych ubiegłego wieku, od czasu nieszczęśliwego przypadku tracheotomji, o którym mówiłem na wstępie, nosił przy sobie zawsze rurkę własnego pomysłu na mandrynie, w którym znajdował się mały nóż.

W r. 1908 Botey<sup>9)</sup> z Barcelony zalecił w nagłych, groźących natychmiastowem zaduszeniem przypadkach przekucie trójgrancem więzów tarczowo-obrączkowego środkowego (*lig. cricothyreoideum*

<sup>7)</sup> Münch. Med. Woch. 1910. Nr. 6.

<sup>8)</sup> Handb. d. Chir. v. Pitha und Billroth. 1880.

<sup>9)</sup> Ztbl. f. Laryngologie 1909, str. 78. Jest to właściwie *laryngotomia intercricothyreoidea* Vicq d'Azyra.

*medium s. conoideum*) z pozostawieniem w tchawicy do czasu wykonania właściwej tracheotomji małej, z boków spłaszczonej rurki, siedzącej na trójgrąncu. Operację wykonywa się w pozycji siedzącej chorego z zadartą w tył głową, przyczem więź łatwo wyczuwa się palcem. Zabieg ten, pozornie łatwy i bezpieczny, w praktyce okazuje się wręcz przeciwny: więź tarczowo-obrączkowy, pomimo to że ma tylko 1 mm. grubości, jest jednak bardzo twardy i mocny, i przebicie go wraz z przebicciem tkanek, nad nim położonych, wymaga pewnej siły, skutkiem czego trójgraniec zbacza, a częściej jeszcze wbija się w tylną ścianę krtani.

To skłoniło Boteya do zastąpienia trójgrąncza nożem, z obu kantów ostrym, którym robi cięcie poprzeczne w więzie. Ale w więzie tym przebiega tętnica — *art. cricothyreoidea*, która, łącząc się z taką tętnicą strony przeciwnej, daje gałązkę, przebijającą więź i drażącą do wnętrza krtani. Uszkodzenie więc tej tętniczki stanowi niebezpieczeństwo, połączone z zabiegiem Boteya.

Dla uniknięcia tego niebezpieczeństwa Denker<sup>10)</sup> z Halle proponuje robić cięcie poprzeczne w więzie tuż przy samym górnym brzegu chrząstki obrączkowej ze względu na to, że tętnica tarczowo-obrączkowa i jej gałązki trzymają się przeważnie górnych dwóch trzecich więzu. Jakkolwiek Denker o tem nie wspomina, należy jednak tu zaznaczyć dla ścisłości, że to cięcie wzdłuż górnego brzegu chrząstki obrączkowej zalecił już Vicq d'Azyr<sup>11)</sup>.

Denker podaje szereg nożyków krótkich, z obu kantów ostrych, różnej długości, szerokości i grubości, stosownie do wieku i płci chorych. Zapomocą tych nożyków przerobił omawianą operację na zwłokach 50 ludzi różnego wieku i różnej płci, przyczem raz tylko skaleczył tętnicę, a ani razu nie uszkodził tylnej ściany krtani.

W Anglii zabieg Boteya-Denkera, nieco zmodyfikowany, stosował Butlin, we Francji Perrier i Poirier.

Zabieg Denкера w istocie daje się łatwo wykonać w ciągu kilku sekund, nie jest jednak tak bezpieczny, jak utrzymuje autor. Na zwłokach bowiem niema się do czynienia ze zwężeniami krtani, u chorego zaś, u którego błona śluzowa krtani jest nacieczona i wypełnia nieraz całe światło krtani, nieuniknioną jest rzeczą w wielu razach uszkodzenie bocznych i tylnej ściany krtani, które samo przez się może i nie stanowi powikłania poważniejszego, ale ze względu na możliwość obfitego krwawienia może stać się źródłem niebezpieczeństwa lub konieczności wytamponowania krtani. Poza tem wymacanie przestrzeni tarczowo-obrączkowej u człowieka dorosłego jest istotnie łatwe, u małych dzieci atoli wcale wykonać się nie da. A wreszcie i u dorosłych możliwe są przeszkody do wymacania przestrzeni tarczowo-obrączkowej. Przeszkodę taką stanowić może obecność zraza piramidalnego tarczycy, który Luschka<sup>12)</sup> znajdował mniej więcej u każdego 12 człowieka, a Lücke<sup>13)</sup> nawet u każdego trzeciego.

Zraz ten pokrywa sobą więź tarczowo-obrączkową i chrząstkę tarczową, dochodząc nieraz aż do kości gnykowej.

Czasami, zamiast tego zraza, według Luschki, znajdują się gruczoły tarczowe dodatkowe *glandula thyreoidea accessoria superior* nad *incisura thyreoidea* i *gland. thy. acc. inferior*, leżąca na więzie tarczowo-obrączkowym. Jeżeliby zaś nawet poprzez ten gruczoł dodatkowy udało się wymacać przestrzeń tarczowo-obrączkową, to wkłucie noża do krtani w takich warunkach nie jest rzeczą obojętną.

Zarówno, jak zraz piramidalny i gruczoły tarczowe dodatkowe, tak i duże wole oraz inne guzy i rozległe nacieczenia na szyi uniemożliwiają wykonanie zabiegu Denкера.

Wobec takich trudności należało szukać innych sposobów natychmiastowego zażegnania grożącego zaduszenia, zanim można będzie przystąpić do właściwej tracheotomji. W przypadkach takich radził Chiari<sup>14)</sup> wprowadzić do krtani rurę Schröttera<sup>15)</sup>. Wykonanie tego rękoczynu przez laryngologa pod kierunkiem lustra jest rzeczą łatwą; niewłaściwą techniką laryngoskopową może bez trudu wprowadzić rurę do krtani po palcu; często zaś, szczególnie u dzieci, wystarczy mocno nacisnąć język, aby ujrzeć nagłośnię, a wtenczas wprowadzenie rury poza nią do krtani jest już drobnostką.

Gdy w latach 50-ych zeszłego wieku Bouchut<sup>16)</sup>, a za nim O'Dwyer<sup>17)</sup> wprowadzili do terapii krupę intubację, skorzystano z tego pomysłu dla ułatwienia sobie wykonania tracheotomji w przypadkach nagłych. Wielu lekarzy nawet wykonywa ją zasadniczo w ten sposób, jak Fronz<sup>18)</sup>, Bokay<sup>19)</sup>, Keiner<sup>20)</sup>. Intubacja O'Dwyera ma jednak tę niższość nad rurą Schröttera, że wymaga dosyć skomplikowanego instrumentarium, i że wprowadzona do krtani rurka może być wykrztuszona, zanim lekarz przystąpi do tracheotomji lub zdąży otworzyć tchawicę. Natomiast rura Schröttera jest narzędziem prostem, które zawsze można mieć przy sobie; aby zaś nie wyskoczyła, trzyma się ją ręką lub umocowuje się za pomocą tasiemek, związanych na karku. Rura, wprowadzona do krtani, jak każde ciało obce, wywołuje kaszel i krztuszenie się, które uspokoić można szybko, posmarowawszy uprzednio rurę maścią kokainową.

Tak postąpiłem niedawno u chorego, który po zapen-dlowaniu krtani dostał groźnego kurczu krtani. Bez rury Schröttera tracheotomia w tym przypadku byłaby nieunikniona. Gdy jednak po wprowadzeniu rury chory, bardzo nerwowy i niespokojny, zmusił mnie do jej wyjęcia, a duszenie się trwało dalej, wprowadziłem rurę ponownie, posmarowawszy ją przedtem wazeliną z kokainą. Po upływie 1—2 minut chory uspokoił się, trzymał jeszcze przez krótki czas rurę i wreszcie po jej wyjęciu zaczął oddychać prawidłowo, pozbywszy się kurczu krtani.

<sup>14)</sup> Op. cit.

<sup>15)</sup> Zabieg ten pod nazwą „Tubage du larynx“ był już w 18 wieku wykonywany za pomocą cewnika elastycznego.

<sup>16)</sup> L'union med. 1858.

<sup>17)</sup> New York med. Journ. 1885.

<sup>18)</sup> L. Ortnier. Therapie inner. Krankh.

<sup>19)</sup> Arch. f. Kindh. 1897, Nr. 23.

<sup>20)</sup> Monatschr. f. Kindh. 1912, Nr. 12.

<sup>10)</sup> Verh. d. Ver. deutsch. Laryng. 1913.

<sup>11)</sup> p. Luschka. Der Kehlkopf des Menschen 1871.

<sup>12)</sup> Op. cit.

<sup>13)</sup> Handb. d. Chir. von Pitha und Billroth.

Kiedy w ten sposób w przypadku zwężenia krtani niebezpieczeństwo zaduszenia się zostaje zażegnane, można z całym spokojem przystąpić do tracheotomji i wykonać ją bez obawy zrobienia jakiegokolwiek krzywdy pacjentowi.

W przypadkach nienagłych, mogących jednak nastąpić trudności przy wykonywaniu tracheotomji (wole, guzy szyi, nacieczenia rozległe części miękkich), wskutek których operacja trwać będzie musiała dłużej, wprowadzenie uprzednie rury do krtani uwalnia chorego od męki duszenia się podczas operacji, a operatorowi daje możliwość zachowania wszelkich niezbędnych ostrożności. Niewątpliwie, wprawny chirurg z trudnościami temi da sobie radę, ale spostrzeżenia, na wstępie przytoczone, dowodzą, że i największa wprawa w nagłym przypadku nie chroni chorego od powikłań, nieraz nader poważnych. Zresztą, i wprawny woli ułatwić sobie zadanie, niż niepotrzebnie walczyć z trudnościami. A dalej, koniecznością wykonania tracheotomji może być zaskoczony i mniej obyty z nożem lekarz, są bowiem trzy stany chorobowe, z którymi każdy lekarz powinien umieć dać sobie radę: nagły upadek czynności serca, groźny krwotok i duszenie się z powodu zwężenia dróg oddechowych. Czem w pierwszym przypadku jest zastrzyknięcie kamfory pod skórę, w drugim ucisk naczyń lub zatamponowanie rany, tem w trzecim przypadku jest tracheotomia, którą właściwie każdy lekarz powinien umieć wykonać. Ponieważ jednak tak nie jest, niechże przynajmniej nie zaniedba innego sposobu uratowania życia w nagłym przypadku przez wprowadzenie do krtani rury Schröttera, którą może mieć zawsze przy sobie, tak samo, jak nosi ze sobą strzykawkę Pra-

vaza. W jednym tylko przypadku intubacja rurą Schröttera lub O'Dwyera jest przeciwwskazana: w przypadku ciała obcego w gardzieli lub krtani. W tym razie, jeżeli usunięcie ciała obcego naprędce nie udaje się, a niema czasu na wykonanie tracheotomji, wchodzi w swoje prawa przekłucie więzu tarczowo-obrączkowego. Jako środek suwerenny jednak powinno zawsze pozostać wprowadzenie do krtani rury drogą naturalną.

Trzy razy w tym wykładzie musiałem za Ben-Akibą powtórzyć, że wszystko już było. Raz — gdy powiedziałem, że już w drugim wieku po Chrystusie Antyllus robił tracheotomję poprzednią; drugi raz — gdy wspominałem o tracheotomji „à un coup“, którą już tenże Antyllus wykonywał; trzeci raz — kiedy zaprzeczyłem Denkerowi pierwszeństwa pomysłu przecinania więzu tarczowo-obrączkowego tuż przy górnym brzegu chrząstki obrączkowej, rewindykując ów pomysł na rzecz Vicq d'Azyra. Teraz muszę po raz czwarty stwierdzić słuszność aforyzmu Ben Akiby: Nie Bouchut, nie O'Dwyer, nie Chiari lub którekolwiek inny po raz pierwszy rzucił myśl intubowania krtani duszącego się człowieka, — pierwszym, który myśl tę wypowiedział, a może i wykonał przed 24 wiekami był Hippocrates, w którego pismach czytamy... „Καὶ τοὺς ἀνθίσκους παρῶσαι εἰς τὸν φάρυγγα κατὰ τοὺς γνάθους, ὡς ἐλκεται τὸ πνεῦμα εἰς τὸν πλεῦμον...“, co znaczy... i wprowadzić rurki do gardła poprzez szczęki (t. j. przez usta), aby dech został wciągnięty do płuc.

(Dok. nast.).

## Z klinik, szpitali i pracowni.

*Z pracowni chemiczno-bakteryjologicznej Miejskiego Szpitala Żydowskiego w Wilnie.*

(Lekarz Naczelny Dr. A. WIRSZUBSKI).

### Badania serodjagnostyczne na kiłę według metody Wassermanna i Meinickego („M-T-R“—„Meinicke-Trübungs-Reaktion“\*).

Podał

Dr. G. GELMAN, kierownik pracowni (Wilno).

W referacie niniejszym mam zamiar przedstawić Szanownym Państwu wyniki moich badań serodjagnostycznych na odczyny kiłowe za pomocą reakcji Wassermanna i M-T-R, t. j. wyjaśnić znaczenie odczynu Meinickego, jako takiego, i wyniki, jakie otrzymujemy, przerabiając jednocześnie Wa-R i M-T-R.

Jak wiadomo, odczyn Wassermanna, ogłoszony w roku 1906, jest bardzo skomplikowany,

\*) Referat, wygłoszony 21/1 r. b. na pos. związku lekarzy międzyszpitalnych w Wilnie.

drogi i wymaga specjalnego doświadczenia, specjalnego personelu, aparatów, zwierząt i t. d.

Naturalnie, że po ogłoszeniu tej reakcji, szukano innych reakcji podobnych, któreby były łatwiejsze do wykonania, nie tak drogie i dostępne nawet lekarzowi-praktykowi, który mógłby je łatwo wykonać w godzinach przyjęć.

Takich odczynów proponowano wiele, mają one jednak obecnie znaczenie tylko historyczne.

Można je podzielić na trzy grupy:

I-sza grupa tych reakcji polega na tem, że niektóre ciała chemiczne, jak, na przykład, lecytyny, cholesteryny i t. d., mogą same tak działać na surowicę, że dają straty precipitację w przypadkach kiły i nie dają żadnych objawów z surowicą normalną; są to: reakcja lecytynowa Porges-Meiera, cholesterynowa Sachs-Altmana i t. p.

Do drugiej grupy należą reakcje, w których podstawą jest łatwość wypadania białka, a mianowicie, globulin; jest to, na przykład, odczyn Klaubnera z wodą destylowaną.

Trzecia grupa — są to reakcje, w których mamy do czynienia z antygenami - lipoidowymi;

mamy tu zjawisko, które nazywa się „związaniem lipidów” („Lipoidbindungsreaktion”).

To są odczynы Sachs-Georgi, Dreyer-Warda, Meinickego, Dolda i inne.

Większa część odczynów pierwszych dwóch przeze mnie wymienionych grup ma, jak powiedziałem, tylko znaczenie historyczne, i nikt ich obecnie nie stosuje, ponieważ dają one wielki odsetek wyników dodatnich nieswoistych, i nie można ich wogóle dokładnie kontrolować.

Co się dotyczy odczynów trzeciej grupy, to są one rozpowszechnione wszędzie, dzięki swojej dokładnej technice, kontroli i t. d.

W Niemczech najpopularniejszy jest odczyn Sachs-Georgiego, Meinickego, w Anglii — Dreyer-Warda, w Ameryce — Kahna, we Francji — Vernesa.

Te ostatnie odczynы miały w swoim czasie wielkie znaczenie teoretyczne, ponieważ przy pomocy tych procesów fizyczno-chemicznych, które stanowią ich podstawę, udało się wytłumaczyć cały szereg zagadnień z dziedziny serodjagnozy kiły i serologii wogóle.

Obecnie mają one także wielkie znaczenie praktyczno-kliniczne, jak niżej zobaczymy.

Odbyło się już w tej sprawie kilka zjazdów międzynarodowych (trzeci — ostatni był w Kopenhadze w roku 1923), które miały na celu wyjaśnienie klinicznego znaczenia tych reakcji, ich techniki, porównania z odczynem Wassermann'a i t. d.

Obecnie już nie ulega żadnej wątpliwości, że mają one wielką przed sobą przyszłość.

Jaka jest różnica między temi odczynami a odczynem Wassermann'a?

Z punktu widzenia technicznego są one znacznie łatwiejsze do wykonania, bo nie wymagają ani tak zwanego systemu hemolitycznego, t. j. krwinek barana, amboceptora, ani komplementu. Są to tak zwane odczynы jednofazowe, to znaczy, że do surowicy dodajemy odpowiedni antygen i po godzinie, dwóch lub po dobie otrzymujemy wynik — straty, zmętnienie i t. d.

Reakcja zaś Wassermann'a jest odczynem dwufazowym, to znaczy, że do surowicy dodaje się antygen, komplement — stawiamy to do ciepłarki na 1 godzinę, potem dodaje się system hemolityczny, i po  $\frac{1}{2}$  —  $\frac{3}{4}$  godzinie odczytujemy wynik.

Z punktu widzenia teoretycznego mamy w reakcji Wassermann'a zjawisko, które nazywa się „wiązaniami komplementu” („fixation du complément”), albo wzajemne działanie antygeny i antyciała — jest to zjawisko biologiczne, podczas gdy reakcje Meinickego, S-G. i inne mają za podstawę zjawisko fizyczno-chemiczne — to jest połączenie lipidów antygeny z globulinami surowicy luetycznej — i jako rezultat otrzymujemy zmętnienie — Trübung, albo straty — „Ausflockung”.

Istnieje jeszcze zdanie, że zasadniczo niema żadnej różnicy między odczynem Wassermann'a i odczynami precipitacji, że w odczynie Wassermann'a mamy tylko drugi — inny, indykator, a mianowicie system hemolityczny, że tworzą się tu straty w końcu pierwszej fazy, straty te wiążą komplement — i wtedy nie mamy hemolizy, tak, że z tego punktu widzenia odczynы precipitujące są,

jeżeli się tak wyrazić można, — jednofazowymi odczynami Wassermann'a, i tem objaśnia się fakt, że w większej liczbie przypadków dają one takie same wyniki, jak i odczyn Wassermann'a.

Dla wyjaśnienia klinicznego znaczenia M-T-R, które przerabiałem zawsze jednocześnie z odczynem Wasserm., musimy odpowiedzieć na 3 następujące pytania:

1. Jeżeli przerabiamy jednocześnie „Wa-R” i „MTR” — to w ilu procentach mamy wyniki te same, a w ilu niejednakowe?

2. Który z tych odczynów jest najczulszy, czy Wa-R, czy MTR?

3. Swoistość Wa-R i MTR?

Na pierwsze pytanie mogę dać odpowiedź następującą: wykonałem 591 badań surowicy ludzi chorych metodą Wassermann'a i MTR; z nich niewątpliwie kilowych było 176, surowic normalnych było 415.

Wyniki otrzymałem następujące: wyników zgodnych metodą Wa-R i MTR było 561, co wynosi 95%, zupełnie sprzecznych wyników otrzymałem 30, co wynosi 5%.

Podane przeze mnie liczby odpowiadają w przybliżeniu danym w literaturze.

Naturalnie, że różni autorzy podają różne dane, o czym można się przekonać z tablicy następującej:

| Zgodnych                      |      | Sprzecznych |
|-------------------------------|------|-------------|
| Blasius                       | 83,9 | 16,1%       |
| Gaetgens                      | 92,4 | 7,6 „       |
| Pesch                         | 96,4 | 3,6 „       |
| Ruete                         | 95,2 | 4,8 „       |
| Milińska (P.Z.H. w Warszawie) | 83,5 | 16,5 „      |

Margaretta Stern na podstawie 5027 przypadków podaje, że wyników zgodnych otrzymała 88%, niejednakowych — 12%.

Można dodać, że z biegiem czasu, w miarę udoskonalenia i ujednastnienia techniki badań, liczba wyników sprzecznych będzie coraz mniejsza, gdyż dotychczas różni badacze przerabiali te odczynы, stosując niezupełnie jednakową technikę.

Co się dotyczy drugiego pytania, mianowicie, czułości tych reakcji, to zależy ona od okresu choroby, w którym wzięto krew do badania.

M. Stern, na przykład, podaje tablicę, z której jasno wynika, że w stadium L-I-Wa jest reakcją czulszą, niż D-M., zaś w okresie drugorzędnym, w kile utajonej i w kile leczonej D-M daje więcej wyników dodatnich, niż Wassermann.

Tablica M. Stern.

| Wa-R czulszy, niż D-M. | 50%   | 10%  | 0,60%   | 10%             | 0%                     |
|------------------------|-------|------|---------|-----------------|------------------------|
| D-M. czulszy, niż Wa-R | 2,50% | 40%  | 60%     | 100%            | 0,40%                  |
|                        | L=I   | L=II | L. lat. | L. le-<br>czony | Nie<br>swo-<br>iste w. |

Madson podaje tablicę następującą:

| Kiła nieleczona      |     | Wa-R (+) | MTR (+) |
|----------------------|-----|----------|---------|
| <i>Lues I</i>        | 15  | 12       | 11      |
| „ II                 | 65  | 65       | 65      |
| „ III                | 2   | 2        | 2       |
| <i>Congen.</i>       | 7   | 2        | 4       |
| <i>Dem. paral.</i>   | 11  | 11       | 11      |
| <i>Tubes</i>         | 1   | 1        | 1       |
| Razem                | 101 | —        | —       |
| Kiła leczona         | 279 | 210      | 239     |
| Kiła utajona         | 169 | 75       | 78      |
| Razem 549 przypadków |     |          |         |

Z tej tablicy można się przekonać, że MTR jest czulszy niż Wa-R, z wyjątkiem kiły pierwszorzędowej.

Moja statystyka jest następująca:

| Wa-R czulszy, niż MTR |    | Reakcja MTR wybitniejsza, niż Wa-R |    |
|-----------------------|----|------------------------------------|----|
| <i>L = I</i>          | 1  | <i>L = II</i>                      | 1  |
| <i>L = II</i>         | 3  | <i>Lues latens</i>                 | 24 |
| <i>L. lat.</i>        | 8  | <i>Paral. progr.</i>               | 1  |
| <i>L. cong.</i>       | 4  | <i>Lues cerebri</i>                | 1  |
| <i>Tubes</i>          | 1  |                                    |    |
| Razem przypadków      | 17 | Razem przypadków                   | 27 |

Jeżeli obecnie porównać ogólną liczbę moich wyników, to okaże się, że w 27 (dwudziestu siedmiu) przypadkach reakcja Meinickego okazała się czulsza, niż Wa-R, a Wa-R wybitniejszy od M. T. R. tylko w siedemnastu (17) przypadkach.

Oprócz tego w tablicy mojej można zauważyć i inny podział tych bardziej czułych wyników, mianowicie: reakcja Wassermann'a wybitniejsza w przypadkach kiły=I; kiły=II, *L. Congenita*, MTR jest czulszy prawie wyłącznie w *lues latens*, co zupełnie odpowiada wynikom badań innych autorów.

Trzecie pytanie: „swoistość” — zarówno jak reakcja Wassermann'a, tak i M.T.R dają czasami wyniki nieswoiste. Według M. Stern Wa-R nie daje zupełnie wyników nieswoistych, a D-M. tylko 0,4%.

W moim materiale było 16 przypadków z Wa-R +, a M.T.R (—). Z nich było 7 napewno

Ciekawe są wyniki otrzymane przez Madsona

|                   | Ogólna liczba | Wa-R + | MTR + |
|-------------------|---------------|--------|-------|
| <i>Graviditas</i> | 362           | 17     | 12    |
| <i>Tbc</i>        | 263           | 25     | 11    |
| <i>Gonor.</i>     | 191           | 2      | 18    |
| <i>Dipht.</i>     | 40            | 1      | 2     |
| <i>Ty-Para-Ty</i> | 38            | 1      | 1     |
| <i>Scarlat.</i>   | 37            | 7      | 0     |
| <i>Influenza</i>  | 7             | 0      | 0     |
| <i>Erysipelas</i> | 6             | 0      | 0     |
|                   |               | 53     | 44    |

Z tej tablicy wynika, że Wa-R dał w tych przypadkach 53 — wyniki nie specyficzne, a MTR — tylko 44 — t.j. znacznie mniej.

kiłowych, 4 normalnych (nie kiłowych); 5 wątpliwych. Jeżeli uwzględnić te 4 przypadki niekiłowe, to Wa-R dał około  $\frac{2}{3}$  % nieswoistych wyników.

W 14 (czternastu) zaś przypadkach było na odwrót Wa-R (—), a MTR (+). Były to: 8 przypadków napewno kiłowych, a w 6 niekiłowych, co wynosi 1% nieswoistych wyników dla MTR.

Wnioski:

1. Odczyn Meinickego, — mianowicie MTR — daje w 95% wyniki zgodne z Wa-R, i tylko w 5% reakcje te nie zgadzają się.

2. Z punktu widzenia zarówno czułości, jak i swoistości — MTR daje wyniki dodatnie wybitniejsze w większości przypadków kiły, niż Wa-R, przeważnie w przypadkach *lues latens*.

3. Z tego można wywnioskować, że obecnie należy robić badania na kiłę za pomocą obydwu tych metod jednocześnie, ponieważ tym sposobem dochodzimy do dokładniejszego rozpoznania kiły.

4. Ale w każdym razie ani MTR, ani inne podobne odczyny nie mogą absolutnie zastąpić odczynu Wassermann'a — bo technika i metodyka tych odczynów nie wypowiedziała jeszcze ostatniego słowa, znajdują się bowiem w okresie opracowywania, podczas gdy odczyn W a s. z punktu widzenia zarówno techniki, jak i kliniki ma za sobą wiele lat doświadczenia.

5. Chociaż MTR, jak i inne podobne reakcje technicznie są łatwiejsze do wykonania, niż Wa., to jednak nie mogą one być wykonywane w gabinecie lekarza-praktyka, lecz wymagają specjalnie urządzonej pracowni i odpowiednio wykształconego personelu.

6. W badaniach na odczyny kiłowe pożądanym jest ścisły związek z kliniką, ułatwiający kontrolę wyników badań laboratoryjnych.

## Z praktyki prywatnej.

### Przypadek anginy septycznej wyleczonej dożylnym zastrzyknięciem surowicy przeciwpaciorkowcowej.

Podał

Dr. B. RUBINSTEIN (Poryck).

W. Z., lat 20, normalnej budowy i dobrego odżywiania. Choroba rozpoczęła się 7 — 8 dni przed moją wizytą nagle, wstrząsającymi dreszczami, b. silnym podniesieniem temperatury,

gwałtownymi bólami głowy, bólem gardła, wybitnie nasilającym się podczas łykania, powiększeniem gruczołów podszczękowych, które b. szybko wzrastało, wymiotami oraz jak najdalej idącym rozbiciem ogólnym. Stwierdziłem stan następujący: chora zamroczone, ogólne wrażenie b. ciężkiego stanu, skóra twarzy ziemista z lekkim odcieniem żółtawym, również spojówki zdradzają lekkie żółtawe podbarwienie, temperatura 40,2, tętno 160, drobne, słabo napięte. Gruczoły podszczękowe wybitnie obrzmiałe, konsystencji zbitej, na ucisk wrażliwe; w gardle ślady anginy w postaci zaczerwienienia błony śluzowej oraz

pojedynczych białawych nalotów wielkości główki od szpilki; nad koniuszkiem serca szmer skurczowy, nie rozprzestrzeniający się, rytm akcji serca zbliżony do cwałowego. Śledziona na palec wystaje z pod łuku żebrowego, twarda, na ucisk b. wrażliwa; wątroba lekko macalna. W moich warunkach na prowincji z wielu względów nie miałem możliwości przeprowadzić badania krwi oraz nalotów z gardła, co, oczywiście, miałoby niewątpliwie znaczenie, biorąc jednak pod uwagę wyżej wymienione objawy, rozpoznałem ciężką anginę z ogólnymi objawami septycznymi. Ze względu na b. ciężki stan pacjentki zdecydowałem się zastosować surowicę przeciwpaciorkowcową wprost do krwi, zachowując, oczywiście, wszelkie środki ostrożności. Zastrzyknąłem 30 cm.<sup>3</sup> surowicy, poza tem zaleciłem zwykłe środki paljatywne, które, i dotychczas stosowane, nie odnosiły żadnego skutku, ze środków pobudzających ośrodek naczynioruchowy—koraminę, kofeinę i strychninę. Po kilkunastu godzinach temperatura spadła na 37,2, a pod wieczór była już normalna i więcej się już nie podnosiła. Obrzmienie gruczołów szybko zaczęło się cofać, nieznosne bóle głowy ustąpiły, chora powróciła do zupełnej przytomności, ogólny stan zmienił się ku lepszemu. Jedynie w dwa dni po zastrzyknięciu wystąpiły

wkrótce po spożyciu pokarmów wymioty, które jednak szybko pod wpływem *Bism. carb.*, *anaest.* i *belladonny* ustępowały.

Zachodzi pytanie, czy i bez zastrzyknięcia nie nastąpiłaby poprawa stanu zdrowia chorej. Oczywiście, stanowczą odpowiedź dać jest trudno, biorąc jednak pod uwagę b. ciężki stan chorej, stale pogarszający się, oraz taką krańcową zmianę ku lepszemu w kilkanaście godzin po zastrzyknięciu surowicy, należy tej ostatniej przypisać tak uderzający skutek terapeutyczny. Przypadek ten podaję do wiadomości ze względu na rzadkość stosowania w tych razach surowicy, a szczególnie pod postacią wstrzykiwań dożylnych. Jestem zdania, że w przypadkach ciężkiej anginy, gdzie zachodzą występować wyraźnie ogólne objawy septyczne, nie należy zwlekać z zastosowaniem surowicy i to odrazu w dużej dawce, w zależności od przypadku, dożylnie lub domięśniowo, a w razie potrzeby po 24 godz. zastrzyknięcie powtórzyć.

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

### Streszczenia zbiorowe.

Z oddziału wewnętrznego „B” Szpitala Św. Łazarza w Warszawie.  
(Ordynator Doc. Dr. M. SEMERAU-SIEMIANOWSKI).

#### O hormonie sercowym.

Podał

Józef TYPOGRAF (Warszawa).

Pojęcie hormonu sercowego przedstawia najnowsza zdobycz naukową ostatnich lat. Uznanie wyróżniających się swoistą budową węzłów sercowych i pęczka przewodzącego za narząd wewnętrzwydzielniczy zachwiało najbardziej podstawowymi poglądami histologii i fizjologii. Wobec tego, że badania nad hormonem sercowym oparte są na bardzo ciekawych pracach chemicznych i fizjologicznych, że liczne i staranne badania kontrolne i niezwykła dokładność doświadczeń wyłączają wszelkie możliwe źródła błędów — wywołały one zrozumiałe zainteresowanie w całym świecie naukowym. Badania te pozwalają nam bowiem nie tylko na coraz głębsze wnikanie w nieznane dotychczas tajniki fizjologii serca, lecz pozwalają również żywić nadzieję, że dalsze prace posuną sprawę poznania i otrzymania hormonu sercowego tak daleko, iż uda się otrzymać lek prawdziwie fizjologiczny dla zadziałania na niektóre postacie zakłóconej czynności serca.

W przeciwieństwie do dotychczasowych badań nad organopreparatami sercowymi (*Renon*, *Martinet*), które wobec braku dokładnych i subtelnych metod badania pozbawione były wszelkiej wartości naukowej, badania obecne oparte są na ścisłych i stosunkowo łatwych do sprawdzenia

danych doświadczalnych. Badania fizjologiczne właściwości czynnych wyciągów sercowych dają się z wielką precyzją wykonać na preparatach sercowo-płucnych *Starlinga*, w których serce pracuje w warunkach fizycznych i chemicznych, możliwie zbliżonych do normalnych, i w których można z największą dokładnością obserwować szczegóły pracy serca i zapisywać je na odpowiednich krzywych.

W sprawie poznania hormonu sercowego najbardziej zasłużyli się *Demoor* z *Brukselli* i *Haberlandt* z *Innsbrucku*, którzy położyli podwaliny pod ten nowy rozdział współczesnej biologii serca.

Z doświadczeń nad sercem, wyosobnionem i utrzymanem przy życiu dzięki stosowaniu płynów odżywczych, wiadomo, że akcja serca zależy od składu tych płynów, i że nawet minimalne zmiany jego stanu fizyczno-chemicznego wpływają natychmiast na stan serca. Stosunek serca i płynu odżywczego polega, jak się okazuje, na wzajemności, również bowiem i czynność serca nie pozostaje bez wpływu na skład tego płynu. Podlega on zmianom zarówno z chemicznego, jak i biologicznego punktu widzenia i uzyskuje nowe, nieposiadane uprzednio właściwości przez przeniknięcie doń nie tylko produktów przemiany materii pracującego serca, lecz również i związków, obdarzonych szczególnymi właściwościami nasercowymi.

*Loewi* był pierwszy, który dostarczył przekonującego dowodu, że pewna, wytworzona w sercu i obdarzona działaniem nasercowym substancja przenika podczas pracy serca do płynu odżywczego, i że obecność jej można wykazać przez swoisty ściśle określony wpływ tej substancji

na inne serce. Loewi wykazał doświadczalnie, że pod wpływem drażnienia układu współczulnego lub błędnego mięsień sercowy oddaje do przepływającego przezeń płynu Ringera „substancje nerwu błędnego“ lub „substancje nerwu współczulnego“, będące w stanie wyrzucić na inne serce wpływ, dokładnie odpowiadający podrażnieniu danego nerwu. Doświadczenia te sprawdzono zarówno na żabach, jak i na zwierzętach ciepłokrwistych. Z doświadczeń tych Loewi wyciąga wniosek, że podczas drażnienia układu roślinnego w sercu powstają związki, przenikające do krwioobiegu i obdarzone właściwością odpowiedniego oddziaływania na mięsień sercowy.

Abderhalden zaś był pierwszy, który wyraził przypuszczenie, że „substancje błędne lub współczulne“ Loewiego mogą pochodzić z tkanki pęczka przewodzącego.

Liczny szereg prac (Loeb, Howell, Kahn, Zunz i Govaerts i in.) przygotowywał teren dla nowych pojęć. Świadomie opisał hormon sercowy dopiero Demoor i wkrótce po nim i zupełnie niezależnie od niego Haberlandt. Autorzy ci (Demoor z początku sam, a następnie wspólnie ze swym uczniem Rylant) nieprzerwanie i konsekwentnie pracują nad zbadaniem i otrzymaniem hormonu sercowego od r. 1922.

Demoor badał kolejno wpływ wyciągów, otrzymanych z serca żółwia, na serce żaby, następnie działanie wyciągów z mięśnia sercowego psa na wyosobnione serce królika i wreszcie wpływ wyciągów z różnych okolic mięśnia sercowego różnych zwierząt na ten lub inny odcinek serca królika lub kota.

W licznych i bardzo dokładnych doświadczeniach stwierdzili Demoor i Rylant, że wyciągi z mięśnia sercowego okolicy zatoki przedsionka prawego i tkanki węzłowej posiadają w przeciwieństwie do całej pozostałej masy serca właściwości szczególne. Wyciągi z tych okolic, bądź wodne, bądź alkoholowe, powodują bardzo wyraźne pobudzenie siły skurczów i częstości uderzeń (inotropizmu i chronotropizmu) serca. Mogą one wznowić skurcze serca nawet w dłuższy czas po zupełnym ustaniu jego czynności: z początku powstają pod ich wpływem drgania włókienkowe, a później prawidłowe skurcze rytmiczne.

Przedsionek prawy serca królika, pogrążony w płynie Locka z dodatkiem glukozy i tlenu, bije rytmicznie. Przedsionek lewy w tych samych warunkach pozostaje pewien czas bierny, a następnie wykonywa gwałtowne drgania niemiarowe. Dodanie do płynu Locka wyciągu z węzła Keitha królika sprawia, że przedsionek lewy uzyskuje nigdy nie występującą samoistnie zdolność bicia według prawidłowego rytmu sercowego i otrzymuje w ten sposób zdolność odczynową przedsionka prawego. Z doświadczeń tych wynika, że węzeł Keitha zawiera substancje czynne, umożliwiające tkance sercowej przejawianie właściwej czynności fizjologicznej.

Dalszy szereg doświadczeń z węzłami Keitha królika, cielęcia, barana i konia wykazał, że wywierają one na przedsionek królika wpływ zupełnie jednakowy, czyli, że substancje czynne tego węzła są pozbawione wszelkiej swoistości zoologicznej.

Wycięcie węzła zatokowego zwalnia rytm serca i przemieszcza ośrodek bicia w okolice zatoki wieńcowej. Wszczepienie z powrotem tkanki zatokowej do pozbawionego jej przedsionka przyjmuje się, przeszczep zaczyna okazywać swe działanie natychmiast po zabiegu i znowu rządzi automatyzmem sercowym, narzucając mu w odróżnieniu od poprzedniego rytmu „samoistnego“ swój rytm zatokowy. Utrzymuje się on przeważnie na stałe, o ile zaś po upływie pewnego czasu ginie, to wyłącznie wskutek zaniku przeszczepu.

Podczas zabiegu usuwania węzła wszystkie istniejące połączenia nerwowe i mięśniowe zostają zniszczone. Występująca przeto regeneracja może być bezpośrednia jedynie z pozoru. Można więc przypuszczać, że wpływ przeszczepienia węzła na serce, stwierdzany bardzo wyraźnie we wszystkich doświadczeniach, polega na działaniu hormonalnym węzła.

Prace Demoor i Rylanta wykazały w sposób dobitny znaczenie czynników hormonalnych dla czynności mięśnia sercowego. Miarowa praca przedsionków odbywa się według Demoor a dzięki wpływom, okazywanym na wrażliwe elementy mięśniowe przez jedną lub kilka substancji, pochodzących z tkanki węzłowej; Demoor nazwał je substancjami czynnymi („substances actives“), Rylant zaś na podstawie głównego miejsca ich powstawania nazwał je hormonem zatokowym („hormone sinusale“).

Z całą świadomością wprowadził do biologii nowe pojęcie hormonu sercowego dopiero Haberlandt. Wyodrębnił on z początku z serca żaby, a później również i z serc zwierząt ssących substancję czynną o właściwościach analogicznych do „substances actives“ Demoor a, którą nazwał „hormonem ruchu sercowego“. Hormon, otrzymany przez Haberlandta, znajduje się w największym stężeniu w zatoce, jako w fizjologicznym miejscu powstawania bodźców; obecność jego można również wykazać prawie na całym przebiegu układu przewodzącego, niema go natomiast wcale w koniuszku sercowym.

Hormon sercowy Haberlandta nie wpływa zupełnie na fizjologiczne skurcze serca, przyspiesza je natomiast i wzmacnia, o ile są osłabione. W rozcieńczeniu nawet 1 : 1,000 może na krótszy lub dłuższy przeciąg czasu ożywić serce pozornie martwe po całkowitem ustaniu jego czynności lub przywrócić mu utraconą miarowość skurczów. W doświadczeniach z migotaniem komór wstrzyknięcie hormonu powodowało ustanie migotania i doprowadzało do skoordynowanej, mocnej i miarowej czynności komór. Podany zapobiegawczo, zmniejsza hormon sercowy skłonność komór do migotania (przy drażnieniu np. okolicy pęczka przedsionkowo-komorowego mocnym prądem faradycznym) i czyni serce do tego stopnia odpornym, że bije ono (u królika) mocno jeszcze w ciągu 1/2 godziny po zupełnym ustaniu oddechu. Z drugiej zaś strony serce, już niebijące po uduszeniu zwierzęcia, udawało się pobudzić przez wstrzyknięcie minimalnej dawki hormonu do nowego miarowego bicia.

Na naczynia krwionośne hormon sercowy działa rozszerzająco (również i na naczynia wieńcowe serca) i tem się różni zasadniczo od hormonu nadnercza — adrenaliny, również obdarzonego tak

wybitnym wpływem na układ krążenia. To rozszerzające naczynia działające tłumią nam zmniejszenie ciśnienia, zachodzące czasem pod wpływem hormonu sercowego. U zwierząt natomiast z obniżeniem ciśnieniem tętniczym (np. po obfitym upuście krwi) hormon sercowy wzmacnia ciśnienie przez swój wpływ pobudzający na częstość i siłę skurczów sercowych.

Hormon sercowy Haberlanda rozpływa się w wodzie i alkoholu, nie rozpuszcza się natomiast w eterze i trudno w chloroformie, co dowodzi, że nie jest natury lipidoidalnej. Dializa hormonu odbywa się z łatwością, co przemawia za stosunkową prostotą jego cząsteczki i wyłącza budowę białkową. W przeciwieństwie do substancji czynnych Demoor'a, które tracą swe właściwości przy ciepłocie 70°, hormon Haberlanda jest ciepłostały.

Na podstawie swych doświadczeń Haberlandt uważa, że skoordynowane skurcze mięśnia sercowego dochodzą do skutku dzięki stałemu pobudzeniu chemicznemu, wywołanemu przez obecność „hormonu sercowego”; hormon ten wytwa-

rza się w miejscu powstawania bodźców i warunkuje normalną i miarową czynność serca dzięki istnieniu okresu refrakcyjnego.

Dla zobrazowania ogromu pracy, włożonej w badanie nad hormonem sercowym, zaznaczymy, że Haberlandt np. dokonał dotychczas nad swym hormonem przeszło 700 doświadczeń i badań chemicznych, z których każde wymagało nadzwyczaj dokładnej techniki postępowania i zabezpieczenia się od licznych możliwych źródeł błędów i od czynników przypadkowych.

Czy wnioski, wyciągnięte z bardzo ciekawych doświadczeń Demoor'a i Haberlanda ściśle odpowiadają rzeczywistości, pokaże dopiero dalsza przyszłość. Przypisywanie czynności wewnątrzdzielniczych pęczkowi przewodzącemu wydaje się istotnie bardzo śmiałe. Niezwykła obfitość sarkoplazmy i jąder słabo lub wcale nieprążkowanego poprzecznie swoistego pęczka mięśniowego węzła zatokowego lub przedsionkowo-komorowego oraz bardzo mocne unaczynienie tych tworów własnymi tętnicami przemawiają według Haberlanda za wewnątrzdzielniczą czynnością pęczka.

(Dok. nast.).

## Streszczenia pojedyncze i oceny książek.

### Choroby jamy ustnej, gardła, nosa i uszu.

W. UNDRITZ. W sprawie ruchu chłonki w przewodach półkulistych. (Z. f. Hals., Nas. u. Ohr. T. 19. Z. 3).

Na specjalnie zbudowanym przyrządzie autor badał ruch cieczy w naczyniach włoskowatych, zbliżonych rozmiarami do przewodów błoniastych błędnika.

W wyniku przeprowadzonych badań dochodzi do wniosku, że ruch cieczy w kapilarach może powstawać zarówno przy próbie cieplnej, jak obrotowej, że początek ruchu cieczy zależy *celeris paribus* od różnicy ciepłot pomiędzy płynem w rurce włoskowatej a płynem krążącym zewnątrz, że wreszcie szybkość krążenia cieczy zależy od długości i promienia rurek włoskowatych.

Doświadczenia powyższe nie zaprzeczają istnieniu czynników uzupełniających, mających niepoślednie znaczenie w mechanizmie pobudzania narządu przedsionkowego. Do nich zaliczamy: grę naczyń krwionośnych, dyfuzję pomiędzy wchłonką a przychłonką oraz bezpośrednie drażnienie cieplne zakończeń nerwowych.

J. Tencer.

F. NOLTENIUS. Lot a narząd kamyczkowy. (Z. f. Hals., Nas. u. Ohr. T. 19. Z. 3).

Dla ptaka fruwającego narząd kamyczkowy ma doniosłe znaczenie. Służy on do należytego dawkowania bodźców nerwowych, zdążających z mózdzku do mięśni, biorących udział w locie.

U człowieka narząd kamyczkowy znajduje się w stanie poniekąd szczątkowym. Jego czynność uzupełniają i zastępują zmysły wzroku i czucia głębokiego.

J. Tencer.

A. LAUTENSCHLAGER. Perlak jamy obocznej nosa, jego powstawanie i warunki rozwoju. (Z. f. Hals., Nas. u. Ohr. T. 19. Z. 3).

W wypadkach przeszczepiania skóry właściwej do zato-

ki szczękowej po dokonanej operacji doszczętnej tworzą się niekiedy perlaki.

Warunkiem nieodzownym dla ich powstania jest zupełne zamknięcie zoperowanej jamy obocznej. Tylko wtedy złuszczone nabłonek może się coraz bardziej nagromadzać i działać drażniaco, jako ciało obce na przeszczepioną skórę. Pod wpływem stałego drażnienia głębsze warstwy skóry bujają, powierzchowne zaś, ulegając złuszczeniu, prowadzą wreszcie do wytworzenia się perlaka.

Perlak powstać może w zatocę również wskutek wniknięcia skóry zewnątrz. Może się on wytworzyć jedynie z nabłonka, mającego zdolność do rogowacenia.

Dlatego też twierdzenie, iż perlaki zatok dodatkowych powstawać mogą wskutek metaplastyki nabłonka błon śluzowych nie są słuszne.

J. Tencer.

A. SEIFFERT. O znaczeniu ezofagoskopji w powstawaniu rozedmy po przedziurawieniu przełyku. (Z. f. Hals., Nas. u. Ohr. T. 19. Z. 3).

Dostanie się powietrza do śródpiersia przy przedziurawieniu przełyku jest możliwe tylko w pewnych okolicznościach. Powietrze musi się znajdować pod ciśnieniem większym od tego, które panuje w śródpiersiu i powinno napływać w dużej ilości.

W warunkach zwykłych, kiedy działa napięcie mięśni przełykowych, jest to niemożliwe. W czasie jednak wykonywania ezofagoskopji ciśnienie powietrza w przełyku odpowiada atmosferycznemu. O ile wtedy chory wykona wdech, to zmniejszy się ciśnienie w śródpiersiu i powietrze zewnętrzne, znajdujące się pod większym ciśnieniem, przejdzie przez przedziurawienie, wywołując rozedmę.

Z tego wynika, że przedziurawienie przełyku, o ile nie została wykonana ezofagoskopja, nie musi pociągać za sobą wystąpienia rozedmy śródpiersia.

J. Tencer.

## Choroby przemiany materji i gruczołów wewnątrzwydzielniczych.

ARNOLDI, FINK, MICHELIN. Badania nad wpływem t. zw. dni witaminowo-głodowych na przemianę materji. Arch. f. Verdkrkh. Tom 41, zes. 3—4).

Badani chorzy bardzo chętnie poddawali się tej kuracji. Większość ich otrzymywała głównie witaminy C: (sok z 12-u pomarańcz i 2 cytryn, a więc płyn w ilości zaledwie 400 cm<sup>3</sup>, a dobową wartość kaloryczną pokarmu równała się mniej więcej  $\frac{1}{10}$  przemiany podstawowej).

Inni chorzy otrzymywali nieco więcej kaloryj, mianowicie 20 gr. masła, rzodkiewki, marchew, sok z 5-u pomarańcz i 2-ch cytryn.

Kuracja taka prowadziła do utraty do 1,6 kg. wagi, (0,3 — 3,9 kg).

Spadek ilości azotu resztkowego polegał prawdopodobnie na wypłukaniu azotu dzięki lepszej czynności nerek,

Obserwowano pozatem regularny przyrost kwasu moczowego i często azotu resztkowego we krwi, który autorzy tłumaczyli dotychczasowym zatrzymaniem w tkankach, lepszą ich przepuszczalnością i zwiększonym oddawaniem N z tkanek do krwi.

Kuracja jest wskazana w chorobach krążenia nerek, żołądka, jelit i przemiany materji, jak również w ostrych infekcjach.

Głodówki z jednoczesnym podawaniem lub bez podawania witamin są przeciwwskazane u chorych wyniszczonych w przebiegu ciężkich infekcyj.

Prawdopodobnie zmienia się również pod wpływem tej kuracji wrażliwość w alergicznych stanach chorobowych.

Józef N u s b a u m.

PEISER. Przemiana podstawowa jako kryterjum w dja-gnostyce różniczkowej. (Arch. f. Vrdgkrkh. T. XLII. Z. 4).

Dość często spotyka się u młodych osobników płci żeńskiej t. zw. „nerwowe” obrzmienie gruczołu tarczowego. Obserwuje się kompleksy objawów, które nie są pochodzenia tarczynowego, a wykazują duże podobieństwo do zaburzeń tego gruczołu. W tych przypadkach rozstrzygnąć może jedynie określenie przemiany podstawowej.

Józef N u s b a u m.

D. JAHN i E. STROSSENREUTER. O zależności przemiany materji w ustroju od rodzaju odżywiania. (Deut. Arch. f. Klin. Medizin, T. 159. Z. 3/4).

Wykresy całego szeregu krzywych przedstawiających wyniki badań autorów, dowodzą niezbicie, że wspomniany wpływ przedewszystkiem uwydatnia się w przypadku spożywania białkowych substancji w sposób bardzo wybitny.

Rozróżnia się przemianę swoisto-dynamiczną pod względem ilościowym i jakościowym. Substancje białkowe wpływają zarówno w jednym, jak i w drugim kierunku. Ilościowo krzywa wzrasta stosownie do ilości doprowadzanego białka, bez zachowania jednakże ściślej proporcji. Jakościowo — krzywa wzrasta w sposób wybitnie stromy po spożyciu pokarmów białkowych.

Badania przemiany białkowej w różnych okresach trawienia i dezamidacji wykazały, że tylko wprowadzanie białka jako takiego do ustroju działa w sposób wyżej wymieniony, dalsze natomiast przemiany tego białka w ustroju pozostają bez wpływu na przemianę swoisto dynamiczną.

Do wyników podobnych doszli już przedtem Liebeschütz, Plaut i Schadow w swoich badaniach nad psami (dla wykazania przyczyny swoistości przemiany dynamicznej).

Autorzy ci wykazali, że glikokol i alanina wywołują zwiększenie przemiany tylko w razie wprowadzenia jelitowego, na-

tomiast powstają bez działania w przypadkach wprowadzania dożylnego.

W myśl wywodów powyższych autorzy stwierdzają, że wprowadzenie białka do ustroju działa jako bodziec wyraźny.

Ciągły wpływ odżywiania na natężenie procesów przemiany objaśnia też zależność stanu pobudliwości ustrojowej od zmian w pożywieniu.

Istnieje także wyraźna zależność pomiędzy układem autonomicznym a przemianą swoisto-dynamiczną.

B. G.

F. RATHERY i J. MARIE. O fizjopatologii moczówki prostej (*diabetes insipidus*) (Paris Medical 1928 r. Nr. 17.).

Wiadomości dotychczasowe wiążą sprawę moczówki prostej z przysadką mózgową i zaburzeniami okolicy tego organu.

Od istotnej moczówki odróżniać należy przypadki, w których pierwotnie jest wzmożony dowóz płynów dochodzący do „fotomanji”, zaś duża ilość moczu jest tylko odpowiedniem przystosowaniem się ustroju do warunków. Ta moczówka pozorna rozwija się na tle nerwowem i poddaje się często leczeniu su-gestją.

O ile dowóz płynów w moczówce jest dostateczny, chory naogół nie odczuwa żadnych dolegliwości. Jedynie od czasu do czasu dają się stwierdzić wznieśnienia ciepłoty do 38 — 38,5°.

We krwi miano jakoby stwierdzić często monocytózę.

Przemiana podstawowa w szeregu nowszych badań okazała się normalna, może lekko zwiększona. Podobnie zasób zasad nie wykazywał większych zmian.

Badanie kliniczne ogólne najczęściej nie wykazuje żadnych zmian, czasem jednak znajdują się pewne objawy głównie nerwowe, które wskazują na zajęcie okolicy przysadki mózgowej.

Co się tyczy patogenety, to starano się wyjaśnić, czy poliurja jest natury nerkowej, czy też pozanerkowej.

Czynniki pozanerkowe niewątpliwie odgrywają pewną rolę. Za tem zdaje się przemawiać fakt pierwotnego istnienia poliurji, zależnej od równowagi cieczy tkankowych. Wyciągi z tylnej części przysadki często zmniejszają wybitnie ilość moczu. Co się tyczy rozwodnienia krwi, to jest ono według autorów drugorzędne i przytem wtórne, i nie oddaje obrazu przemiany wodnej ustroju.

Autorzy niemieccy szczególną uwagę zwrócili na przemianę chlorków, której zaburzenia jakoby miały objaśnić patogenę moczówki. Inni badacze poglądów tych nie potwierdzili.

Przypuszczano także, że moczówka jest wynikiem zaburzenia przemiany białek jądrowych — dane te również nie znalazły należytego poparcia.

Nie udało się również wykazać wyraźnych zaburzeń ze strony współczynnika moczniiko-wydzielniczego, ani też zawartości wody w surowicy krwi.

Drogą wyłączenia przyjęto za przyczynę moczówki t. zw. obniżenie progu wydzielania wody przez nerki.

Niemniej zawikłane są dane fizjologiczne co do istoty moczówki prostej. Jak wiadomo dane, doświadczalne dowiodły, że zabiegi na okolicy guzka szarego oraz lejka mogą wywołać poliurję.

Z drugiej strony zastrzykiwanie wyciągu przysadki wywołują u chorych na moczówkę zmniejszenie ilości wydzielanego moczu. Fakty te trudno dać się pogodzić ze sobą. Teoria pośrednia, głosząca, że substancja wydzielana przez przysadkę, przedostaje się do istoty szarej w okolicy trzeciej komory, która z kolei kieruje mechanizmem oddawania moczu, również pozostawia szereg wątpliwości, jak np. dlaczego w razie nieuszkodzonej przysadki (jak się przypuszczać powinno) wyciąg jej działa hamująco na wydzielanie moczu.

Autorzy są skłonni do przypuszczenia, że istnieją zasadniczo dwie postaci moczówki prostej. Jedna — reagująca specjalnie na wyciąg z tylnej części przysadki mózgowej, prawdopo-

dobnie zależna od zmian w przysadce, t. zw. moczówka typu przysadkowego.

Druga, która bardzo mało reaguje na wyciąg z przysadki i jest znacznie rzadsza. Stoi ona w związku ze zmianami okolicy guza szarego, może też wogóle ze zmianami w istocie mózgowej. Jest to t. zw. postać moczówki nerwowej.

B. Goldstein

LUTIE. Spostrzeżenia kliniczne o działaniu atofanylu w artretyzmie. (Arch. f. Vrdgkrkh. tom 42 zeszyt 1—2).

Chorzy otrzymywali ściśłą dietę bezpurynową. Dożylnie zastrzykiwano im co 2-gi dzień 5 lub 10 cm.<sup>3</sup> atofanylu — ogółem 9 razy, stosując jednocześnie kąpiele mułowe i solankowe. Po każdym zastrzyknięciu podawano chorym alkalja i dużo płynów w celu jakoby łatwego rozpuszczenia nadmiaru wydzielanego kwasu moczowego.

Pozatem obliczano zawartość kw. moczowego we krwi i dobową jego ilość w wydzielanym moczu.

Okazało się iż pod wpływem tej mieszanej kuracji (atofanyl + kąpiele) ilość kw. moczowego we krwi malała, a wydzielanego z moczem wzrastała; już po pierwszych zastrzykiwaniach następowała subiektywna poprawa, bóle ustępowały, obrzęki zmniejszały się, ruchomość w danym stawie zwiększała się; u niektórych chorych obserwowano wchłanianie się złogów.

Józef N u s b a u m

B. GORDON i E. STANLEY. O stosowaniu dekstrozy w leczeniu otyłości. (Amer. Journ. of Med. Sciences. 1928 r. № 1).

Autorzy ułożyli dietę w ten sposób, że całość potrzebnych kaloryj 1800—3000 była podzielona na porcje pożywienia zwykłego z podawaniem w międzyczasie cukierków z dekstrozy.

Na 11 otyłych kobiet, będących w obserwacji, u 6-iu wystąpiła utrata wagi przeciętnie o 1,5 kg. tygodniowo.

To było bodźcem do ściślejszego wypróbowania metody. Okazało się, że, jeżeli dietę wartości 1100—1400 kaloryj podzielić na posiłki, składające się z białka i tłuszczu, zaś węglowodany podawać między posiłkami, najlepiej w chwilach zmęczenia i głodu, można zauważyć stały ubytek na wadze, przyczem pacjent nie odczuwa żadnych braków.

Autorom zdaje się, że ubytek wagi zostaje spowodowany głównie zbyt małym spożywaniem podczas posiłków, podczas gdy węglowodany zostają zużyte głównie na cele uśmierzania głodu oraz uspokojenie wyczerpanych chwilowo tkanek.

B. Goldstein

## Choroby dróg moczowych.

F. LEBERMANN. Badanie czynności nerek za pomocą obciążania kwasami, względnie zasadami. (D. Arch. f. Klin. Med. Tom 159. Z. 3/4).

Autor zajmuje się kwestją badania czynności nerek, jako organu regulującego równowagę jonów kwaśnych i zasadowych ustroju.

Pacjent, który poprzedniego dnia był na jednostajnej mało-słonej diecie, otrzymuje o godzinie 8-ej rano 10 cm.<sup>3</sup> 10% roztworu kwasu solnego w 300 cm.<sup>3</sup> wody, ewent. z dodatkiem soku malinowego (który również ma odczyn kwaśny). Potem określa się Ph w moczu co 1/2 godziny aż do g. 10-ej (przez 2 godziny). Następnie pacjent dostaje 15 gr. węglanu sodu w 300 cm.<sup>3</sup> wody *per os*, i znów przez 2 godziny określa się Ph w pół-godzinnych porcjach moczu. Cała próba jest więc przeprowadzona w ciągu 4 godzin.

Dla uproszczenia próby autor odrzucił dodatkowe badanie soku żółdkowego, stosowane przez innych autorów.

Metoda okazała się technicznie łatwa i nie męczy chorych. W przypadkach normalnych rozpięcie pomiędzy najwyż-

szą a najniższą cyfrą Ph wynosiło więcej niż 2,0, najmniej jednak 1,6, co winno być uważane za granicę normy. W lekkich przypadkach zapaleń nerek krzywe były zbliżone do normy, w cięższych natomiast wydzielanie zasad było zmniejszone, stosunkowo najmniej jeszcze u dzieci, które lepiej wydalały zasady.

Poza swą wartością bezwzględną, jako metoda analogiczna do koncentracyjnej, próba ta daje nam także możność różniczkowania pomiędzy sprawą pierwotną nerek a sprawą sercową z powikłaniem nerkowym. To ostatnie daje naogół krzywe, przebiegające normalnie.

Próba nie może wprawdzie zastąpić innych metod badania czynności nerek, ma jednak tę zaletę, że jest zupełnie nieszkodliwa.

B. G.

N. CORDERO i M. N. FRIEDMAN. Wpływ pozycji pacjenta na wynik próby czynnościowej nerek. (Arch. Int. Med. 1928. Nr. 2).

Autorzy stwierdzili, że próba fenolsulfoftaleinowa wypada wyraźniej (większe wydzielanie) u osobników leżących, aniżeli w pozycji stojącej. Różnica wynosi 10—13%. Wskazują także na możliwość większych różnic w przypadkach chorobowych.

Autorzy eksperymentowali na 2 pacjentkach, powtarzając zastrzykiwanie w przerwach co najmniej 5 dniowych.

Przez cały czas badania nie zauważyli żadnych skutków ujemnych, ani też nagromadzenia się fenolsulfoftaleiny w ustroju

B. G.

H. C. BUMPUS. O krwimoczach samoistnych. (Journ. Am. Med. Ass. 1928. Nr. 8).

Chcąc wyjaśnić zagadnienie krwimoczach samoistnych, którego istnienie niektórzy wogóle uważają za wątpliwe, autor przytacza 155 przypadków z materiału kliniki Mayo. Z pośród tej liczby tylko 6 skarżyło się na rozmaite dolegliwości. Co do reszty, trzeba było wyrzec się wszelkiej myśli o złośliwym schorzeniu. Po wyłączeniu wszelkich cierpień, które mogą dawać krwimocz objawowy, autor przychodzi do wniosku, że tak zw. krwimocz samoistny jest spowodowany drobnym miejscowym schorzeniem, ustępującem najczęściej już pod wpływem leczenia cystoskopowego, czasem wymagającym jednak zabiegu chirurgicznego.

Rzuca się w oczy podobieństwo do krwawień z nosa pod względem nasilenia, częstości, poważnych skutków i zmian chorobowych, jakie krwawienia mogą wywołać. Gull nadaje cierpieniu nazwę *epistaxis renalis*.

B. Goldstein.

H. H. HAFT. Krwimocz na tle zatrucia pastą do obuwia. (Journ. of the Amer. Med. Ass. Nr. 10. 1928 r.).

Autor przytacza przypadek zatrucia barwnikiem anilinowym, zawartym w pastce do butów, które pacjent włożył, a które były świeżo wysmarowane pastą. Już po godzinie wystąpiły objawy zatrucia. Zmian organicznych nie dało się stwierdzić w żadnym z 61 przypadków, znanych dotychczas w piśmiennictwie. Wszystkie prawie przypadki skończyły się pomyślnie w kilka dni po wydaleniu barwnika z ustroju.

B. G.

## Choroby skóry, weneryczne i płciowe.

E. MULLER. O leczeniu kiły wrodzonej. (Therapie der Geg. 1928. Nr. 2).

Autor zwraca uwagę na fakt dobrego znoszenia przez niemowlęta dużych stosunkowo dawek neosalvarsanu. Zarzuty zaś, że jakoby u leczonych tym sposobem dzieci występowały zaburzenia w rozwoju umysłowym, autor uważa za nieuzasadnione. Dzieci, u których leczenie racjonalnie przeprowadzono w 1-ym roku życia (w 2-m jest to już nieco wątpliwe) są nao-

gół zabezpieczone przed nawrotami i objawami kiły trzeciorzędowej. To samo da się powiedzieć o odczynie serologicznym, który pozostaje stale ujemny, o ile leczenie przeprowadzono co najmniej w pierwszych trzech latach życia. Co się tyczy utrzymania zdolności umysłowych i możliwości zarobkowania, to przy racjonalnem leczeniu około 95% przypadków dało wyniki zadowalające. Zresztą, wobec zbyt krótkiego upływu czasu od chwili zaprowadzenia racjonalnego leczenia neosalvarsanem, sądu ostatecznego jeszcze wydać nie można.

Należy pamiętać, że zewnętrzne objawy kiły ustępują bardzo łatwo pod wpływem jakiegokolwiek leczenia lub nawet samoistnie — nie jest to jednak wyleczenie kliniczne. i należy dbać o to, by kuracja była przeprowadzona z całą dokładnością.

Walka z kiłą wrodzoną winna się rozpocząć już w okresie ciąży; statystyki nowsze wykazały, że przy takim postępowaniu ok. 90% dzieci rodzi się żywych, przeważnie nawet wolnych od zewnętrznych objawów kiły. Należy jednak w przypadkach, kiedy zakażenie matki jest względnie świeżej daty, leczyć energicznie dziecko w dalszym ciągu ze względu na możliwość wystąpienia późnych objawów kiły.

Co się tyczy samego leczenia, to autor zapatruje się bardzo sceptycznie na preparaty rtęci, podawane doustnie lub w postaci kąpieeli sublimatowych, również nie wierzy bardzo w skuteczność bizmutu.

Na pełne uznanie natomiast zasługuje, według autora, leczenie kombinowane kalomelem i neosalvarsanem. Kurs leczenia obejmuje po 12 zastrzyków każdej grupy w ciągu 12 tygodni. Pomiędzy poszczególnymi zastrzykami przerwa 3-y dniowa. Kurs dzieli się na 4 części 3 tygodniowe, które obejmują po 3 zastrzyki domięśniowe kalomelu i 3 neosalvarsanu. Dawki kalomelu wynoszą 1 mgr. salvarsanu 0,03 gr na kilogram wagi dziecka od 3-go roku życia, w wieku starszym dawkę zmniejsza się do 0,05 wzgl. 0,01 gr na kilo wagi. Dla starszych dzieci dawki wynoszą ok. 0,04 kalomelu lub 0,45 neosalvarsanu *pro dosi*.

Po przerwie trzymiesięcznej należy kurację powtórzyć, a po dalszych trzech miesiącach przeprowadzić trzecią kurację. Nawet przy ciągle ujemnym odczynie serologicznym należy dla pewności dodać jeszcze 4-ą kurację. Dalsze leczenie nie jest potrzebne, przynajmniej u dzieci do 3 lat. U starszych sprawa nie jest łatwa, i czasem trzeba przeprowadzać dalsze kuracje.

Ze względu na długi okres czasu leczenia, a przez to i pobytu w szpitalu — leczenie takie jest bardzo kosztowne. Ze względów oszczędnościowych autor próbował zredukować leczenie do jednej tylko kuracji, podnosząc jednocześnie dawki do 0,002 kalomelu, względnie 0,04 neosalvarsanu na kilogram wagi dziecka. Po takiej jednej jedynej kuracji dzieci znajdowały się jeszcze przez 3 miesiące pod kontrolą lekarską i, o ile odczyn Wassermanna pozostawał ciągle ujemny, wypisywano je z zakładu.

Co się tyczy leczenia stowarsolem czy spirocydem, autor nie ma jeszcze większego doświadczenia, uważa je raczej za leki zapobiegawcze. Stosuje się je co drugi tydzień przez 3 miesiące. Dawki dzienne wynoszą  $\frac{1}{2}$  — 1 tabletki, t. j. 0,12 — 0,25 spirocydu. Podaje się zrana naczczo w wodzie. Inni dają większe dawki do 2 tabletek dziennie. Co do leczenia malarji, to chodziłoby głównie o niedorozwinięte dzieci. Znoszą one dobrze zakażenie zimnicą, wyniki jednak są narazie niezbyt obiecujące, właśnie jeżeli chodzi o zdolności umysłowe. Dzieci z dodatnim Wassermannem autor chce leczyć tak długo co najmniej, dopóki nie stanie się on trwale ujemny.

Śmiertelność dzieci kiłowych jest jeszcze wciąż duża (25—30%), trzeba jednak zaznaczyć, że z samej kiły umiera tylko około  $\frac{2}{3}$  tej liczby, reszta pada ofiarą innych zakażeń.

B. G.

M. D. SHIE. O tatuowaniu i o sposobach jego usuwania. (Journal of the Amer. Med. Ass. 1928. Nr. 2).

Chirurgicznie dają się usunąć jedynie znaki o kształcie podłużnym i wąskim. Sposób elektrolityczny jest bardzo żmudny i nie ma żadnej wyższości nad sposobem chemicznym, który autor uważa za najlepszy. Polega on na wytwarzaniu ograniczonego zapalenia w obrębie skóry właściwej, eliminującego w następstwie barwnik.

Z rozmaitych metod chemicznych autor wybrał metodę Variota, nieznacznie tylko ją zmieniając. Technika jest stosunkowo prosta, Polega ona na wytatuowaniu danego odcinka skóry 50% roztworem wodnym kwasu garbnikowego, z następczem zadziaływaniem azotanem srebra.

Odczyn zapalny skóry jest niezbyt silny, wyniki zaś zadowalające. Metoda nadaje się także do usuwania rozmaitych plam barwnikowych.

B. G.

## Wskazówki praktyczne.

— Banks i Mc Cracken leczą ciężkie przypadki *łtonicy wielkimi dawkami antytoksyny*. W przypadkach, przebiegających z rozległymi błonami, bredzeniem i śpiączką, zastrzykuje się od razu 50,000 jednostek dożylnie i 20,000 jednostek domięśniowo, a w bardzo ciężkich przypadkach nawet więcej aż do podwójnej dawki powyższej. Uniarkowanie ciężkie przypadki otrzymują 20,000 jednostek do żyły i 8 — 16,000 jedn. domięśniowo. Jeżeli w ciągu 12 godzin niema poprawy miejscowej i ogólnej, to powtarza się zastrzyknięcie antytoksyną. Wyniki mają być doskonałe. Śmiertelność, która w ciągu ostatnich 10 lat wynosiła przeciętnie 9,3%, spadła w ostatnim roku od czasu leczenia intensywnego na 2,6%. Ujemna strona tego leczenia polega na częstej, bo w połowie przypadków występującej chorobie posurowiczej, wyglądającej bardzo niepokojąco — wstrząs, zeszytywnienie, słabe tętno, wysoka gorączka, — które to objawy dzięki środkom zapobiegawczym — ciepło, wysokie ustawienie nożnej strony łóżka — szybko mijają.

(Lancet. 1928. Nr. 5471).

— E. Göttische otrzymywała zadowalające wyniki leczenia *łtonicy surowicą Behringa*. 10 cm.<sup>3</sup> surowicy przeciwłoniczej zwykle wystarczało do wyleczenia nawet w ciężkich przypadkach. Wykazanie paciorkowców w śluzie z gardzieli i próbę Dicka uważa autorka za zawodne.

(M. m. Woch. 1928. Nr. 34).

— Remijne leczy *schorzenia gruczołu krokowego*, którym towarzyszy zatrzymanie moczu, za pomocą *dialermji*. Po przepłukaniu pęcherza i znieczuleniu cewki nowokainą wprowadza do cewki elektrodę w kształcie cewnika pod kontrolą palca tkwiącego w odbytnicy i poddaje otaczającą elektrodę tkanę sterczu koagulacji. Posiedzenie trwa w przypadkach dużego gruczołu 1 minutę, jeżeli gruczoł jest mały — mniej, wogóle zaś tak długo, dopóki palec w prostnicy nie poczuje ciepła. W przypadkach małego gruczołu bezpieczniejsze jest kilkakrotne stosowanie małych dawek (przetoka pęcherzowo-odbytnicza!)

(Lancet. 1928. Nr. 5459).

— Przeciwno *duzeniu się z powodu obrzęku błony śluzowej górnych dróg oddechowych* stosuje P. Freund z dobrym skutkiem zastrzykiwanie dożylnie *stężonego roztworu cukru*.  
(W. kl. Woch. 1928 Nr. 30).

-- A. Wiskott w badaniach swoich nad *leczeniem krzywicy wigantem* stwierdził po 14 dniach dojście fosforu do po-

ziomu prawidłowego. Zachowanie się wapnia nie daje jednakowych wyników. O wiele wolniej, niż zmiany kostne, poprawiała się towarzysząca krzywicy niedokrewność. Pewna część dzieci doznawała zaburzeń jelitowych. Nie należy stosować dawek ponad 2—4 mg.

(M. m. Woch. 1928. Nr. 34).

## Posiedzenia Towarzystw Lekarskich.

### Z Towarzystw Lekarskich Polskich.

Na posiedzeniu Tow. Lek. Lwowskiego d. 23.III 1928 r. Węgrzynowski wygłosił odczyt: „O szczepieniach ochronnych przeciwgruźliczych *modo Calmette*”.

W dyskusji Wernicki mówi o 2 metodach szczepienia Calmette'a: 1) o doustnej u osesków, 2) o szczepieniu podskórnym i jednorazowym, w małych dawkach (o. ol. mg.) u dzieci starszych i dorosłych w Polsce.

Gąsiorowski: Chcąc rzeczowo ocenić sprawę ochronnego szczepienia za pomocą szczepionki B. C. G. Calmette'a musimy odpowiedzieć na następujące pytania zasadnicze mianowicie, czy prątki B. C. G. jako takie działają szkodliwie, lub nie na ustrój zwierzęcy i ludzki, następnie czy szczepionka Calmette'a działa uodparniająco przeciw zakażeniu gruźliczemu. Jak z dotychczasowego piśmiennictwa wynika wszyscy niemal opierając się na licznych doświadczeniach na zwierzętach stwierdzają zgodnie (Kraus, Weil-Halle, Turpin, Cechnowitzer, Gerlach), że prątki B. C. G. wstrzyknięte w dawce poleconej do szczepienia mogą wywołać zmiany swoiste z komórkami olbrzymimi, które nie mają skłonności do zserowacenia i dalszego szerzenia się a tylko jako następstwo znikają bez śladu. Dopiero w większych dawkach wprowadzonych śródżylnie lub śródotrzewnowo prątki B. C. G. mogą wywołać zmiany gruźlicze o silniejszym nasileniu — według Gerlacha zdolne nawet do szerzenia się i dające się przeszczipić na zwierzęta zdrowe — które w późniejszych okresach cofają się również bez następstw. Dotychczas tylko Nobel podaje, że 4 świnki morskie po wszczepieniu dużych dawek (80 mg) do otrzewny padły mu na gruźlicę. Z dat powyższych wynika więc że szczepionka B. C. G. zawiera prątki o bardzo słabej jadowitości i w dawce używanej przy szczepieniu ochronnym nie działa szkodliwie na zwierzęta. Co do zachowania się prątków B. C. G. wobec ustroju ludzkiego, to znane mi są z piśmiennictwa 2 przypadki gruźlicy opon mózgowych u dzieci szczepionych. Pierwsze opisany przez Calmette'a, w którym zakażenie drogą kontaktu z osobą chorą nie jest wyłączone, i drugi przypadek cytowany przez Sergent i Rougebief o wątpliwym rozpoznaniu z powodu niewykonania sekcji. Wobec liczby dokonanych dotychczas szczepień, a obejmującej już 100.000 osesków, jak również wobec braku dostatecznie przekonujących dowodów, iż wybuch gruźlicy w przytoczonych dwóch przypadkach był wywołany szczepieniem, można stosowanie szczepionki B. C. G. w dawkach poleconych przez Calmette'a przyjąć jako nie działające szkodliwie na ustrój dziecka. O uodparniającym działaniu szczepionki świadczą daty statystyczne. Według Calmette'a na 6,219 szczepionych osesków pochodzących z ognisk gruźliczych zmarło na gruźlicę w pierwszym roku życia 0,9% podczas gdy śmiertelność wśród tych samych warunków u dzieci nieszczepionych wynosi 25%. Podobnie niezwykle pomyślne wyniki uzyskano na większym materiale szczepionych cieląt, owiec imalp (Ascoli, Pepeu).

Na podstawie przytoczonych faktów szczepionce B. C. G. należałoby przyznać wartość pierwszorzędного znaczenia, gdyby nie doświadczenia Petroffa, któremu drogą pasaży przez świnki morskie udało się przemienić niejadowitą odmianę lasseczników (R) zawartych w szczepionce B. C. G. na typ zjadliwy (S). Mimowoli nasuwa się tu poważne pytanie, czy podobnie i żywe prątki wprowadzone w wieku dziecięcym szczepionką B. C. G., pozostając w ustroju w formie utajonej, nie uzyskują również swej pierwotnej wirulencji by w myśl tezy Beringa po upływie szeregu lat wywołać typową gruźlicę.

Opierając się na powyższych przesłankach, przedstawiłem na konferencji Komitetu szczepień ochronnych metodą Calmette'a odbytej dnia 17 marca 1928 r. w Warszawie następujące wnioski:

1) na razie poleca się poddać szczepieniu ochronnemu

metodą Calmette'a tylko oseski, pochodzące z ognisk gruźliczych, które niemal bez wyjątku są narażone na zakażenie;

2) szczepienia te poruczyć można tylko instytucjom dającym pełną rękojmię, iż przeprowadzi je pod ścisłą kontrolą naukową.

Gröer sprzeciwia się stosowaniu u nas szczepienia metodą B. S. G.

Progulski: Jak się okazuje z prac Nobla i Solé, pediatrów z Wiednia, prątek gruźliczy stanowiący szczepionkę Calmette'a zachowuje się bardzo zmiennie, kapryśnie. U jednych świnek kultury jego wstrzyknięte do jamy otrzewny nie wywoływały serowacenia, u drugich jednak wytwarzały typowe gruźelki i zserowacenie, a z ognisk takich dało się wyhodować prątki bynajmniej nieosłabionego, który przeszczipiony na inne zdrowe świnki wywołał u nich typową gruźlicę.

Dobre wyniki szczepienia opierają się głównie na wielkich już dzisiaj zestawieniach liczbowych. Pewne światło na ich wartość rzuca fakt okólnika Ministerstwa Opieki Społecznej w Paryżu, skierowanego do wszystkich lekarzy, a nawet położnych, z propagandą jak najszerzego stosowania szczepień Calmettowskich wszystkim noworodkom. W zakładach dla niemowląt, stojących pod opieką rządową obowiązuje przymus tychże szczepień „Lekarzom i położnym pozostawiona jest należna im inicjatywa i zupełna swoboda w stosowaniu tego środka”. Jak z powyższego wynika, rząd francuski obdarzył ogół lekarzy i położne niezwykle zaufaniem, czy jednak ścisłości tych zestawień, a przedewszystkiem ich ewidencji odda to prawdziwą przysługę, jest wątpliwe, jeśli się zważy, że pielęgniarstwo we Francji stoi na zbyt wysokim poziomie.

Nie można zrozumieć dlaczego Calmette przestrasza przed unikaniem uczynów tuberkulinowych skórnych u szczepionych, jako niebezpiecznych z powodu możliwości ujawnienia ukrytej sprawy gruźliczej, gdy tymczasem zaleca „szczepienie ponowne” w II i III roku życia u dzieci z otoczenia gruźliczego, od którego to przecież wchłaniają one stale prątki gruźlicze! Na podstawie dzisiejszych naszych wiadomości o szczepieniach Calmettowskich nie można sobie jeszcze wyrobić przekonania o zupełnym bezpieczeństwie tej metody, i dlatego proponuję zwrócenie się do Profesora Gröera o postawienie odpowiedniej rezolucji dla uchwały Towarzystwa Lekarskiego Lwowskiego.

Węgrzynowski popiera swój wniosek, że dzieci osób gruźliczych należy szczepić.

Progulski wnosi o postawienie rezolucji.

Gröer uważa, że należy przeprowadzić w Polsce badanie w Zakładach naukowych, ponadto należy prowadzić na zwierzętach domowych, w przypadkach zaś bezwzględnie wskazanych można ewentualnie zastosować szczepionkę B. S. G.

Pisek żąda, by szczepienie powierzone było tylko Zakładom.

Rezolucję odłożono do następnego posiedzenia.

(Polska Gaz. Lek. Nr. 37. 1928).

### Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Sprawę *leczenia płonicy* nową surowicą przeciwploniczą, dostarczaną przez Zakład Pasteura, omawiali Nobécourt, Bize i Martin (paryskie tow. pediatr. w lipcu r. b.) i dochodzą do tych samych mniej więcej wniosków, co i lekarze w innych krajach, a mianowicie, że surowica przeciwplonicza nie zapobiega i nie leczy powikłań ploniczych, natomiast szczególnie dobrze wpływa na stany toksyczne początkowe. Debré uważa, że surowica ostatnio przygotowywana jest skuteczniejsza, niż dotychczasowa, że jednak należy ją stosować wcześniej i w dużych dawkach.

Niezwykły przypadek *ropnia wątroby*, wywołanego przez askarydy, demonstrował Roca z tow. lek. w Bordeaux. Przypadek dotyczył dziecka 3-letniego, które przyszło do szpitala z objawami tyfusowemi i które po przybyciu na oddział wydzieliło kilka askaryd. Pod wpływem leczenia odpowiedniego dziecko wydzieliło jeszcze 50 robaków i zmarło. Badanie pośmiertne wykazało ropień wątroby, zawierający askarydy, które poza tym znaleziono w jelitach, w wyrostku robaczkowym, w drogach żółciowych i w przewodzie Wirsunga. Zdaniem R. o ropniu wątroby tego pochodzenia należy pamiętać u dziecka, gdy stwierdza się askarydy, rozwojenie krwawoszluzowe, gorączkę nieprawidłową i brak eozynofilii.

Coraz częściej znajdują się w literaturze lekarskiej opisy przypadków *aspergillozy płuc*. Na posiedzeniu czerwcowem tow. internistów wiedeńskich Herman Sshlesinger demonstrował preparaty anatomiczne takiego przypadku przebiegającego pod postacią posocznicy utajonej. Chory 53-letni zachorował przy objawach wysokiej gorączki i wstrząsającego dreszczu, powta-

rzającego się prawie codziennie. Uprzednio pacjent był zdrow zupełnie i na drogi oddechowe nie chorował. Badanie nie stwierdziło objawów zającia oskrzeli, płwociny nie było. We krwi znaleziono umiarkowaną leukocytozę neutrofilową. W trzecim tygodniu choroby zapalenie płuc włóknikowe, do którego wkrótce dołączyła się zgorzel. Po upływie trzech tygodni od początku choroby — śmierć. Badanie pośmiertne wykryło rozległe zmiany w płucach w postaci licznych ognisk białych, zawierających *aspergillus*. W innych organach zmian nie było.

Wreszcie przytoczyć warto uchwałę jednogłosną paryskiego towarzystwa patologii porównawczej z dnia 10 lipca r. b., a wielce aktualną i w naszych stosunkach w kraju. Uchwała, spowodowana odpowiedniem wystąpieniem Rosenthala, brzmi: „Tow. patologii porównawczej ze względu na niebezpieczeństwo często śmiertelne *duru brzuszego*, grożące we wszystkich wilegaturach, zwłaszcza zaś na pobrzeżu morskiem, zwraca się do wszystkich udających się na odpoczynek letni, zalecając im poddanie się szczepieniu przeciwdrurowemu”.

## Medycyna społeczna.

Pod kierunkiem M. KACPRZAKA.

### Rys historyczny szpitalnictwa Polskiego w ubiegłym stuleciu i jego stan obecny ze szczególnem uwzględnieniem szpitalnictwa na obszarze b. zaboru rosyjskiego<sup>1)</sup>.

Podali

Dr. Witold PRZYWIECZERSKI, Inż. Felicjan RAKIEWICZ  
i Dr. Rudolf SIKORSKI (Warszawa).

#### I.

#### Porównawczy pogląd na podstawy rozwoju szpitalnictwa polskiego w ubiegłym stuleciu w poszczególnych dzielnicach Rzeczypospolitej Polskiej.

(Dokończenie).

#### B. Kresy Wschodnie.

Na obszarze województw wschodnich: wołyńskiego, poleskiego, nowogródzkiego i wileńskiego i części województwa białostockiego, z początkiem XIX wieku istniały pod względem szpitalnictwa stosunki podobne do tych, które były w Królestwie Kongresowem, później ziemie te podlegają co do szpitalnictwa przepisom, wydanym dla Rosji. Do czasu zaprowadzenia ziemstw w r. 1864 pozostawały szpitale pod zarządem Rady opiekuńczej publicznej, zwanej „Prikazem obščestwiennawo priżrenia”.

Instytucja ta założyła szereg szpitali na obszarze Ziemi Wileńskiej, z których dotąd istnieje 7, i z funduszów tej instytucji zbudowały ziemstwa kilka szpitali na części obszaru województwa białostockiego. Ziemstw na obszarze Wileńszczyzny nie wprowadzono, ale wprowadzono je na ziemiach województwa białostockiego, nowogródzkiego, poleskiego i wołyńskiego, gdzie się dotąd utrzymało 26 szpitali, założonych przez dawne ziemstwa.

Szpitala te pozostają pod zarządem Państwa i są przekazywane tak, jak i szereg szpitali zało-

zonych przez N. N. Komisarjat dla zwalczania epidemii, na razie najczęściej za czynszem dzierżawnym związkom samorządowym lub miastom.

Miasta Kresów Wschodnich podlegały miejskiej ustawie rosyjskiej z r. 1870 i 1892. Już pierwsza z tych ustaw nakładała na zarządy miast obowiązek zakładania własnym kosztem zakładów dobroczynnych i szpitali.

Od czasu przejęcia spraw zdrowotnych przez ziemstwa i miasta, podniósł się stan szpitalnictwa, poprzednio wegetujący tylko, a ziemie Kresowe, dawniej polskie, uzyskały także dwa duże zakłady psychiatryczne w Mińsku i Winnicy, które pozostały za granicą Wolnej Polski.

Wielka wojna zniszczyła szpitale Kresowe, szereg z nich został zburzony, wszystkich zaś urządzenie spustoszone. Naczelný Nadzwyczajny Komisarjat do zwalczania epidemii odnowił te szpitale, urządził na nowo i utworzył szereg nowych w budynkach porosyjskich, w probostwach, w b. budynkach pocztowych i innych, nierzadko w barakach.

W czasie najwyższej działalności było pod zarządem N. N. K. 131 szpitali, przeważnie epidemicznych, a częściowo i ogólnych, z których szereg już skasowano, a od roku 1922 — 1927 przekazano z tych szpitali, łącznie z pozostałymi po Rosji 58 szpitali związkom samorządowym, które je dotąd prowadzą. Ze szpitali N. N. K. dotąd tylko 11 pozostaje pod bezpośrednim zarządem Państwa. W najbliższej przyszłości szpitale założone przez ziemstwa, mimo, że je w Rosji liczono do państwowych będą oddane samorządom bezpłatnie.

W r. 1922 posiadało 69 szpitali kresowych, zarządzanych przez Państwo, 3,469 łóżek, a istniejących w tym czasie 16 szpitali samorządowych miało razem 999 łóżek.

Szpitala ziemskie dzieliły się w Rosji na gubernialne, powiatowe i okręgowe.

Szpitala gubernialne były budowane na 150—250 łóżek, powiatowe na 20—40 łóżek, a okręgowe na 5—10 łóżek. Leczenie w szpitalach powiatowych i okręgowych było bezpłatne, a w gu-

<sup>1)</sup> Referat przedstawiony na ogólnym Zjeździe lekarzy higienistów w Polsce — we Lwowie dn. 8 lipca 1928 r.

bernialnych płatne. Leczenie ambulatoryjne było przeważnie udzielane także bezpłatnie.

Przepisy, dotyczące szpitalnictwa zawierała rosyjska ustawa lekarska, która obowiązywała i ziemie Kresów Wschodnich, a ta dzieliła szpitale na a) szpitale o własnych statutach, podległe monarchii, b) szpitale podległe Ministerstwu Spraw Wewnętrznych i c) szpitale podległe innym ministerstwom.

Szpitale cywilne dzieliły się na a) państwowe, do których zaliczano także szpitale ziemskie, miejskie i założone przez zarządy dobroczynności publicznej — b) zakłady lecznicze prywatne, których założenie opierało się na udzielaniu koncesji.

Obowiązek zwrotu kosztów leczenia ciążył na gminach na zasadzie nałożonego na nie poręczycielstwa solidarnego za ciężary publiczne, które w guberniach Królestwa Polskiego nie było stosowane.

Przy końcu roku 1927 było w 4 województwach wschodnich na obszarze b. zaboru rosyjskiego 16 szpitali państwowych, mających razem 896 łóżek, 63 szpitale komunalne z 2712 łózkami, 1<sup>o</sup> szpitali społecznych — z 687 łózkami i 8 zakładów leczniczych prywatnych, posiadających razem 145 łóżek.

Razem posiadały województwa powyższe 106 szpitali i zakładów leczniczych, liczących razem 4.440 łóżek.

## 2. Były zabór austriacki.

W pierwszej połowie XIX stulecia istniały w Galicji szpitale miejskie, wyznaniowe i fundacyjne. Część tych szpitali miała charakter mieszany, przytułkowo-leczniczy, lecz wcześniej rozwinął się w Galicji typ szpitala powszechnego publicznego, przyjmującego do leczenia tak krajowców, jak i obcych.

Reskrypt Ministra Spraw Wewnętrznych z r. 1855 przepisuje, że w szpitalach publicznych i powszechnych nieściągalne koszty leczenia pokrywa fundusz krajowy, zaś takiż reskrypt z r. 1856 podaje w interesie ochrony funduszu krajowego bliższe przepisy, na jakich się ma opierać prowadzenie szpitali powszechnych i publicznych.

Szpitalnictwo w pierwszej połowie XIX stulecia pozostaje do roku 1866 wyłącznie pod nadzorem Rządu, t. j. Namiestnictwa i starostów; Namiestnictwo do tego czasu zarządzało szpitalami we Lwowie i Krakowie, zarząd innych szpitali na prowincji oddało Namiestnictwo w r. 1868 w ręce samorządu gminnego, a więc prawie wyłącznie w ręce zarządów miast. Było tych szpitali 21. Szpitale powiatowe zaczęły powstawać dopiero po r. 1872.

Szpitale były nieliczne, a stan ich z wyjątkiem dużych szpitali w Krakowie i we Lwowie pozostawał dużo do życzenia.

Ustawa z r. 1864 oddała pod zarząd samorządu krajowego szpitale dla umysłowo chorych oraz zakłady dla położnic.

Po roku 1866 sprawy szpitalnictwa przechodzą w zakres ustawodawstwa krajowego, w każdym kraju powstają odrębne ustawy szpitalne a także i zarząd szpitali przechodzi w ręce Wydziałów Krajowych.

Ogólnej ustawy szpitalnej państwowej Austria nie wydała. Nastąpiło to dopiero 15 lipca 1920 r., a więc po wielkiej wojnie.

W roku 1866 oddano Wydziałowi Krajowemu zarząd szpitali we Lwowie i Krakowie, w innych szpitalach stosunki pozostały bez zmiany, jedynie przyznano Wydziałowi Krajowemu wpływ doradczy w ważniejszych sprawach ekonomicznych ze względu na pokrywanie połowy kosztów leczenia ubogich chorych z funduszu Krajowego.

Ustawa Krajowa z r. 1869 postanowiła, że ogłoszenie pewnego szpitala za krajowy i publiczny nie może nastąpić bez zgody Reprezentacji Krajowej, że takse leczenia oznacza Wydział Krajowy z Namiestnictwem, oraz oddała nadzór gospodarczo-administracyjny nad szpitalami Wydziałowi Krajowemu.

Druga ustawa z r. 1869 powołuje do życia rady szpitalne, jako lokalny organ kontrolujący gospodarkę szpitalną i doradczy dla organów samorządu lokalnego, sprawującego i nadal zarząd szpitali. W tym czasie ustanawia Wydział Krajowy pierwszego inspektora szpitali.

Ustawa z r. 1875 przekazuje funduszowi krajowemu w całości pokrywanie kosztów leczenia ubogich, przynależnych do jednej z gmin Galicji. Odtąd wzrosła frekwencja chorych w szpitalach, gminy bowiem nie stawiały więcej przeszkód ubogim w korzystaniu ze szpitali.

Ustawa wreszcie z r. 1897 odłącza szpitale publiczne od samorządu lokalnego, tworząc z nich samodzielne zakłady, mające osobowość prawną, powołuje do ich bezpośredniego zarządu dyrektora-lekarza z Komitetem szpitalnym, a naczelne kierownictwo i zwierzchnictwo zarząd szpitali publicznych oddaje Wydziałowi Krajowemu. W tym celu powstaje w Wydziale Krajowym osobny departament dla szpitalnictwa z dwoma inspektorami szpitali.

Z tą chwilą oparto szpitalnictwo galicyjskie na tych samych zasadach, jakie w Królestwie wprowadzono w r. 1842 i od tego czasu szpitale Galicji wchodzi w najświetniejszy okres rozwoju. Liczba szpitali publicznych i powszechnych, tak krajowych, jak i prowincjonalnych, wzrasta w okresie od r. 1871 — 1919 z 25 na 44, zaś liczba łóżek podnosi się z 2.595 na 7.366.

W czasie wojny 3 szpitale zniszczono, a tylko jeden odbudowano, tak, że obecnie jest 38 szpitali publicznych na prowincji, a dawniej krajowe szpitale: we Lwowie powszechny, a w Kulparkowie duży zakład psychiatryczny, zaś w Krakowie szpital św. Łazarza ogólny z oddziałem psychiatrycznym i zakład psychiatryczny w Kobierzynie stały się po zniesieniu Sejmu wraz ze zniesionym w tym roku Tymczasowym Wydziałem Samorządowym instytucjami państwowymi.

Publiczne i powszechne szpitale prowincjonalne mają wrócić obecnie do związków komunalnych, które je fundowały, na ich własność, jako zakłady komunalne.

Powyższy system ustroju szpitalnictwa wytworzył cenne fachowe kierownictwo szpitali, a prawo Wydziału Krajowego do mianowania personelu szpitalnego wprowadziło do szpitali fachowych dyrektorów — lekarzy, dzięki czemu, a ponadto dzięki oparciu gospodarstwa finansowego

szpitali o silne fundusze krajowe, stan szpitalnictwa w Galicji podniósł się znakomicie, nowe budynki szpitalne odpowiadały zadaniu w zupełności, wiele zaś dawnych budynków odnowiono i rozszerzono. Ponieważ do ubogich chorych zaliczano 80% leczonych w szpitalach, miały z tego powodu szpitale prowincjonalne stałe zaległości z tytułu kosztów leczenia w funduszu krajowym, który a conto tych należności wypłacał zarządom szpitali z początkiem roku stałe zaliczki do wyrachowania, dzięki czemu byt materialny szpitali był zapewniony, a gospodarka szpitali mogła się rozwijać jednostajnie.

Tak stały rzeczy, gdy Wydział Krajowy był finansowo silny. Gdy Tymczasowy Wydział Samorządowy finansowo upośledzono, wpadły szpitale publiczne w Galicji w kłopoty finansowe, tak że czasowo groziło im wstrzymanie przyjmowania chorych, co nie miało miejsca w Wielkopolsce, gdzie szpitale publiczne są zakładami komunalnymi, które w każdej chwili mogły się oprzeć o fundusze swoich związków komunalnych.

Szpitale galicyjskie są w zasadzie zakładami komunalnymi, gdyż pochodzą prawie wyłącznie z fundacji miast lub powiatów, które, mimo usamodzielnienia szpitali w postaci osób prawnych, są jednak z ustawy obowiązane przyczynić się w połowie kosztów do odbudowy lub rozszerzenia szpitala, który założyły.

Obowiązek zakładania szpitali ciążył w zasadzie na gminach, które obowiązane były do zapobiegania chorobom zakaźnym. Orzeczenie Najwyższego Trybunału Administracyjnego z r. 1881 potwierdziło, że z tytułu tego obowiązku można od gmin żądać budowania szpitali i innych zakładów do walki z epidemią.

Największą zaletą systemu szpitalnictwa w Galicji było poddanie ich pod umiejętne i fachowe, dobrze w środki finansowe wyposażone kierownictwo organu centralnego, jakim był Wydział Krajowy.

Koszty leczenia w szpitalach publicznych w Galicji uważane były za należność publiczno-prawną i miały przywilej do egzekucji administracyjnej, którą wykonywały starostwa.

Nadzór naczelny w zakresie policji sanitarnej przysługiwał nadal Władzy państwowej administracji ogólnej t. j. Namiestnictwu, co obecnie przeszło na wojewodów.

Oprócz 4, dawniej krajowych, a obecnie państwowych i 38 prowincjonalnych szpitali publicznych i powszechnych, tudzież 1 szpitala państwowego dla dzieci jagliczych, istnieje na obszarze b. Galicji 8 ogólnych szpitali komunalnych o 666 łóżkach, 36 szpitali społecznych, posiadających 1.829 łóżek i 7 szpitali prywatnych o 241 łóżkach.

Razem posiada Galicja 94 szpitali i zakładów leczniczych, liczących ogółem 9.596 łóżek.

### 3. B. zabór pruski.

W Prusiech, jak i w Niemczech, początki opieki nad chorymi wpływały z uczucia litości, stąd szpitale prowadzone były przez kościół i księży. Z rozwojem nauk lekarskich zajęła się szpitalami nauka, lecz obok uniwersytetów prowadziły szpitale nadal korporacje kościelne i związki dobroczynne.

Do połowy 19 wieku cierpiały szpitale z powodu przepełnienia i braku urządzeń wewnętrz-

nych, a zwłaszcza technicznych. Ludność tylko w ostatniej konieczności korzystała ze szpitali, które uważane były raczej za przytułki dla ubogich i zakłady do umierania.

Po wojnie Krymskiej i wskutek wspomnień o jej strasznych epidemiach rozpoczęło się dążenie do reform na polu szpitalnictwa. Dążenia te wzmógł szybki rozwój nauk lekarskich, a zwłaszcza chirurgii, oraz rozwój przemysłu, który umożliwił coraz to lepsze urządzenie szpitali. Szpitale szybko stosunkowo przemieniły się z zakładów do umierania ubogich w zakłady, przywracające zdrowie i zdolność do pracy obywateli, którzy nabierali coraz więcej zaufania do szpitali, i coraz to większą liczbę zachorowań, leczonych poprzednio przy wadliwościach pod względem higieny i niedostateczności urządzeń w mieszkaniach prywatnych — zaczęto leczyć w szpitalach.

Z postępowaniem wiedzy lekarskiej szły ulepszenia szpitali wszelkiego rodzaju, tak prowadzonych przez korporacje kościelne, jak związki dobroczynne, Państwo i samorządy.

Gminy miejskie w ostatniej ćwierci 19 stulecia poczuły się do nowych obowiązków względem obywateli, którym chciały dostarczyć korzyści rozległej już wiedzy lekarskiej, i podjęły zwłaszcza w wielkich miastach budowę wielkich szpitali, wychodząc pod tym względem daleko poza zakres swych obowiązków ustawowych.

W tym czasokresie od r. 1876 — 1900 wzrosła liczba szpitali w Prusiech z 1502 o 73.091 łóżkach na 3.900 o 214.320 łóżkach. Potężny ten ruch jest niewątpliwie wyrazem wielkiej i rozpowszechnionej kultury obywateli, jak i zamożności wolnego Państwa i kraju.

W Niemczech, ani w Prusiech nie wydano dotąd ustawy szpitalnej. Każdy szpital o charakterze powszechnym uważany jest za publiczny bez względu na to, kto go prowadzi. Szpitale powszechne korporacji kościelnych i związków dobroczynnych korzystają z równych praw z szpitalami państwowymi i komunalnymi.

Komuny miejskie budują przeważnie szpitale duże, związki kościelne i dobroczynne zakładają chętnie szpitale mniejsze i po mniejszych miastach.

Państwo zakłada tylko kliniki dla uniwersytetów, a rzadko szpitale więzienne. Samorządy zakładają szpitale ogólne i specjalne, ponad te szpitale przeważają jednak liczbą łóżek szpitale związków religijnych, dobroczynnych i stowarzyszeń zawodowych, w Prusiech bowiem na 204.000 łóżek w szpitalach publicznych przypada tylko 70.000 łóżek na szpitale związków komunalnych. Ogólna liczba łóżek w szpitalach publicznych wynosiła w r. 1922 w Niemczech 328.000. W r. 1907 liczono w Niemczech 3862 szpitale i lecznice ogólne, z tego 2222 o charakterze publicznym, a 1577 o charakterze prywatnym, i 63 kliniki uniwersyteckie.

Ponadto było w r. 1907 w Niemczech 505 zakładów psychiatrycznych o 131.119 łóżkach, 161 zakładów dla chorób ocznych o 5.024 łóżkach i 116 zakładów położniczych, które miały 4.010 łóżek.

Obok szpitali publicznych istnieje znaczna liczba zakładów leczniczych prywatnych, o małej liczbie łóżek, zakładanych lub prowadzonych przez lekarzy. Tak np. było w r. 1919 w Niemczech 250 publicznych lub uniwersyteckich zakładów

psychjatrycznych, a 220 prywatnych. Pierwsze jednak posiadały 127,000 łóżek, a drugie tylko 30,000.

Prócz zakładów powyższych są szpitale bractw górniczych, Kas Chorych, szpitale wojskowe, dla marynarki i t. p.

Państwo poza szpitalami własnymi pozostawia zakładanie, prowadzenie i finansowanie szpitali czynnikom, które się tego podejmują, samo zaś rezerwuje tylko dla siebie nadzór i to w dwóch kierunkach: 1) w formie rozporządzeń ministerjalnych wydaje dokładne przepisy co do budowy i prowadzenia zakładów — ostatnie w Prusiech z r. 1913, 2) wykonywuje stały nadzór nad zakładami leczniczymi i szpitalami przez państwowych urzędników zdrowia — w Prusiech przez lekarza powiatowego.

Ustawowa podstawa o umieszczeniu chorych w zakładach leczniczych polega w Niemczech i Prusiech na 4 ustawach:

a) Ustawa państwowa o miejscu zamieszkania pod względem wsparcia z r. 1870, uzupełniona w r. 1908, obejmuje także i opiekę nad chorymi i koszty leczenia oraz utrzymanie chorych w szpitalach, zaś pruska ustawa wykonawcza do ustawy powyższej z r. 1871, rozwinięta ustawą z r. 1891, przepisuje, że krajowe związki opieki społecznej (Landarmenverbände), t. j. dawniejsze prowincje, a obecnie województwa, są obowiązane do urządzania i utrzymywania zakładów dla potrzebujących pomocy psychicznie chorych, idjotów, epileptyków, głuchoniemych i niewidomych, przytem  $\frac{2}{3}$  kosztów utrzymania tych osób w zakładzie pokrywają związki powiatowe, a tylko  $\frac{1}{3}$  miejscowe związki opieki społecznej.

b) Ustawa państwowa z r. 1900 o zwalczaniu epidemij i takież ustawa pruska z r. 1905 zobowiązują gminy do tworzenia urządzeń i zakładów do zwalczania chorób zakaźnych. Na tej podstawie są gminy wedle odnośnej ustawy pruskiej zobowiązane do zakładania szpitali, domów izolacyjnych, urządzeń dezynfekcyjnych i t. p.

c) Ustawa państwowa o ubezpieczeniach społecznych i d) ustawa państwowa o zwalczaniu chorób wenerycznych również przewiduje umieszczenie chorych w zakładach leczniczych, zaś wenerycznych nierządnic nawet przymusowo.

Na tych podstawach rozwinęło się i szpitalnictwo na ziemiach Wielkopolski i Śląska, na których istniało z końcem r. 1927 dobrze urządzonych szpitali ogólnych: 2 państwowe o 90 łóżkach, 71 komunalnych, posiadających 5,910 łóżek, 83 społeczne, posiadające 9,968 łóżek, i 25 prywatnych, w których liczba łóżek wynosi 472. Ogółem istnieje na obszarze b. zaboru pruskiego 181 szpitali i zakładów leczniczych, posiadających razem 16,440 łóżek. Ponadto posiada b. zabór pruski 7 dużych zakładów psychjatrycznych, w których liczba łóżek wynosi 6,138.

## II.

### Stan obecny szpitalnictwa w Polsce.

Ogółem było z końcem r. 1927 na obszarze Rzeczypospolitej 651 zakładów leczniczych ogólnych, posiadających razem 48,815 łóżek, i 23 zakłady psychjatryczne, w których liczba łóżek wynosi razem 10,126.

Ze szpitali i zakładów leczniczych o charakterze ogólnym należy: 31 do Państwa, które posiadają 4845 łóżek, 343 szpitale należą do związków samorządowych lub pozostają pod ich zarządem; szpitale te posiadają razem 25,582 łóżka. Wśród szpitali komunalnych jest 195 powiatowych, 98 miejskich, 38 publ. i pow. w Galicji 7 gminnych i 5 związkowych. 201 szpitali posiada charakter społeczny, to są zakłady wyznaniowe, Kas Chorych, stowarzyszeń i t. p. Szpitale społeczne mają 16,802 łóżka; 73 zaś zakłady lecznicze prywatne posiadają 1592 łóżka.

Ze szpitali publicznych, razem z zakładami leczniczymi prywatnymi — 270 — o 18,341 łóżkach, przypada na 5 województw Królestwa Polskiego to jest 42% wszystkich szpitali ogólnych i leczniczych w Polsce, a 38% ogólnej liczby łóżek szpitalnych. 4 województwa Kresowe mają 106 szpitali ogólnych i leczniczych, posiadających razem 444 łóżek, co stanowi 16% wszystkich zakładów leczniczych i 9% ogólnej liczby łóżek szpitalnych w Polsce.

3 województwa b. zaboru pruskiego mają 181 ogólnych zakładów leczniczych z 16,440 łóżkami, co stanowi 28% wszystkich tych zakładów i 34% ogólnej liczby łóżek szpitalnych w Polsce.

4 województwa w b. Galicji wykazują 94 ogólnych szpitali i leczniczych, posiadających razem 9596 łóżek, czyli 14% pełnej liczby tych zakładów i 19% ogólnej liczby łóżek szpitalnych w Polsce.

Jeżeli, jak wyżej wspomniano, zakłady lecznicze Wielko- i Małopolski oraz Śląska wykazują stan pomyślny, to szpitale Królestwa Polskiego i Kresów wschodnich przedstawiają stan ujemny. Jeszcze w roku 1922, według sprawozdań urzędowych, posiadały te szpitale z nielicznym wyjątkiem wielkich miast pomieszczenia na ogół licze, budynki szpitalne bądź stare i nieodpowiednie do dzisiejszych wymagań, bądź przerabiane z innych budynków. W szpitalach panuje ciasnota, często trzeba chorych lokować na podłodze, izolacja chorych zakaźnych jest niedostateczna, brak jest nowoczesnych urządzeń wewnętrznych; obsługa lekarska jest niedostateczna, personel pielęgniarski na jeszcze zmałe przygotowanie do zawodu. Szpitale walczą stale z brakiem środków. Administracja majątków szpitalnych niezawsze stoi na wysokości zadania, stan posiadania budynków i nieruchomości szpitalnych w wielu wypadkach jeszcze nieuregulowany. Zdarzają się często tarcia między personelem lekarskim a administracyjnym.

Obecnie stan, powyżej przedstawiony, się poprawia. Związki samorządowe mimo trudności finansowych rozwijają na obszarze Królestwa Polskiego i Kresów Wschodnich intensywną działalność. W roku 1926 i 1927 przybyło 25 nowych szpitali komunalnych, z czego 19 na obszarze b. zaboru rosyjskiego, 5 na obszarze b. zaboru pruskiego, a 1 w Małopolsce. Przykładem tej działalności jest województwo Kieleckie, w którym Radom założył szpital epidemiczny, powiat Jędrzejowski wybudował nowy szpital w Jędrzejowie, a powiat Zawiercie w Myszkowie na 80 łóżek. W Pinczowie i Miechowie dobudowano skrzydło do szpitala, Miechów przebudował szpital, Łża buduje pawilon zakaźny, Sandomierz, Częstochowa przystępuje do budowy szpitali. W Będzinie odbudowano związkowy szpital weneryczny.

Założony przez ś. p. Wojewodę Manteuffla w Kielcach Komitet społeczny, który podjął się zadań, ciężących na województwie, wybudował pod Częstochową zakład wychowawczo-leczniczy na 400 dzieci chorych na jaglicę, a obecnie buduje w Rabsztynie obok Olkusza pierwsze w Polsce sanatorium dla 300 dzieci gruźliczych. Przy sanatorium tem będzie własna 7 klasowa szkoła powszechna i kolonja wakacyjna dla 250 dzieci.

Po ukończeniu tej budowy projektuje województwo Kieleckie budowę własnego zakładu psychiatrycznego.

Nawet niezamożne województwo Poleskie projektuje w tym roku budowę 2 szpitali w Sarnach i Kamieniu Koszyrskim, rozbudowę szpitala w Kobryniu, a w roku przyszłym budowę szpitali w Łuńcu i Kosowie.

Zakładów psychiatrycznych ma Małopolska i b. zabór rosyjski: po 2 zakłady państwowe, b. zabór pruski 7 krajowych samorządowych zakładów, a Warszawa jeden miejski, ponadto ma Królestwo 5 zakładów społecznych, a prywatnych zakładów psychiatrycznych ma cała Polska zaledwie 6, gdy np. Niemcy mają ich 220. Na polu opieki nad psychicznie chorymi istnieją w Polsce najbardziej rażące braki, gdyż według ankiety z r. 1925 — przeszło 12,000 chorych psychicznie nie może znaleźć pomieszczenia w zakładach, których brak. Z tych chorych koło 1.800 było gwałtownych. 7 województw b. zaboru rosyjskiego nie ma zakładu psychiatrycznego, Istniejące zaś są przeciążone i ratują się umieszczeniem chorych w zakładach b. zaboru pruskiego.

Zakład psychiatryczny w Nowowilejce na 1000 łóżek zabrało na swe cele wojsko.

Stosunki te skłoniły województwo do ener-

gicznego projektowania nowych zakładów koło Wilna, Chełma, Gostynina i na obszarze województwa Kieleckiego.

Miasto Warszawa przystępuje w tym roku do budowy własnego zakładu psychiatrycznego o 800 1000 łóżkach. Rząd dąży do tego, co popiera, rosnące jednak uświadomienie co do braków powyższych niewątpliwie przyspieszy odnośnie usiłowania, które w najbliższym czasie winny być urzeczywistnione.

Daty powyższe są dowodem, że akcja rządu, samorządu i społeczeństwa, zorganizowana na jednolitych zasadach ogólnej ustawy o zakładach leczniczych, o ile jeszcze zostanie oparta o nowe źródła dochodowe, pozwoli rychło usunąć rażące braki w ustroju polskiego szpitalnictwa i postawić je na poziomie, odpowiadającym potrzebom i wymagom nowoczesnej wiedzy lekarskiej.

#### Z R Ó D Ł A.

1) Leon Wachholz: Szpitale Krakowskie 1220 — 1920. Biblioteka Krakowska, Tom I. Kraków. Druk. W. L. Anczyca i Sp. 1921 — oraz źródła w tem dziele podane:

a) F. Gedroyc. Zapiski do dziejów szpitalnictwa w dawnej Polsce. Warszawa 1908.

b) W. Męczyński. Prowizorowie szpitalni w dawnej Polsce. Warszawa 1908.

c) Ks. Nowodworski. Encyklopedia kościelna. Tom XI. l. c.

2) Medycyna w samorządzie. Stan obecny lecznictwa publicznego w Królestwie Polskiem. Braki i potrzeby. Praca zbiorowa lekarzy warszawskich. Warszawa. Wende i Spółka 1906.

Dr. Antoni Okolski. Wykład prawa administracyjnego, obowiązującego w Królestwie Polskiem. T. I ill. Warszawa 1880—1882.

4) Materiały statystyczne Departamentu Służby Zdrowia M. S. Wewn.

5) Sprawozdania z czynności Tymczasowego Wydziału Samorz. we Lwowie za lata 1923, 1924, 1925.

6) Handwörterbuch der Socialen Hygiene Dr. A. Grothjan und prof. I. Kaup. Band I. A-K. Str. 643 Krankenhauswesen. Leipzig. Verlag v. Vogel. 1912.

## Życiorysy.

### Dr. med. Józef Polak.

#### Wspomnienie pośmiertne.

Zmarły w Warszawie d. 4 sierpnia 1928 r. Dr. med. Józef Polak był osobistością bardzo popularną nie tylko wśród naszego świata lekarskiego, ale, i to przeważnie, jako wybitny higienista i pacyfista był znany wśród szerokich sfer inteligencji u nas i zagranicą.

Te dwie dziedziny społeczne, napozór nie mające z sobą nic wspólnego: zdrowie publiczne i pokój powszechny, doskonale harmonizują ze sobą na terenie pracy międzynarodowego zbliżenia się narodów, kładąc główne fundamenty przyszłego szczęścia ludzkości. Współpracując społecznie z Dr. J. Polakiem od 20 lat na terenie higieniczno-sanitarnym, a od 8 lat w pacyfizmie, jako z prezesem Warsz. Tow. Higienicznego i jako z prezesem Polskiego Tow. Przyjaciół Pokoju, pragnę w zwięzłym życiorysie Zmarłego wykazać zasługi tego nieustraszonego działacza, który do ostatnich chwil życia, pomimo sędziwego wieku, wytrwale dla umiłowanych idei pracował.

Dr. med. Józef Polak urodził się w r. 1857 w Równem na Wołyniu, gdzie ukończył gimnazjum, me-

dycynę zaś ukończył w Warszawie w r. 1880, a stopień doktora medycyny otrzymał w r. 1897 za rozprawę: „Wpływ skupienia ludności na śmiertelność z chorób zakaźnych ostrych“.

Na początku swej kariery, jako młody lekarz, zajmuje stanowisko lekarza w szpitalu Dz. Jezus. ale nakrótka pochłania go medycyna praktyczna, bo po 6 latach wybiera kierunek pracy z dziedziny higieny publicznej, i tej pracy Dr. J. P. poświęca niemal całe swe długie, pracowite życie, ujmując higienę, jako zagadnienie pierwszorzędnej wagi dla życia i kultury narodu.

Już w r. 1889 Dr. J. P. pełni obowiązki dyrektora Instytutu Krajowego szczepienia ospy ochronnej, zajmując jednocześnie stanowisko lekarza-higienisty urzędu lekarskiego m. Warszawy. Po tą pracę zawodową Dr. J. P. zakłada w r. 1885 czasopismo higieniczne p. t. „Zdrowie“, które przez 15 lat sam redaguje, a następnie odstępuje je Warsz. Tow. Higienicznemu, które sam założył, będąc jego prezesem do końca życia.

Warsz. Tow. Hig. ma za sobą swoją historję. Przez posiadanie licznych oddziałów na prowincji, przez organizowanie Zjazdów higienicznych i wielkich wystaw, przez swe wydawnictwa i odczyty znacznie przyczyniło się W. T. H. do spopulary-

zowania wiedzy higienicznej wśród szerokiego społeczeństwa polskiego i przez długie lata niewoli było jednym z niewielu ogniw łącznikowych nie tylko biernej i przygnębionej inteligencji, ale składało szerszemu światu zachodniemu dowody życia Polski w niewoli. Taka np. I Wystawa higieniczna na placu Ujazdowskim, otwarta w maju 1887 r., a więc 41 lat temu, którą pewno wielu z nas starszych lekarzy sobie przypomina, jakie miała wielkie powodzenie, jaki wywołała wprost entuzjazm, a nawet oznaki pewnej dumy narodowej, bo wystawa ta dawała Europie dowody naszej żywotności i naszej kultury;—było to dzieło w znacznej mierze Dr. J. Polaka.

Pragnąc wykorzystać zbliżenie się higienistów polskich z racji tej wystawy, Dr. J. P. chciał zorganizować stałe Towarzystwo, pod niewinną nazwą „Przyjaciół zdrowia”, ale rząd rosyjski, który barbarzyńsko tamował rozwój naszego życia kulturalnego i społecznego, przez 10 lat nie dawał pozwolenia, i dopiero po drugiej wystawie Higieny w 1896 r. zezwolono Zmarłemu na założenie Warsz. Tow. Higienicznego, zatwierdzając statut dopiero w r. 1898. Następuje wtedy okres wydajnej pracy w zakresie popularyzacji zasad higieny, zakładanie oddziałów W. T. H. na prowincji, i już w r. 1903 Dr. J. P. urządza I-y Zjazd polskich higienistów pod nazwą: „Narady nad higieną prowincji”—a następnie także „Narady” w Lublinie i Częstochowie, co było pewnem „evenement” w ucisku i szarzyźnie naszego życia społecznego.

O innych zjazdach higienicznych tu nie piszę dla braku miejsca, przypomnę tylko duży zjazd Higienistów za czasów okupacji niemieckiej.

Dr. Józef Polak interesował się również hig. wieku dziecięcego i zawdzięczając zapisowi barona Lennala, przyczynił się znacznie do założenia przy W. T. H. — Instytutu Hig. dziecięcej, a także zorganizował Komitet ogrodów dziecięcych im. R. a. u. a. W sprawie hig. szkolnej położył również zasługi, bo jeszcze w 1899 r. wystąpił Dr. J. P. z obszernym memorjałem, dotyczącym konieczności budowy specjalnych gmachów szkolnych. W zakresie aseptyki Warszawy Dr. J. P. zapoczątkował i doprowadził do skutku budowę Zakładu spalania śmieci oraz zakładu dezynfekcyjnego; także zajął się w r. 1903 budową i urządzeniem „Krajowego Instytutu szczepienia ospy ochronnej”, przyczem był kierownikiem tego Instytutu aż do objęcia tej dziedziny sanitarnej przez nasz Państwowy Instytut Epidemiologiczny. Jeszcze za czasów niewoli Dr. J. P. zabiegał o wprowadzenie obowiązkowego szczepienia ospy, ale zabiegi w tak ważnej elementarnej sprawie nie doszły do skutku z powodu wybuchu wojny japońskiej.



Jako higienista i społecznik, rozumiejąc doniosłość i konieczność prowadzenia statystyki śmiertelności, Dr. J. P., przy wielkim oporze władz rządowych, otrzymuje wreszcie zatwierdzenie prawa o rejestracji w miastach Królestwa przyczyn zgonów, co dawało choć w przybliżeniu obraz rozwoju panujących chorób.

Już od r. 1885 Dr. Józef Polak porusza w założonem przez siebie „Zdrowiu”, w Kurjerze Warsz. i w bardzo postępowym „Przeglądzie Tygodniowym” takie wspaniałe tematy: Kwestja zdrowotna w programie społecznym; Higiena i Państwo; Opieka nad dziećmi w miastach; albo Higiena fabryk i rzemiosł; potrzeba zbierania danych celem polepszenia zdrowia robotników (i to w 1883 roku!), albo ankieta sanitarna w sprawie mieszkań; gmachy szkół miejskich w Warszawie. Także higiena wsi interesowała tego lekarza działacza społecznego

i popularyzatora: domaga się on lekarzy gminnych (także w 1883 r.). Wiele artykułów poświęcił on sprawom Wystaw Higienicznych, znaczeniu Zjazdów lekarskich i higienicznych. Z chorób społecznych najbardziej interesują go walka z ospą, z cholerą (które to choroby były wtedy jeszcze wielkimi klęskami, a także i na gruźlicę zwracał uwagę; żądał rejestracji chorób zakaźnych i statystyki zgonów podług zajęć (jeszcze w 1886 r.).

Drugą ukochaną ideą Dr. Józefa Polaka była głęboko zrozumiana ideologia pacyfizmu, która, bezwzględnie potępiając barbarzyństwo wszelkiego rodzaju wojen, wyżyłku i niewoli, wnika w najgłębsze uczucia humanitarne i żąda moralnego odrodzenia ludzkości. Podczas niewoli w 1906 r. Dr. J. P. zakłada w Warszawie „Polskie Towarzystwo Przyjaciół Pokoju”, a następnie także organizację w Kijowie i

Krakowie, a w 1908 r. bierze udział w Międzynarodowym Kongresie Pokoju w Londynie.

W tym czasie 1907—1908 r. po moim powrocie na zasadzie amnestji do kraju, gdy Dr. J. Polak namawiał mnie, jako czynnego członka W. T. H., do wstąpienia do Jego pacyfistycznej organizacji, odpowiedziałam: „jestem rewolucjonistką, nie uznaję podziału Polski i walczę o jej wyzwolenie, gdy Ojczyzna nasza będzie wolna od najeźdźców — przyjdę pracować dla pacyfizmu”. Przyszna, że tak, jak wielu z nas, nie sądziłam, że dożyję tego szczęścia wyzwolenia, wierzyłam jednak głęboko, że ono nastąpić musi, i uważałam, że wtedy dla Polski pacyfizm był jeszcze zawczesny, a może nawet politycznie szkodliwy. Dopiero od 1921 r. po utrwaleniu granic państwa polskiego współzręcznie zaczęłam pracować z Dr. Polakiem dla pacyfikacji Europy i solidarnie pracowałam z nim do ostatnich dni Jego życia, pomagając w organizowaniu dużego Międzynarodowego Kon-

gresu Pokoju w Warszawie, który się odbył w ostatnich dniach czerwca, a któremu ponad siły i już w złym stanie zdrowia Dr. Polak oddał się z zaparciem, przyspieszając swą śmierć.

Z dziedziny pacyfizmu Dr. J. P. pisał dużo artykułów, wydawał specjalny biuletyn, parę broszur, ostatnia „O mniejszościach narodowych w 1923, i „krótki przyczynek do dziejów pacyfizmu w Polsce“ napisanej specjalnie na Kongres czerwcowy, który chlubnie świadczy o zawsze szczerzych pokojowych tendencjach naszego narodu i Państwa.

Na zakończenie, nie rozbiegając tu znaczenia i głębi prac Dr. J. Polaka, wspomnieć jeszcze muszę, że i zagadnienia filozoficzne pociągnęły umysł tego lekarza-społecznika, szukającego dróg, wiodących do szczęścia ludzkości. W 1910 r. duży tom o 400 str. wychodzi z pod pióra tego lekarza-myśliciela p. t. „Nauka o szczęśliwości“, w której rozbiera zagadnienia wartości i celowości życia, wysuwa syntezę szczęścia i moralności i ich stosunek do psychologii. Do tego tematu Dr. J. P. wraca jeszcze raz w 1916 r. za okupacji niemieckiej i pisze studjum polityczne p. t. „O szczęśliwości narodów“. Właśnie dopiero zapoznanie się z myślami filozoficznymi Dr. Polaka wyjaśnia nam, dlaczego był On tak wczesnym pacyfistą, gdyż, jako teoretyk i idealista, odsunięty i może negujący sprawy polityczne, wierzył, że możliwość naprawy strasznej krzywdy Polski nastąpi tylko drogą przeobrażeń moralnych ludzkości.

Wracając do działalności na polu higieny społecznej i do dość obfitej bibliografii Dr. Polaka, podkreślić trzeba, że ta działalność nabiera specjalnego znaczenia, gdy uwzględniemy jej porządek chronologiczny, i dlatego, powyżej z rozmysłem podawałam parę dat, które sięgają prawie

pół wieku wstecz, ażeby zaznaczyć wagę poruszania tak żywotnych zagadnień społecznych, wtedy, gdy naród nasz był w niewoli politycznej, w bierności i apatii, a tylko przeważnie młodzież i najlepsze jednostki społeczne podtrzymywały ducha samodzielności i postępu. Przytem, utrzymywanie przez Dr. J. P. kontaktu z szerokim światem zagranicznym, podczas gdy całe b. Królestwo było odcięte i silnym strzeżone murem od Europy, Jego udział i współpraca w Międzynarodowych Kongresach wnoszą do kraju świeże myśli i były posiewem z zakresu zagadnień higieny społecznej i innych dziedzin humanitarnych, odgrywających rolę iskry elektrycznej, pobudzającej świat lekarski i szerszą inteligencję do pracy i czynu!

A gdy uzyskaliśmy niepodległość państwową, Dr. J. Polak, jako specjalista i znawca spraw sanitarnych, bierze czynny i wybitny udział w kształtowaniu i organizacji prawa sanitarnego, stojąc wtedy na czele Wydz. Zdrowia m. Warszawy. Następnie już, jako zasłużony emeryt, pracuje z nami w samorządzie wspólnie do końca życia w Komitecie Organizacyjnym Zjazdów lekarzy i działaczy samorządowych, oddając się specjalnie zagadnieniom, dotyczącym organizacji służby zdrowia.

Z tego krótkiego szkicu życia zmarłego Dr. J. Polaka widzimy, jakto zaznaczyłam na wstępie, że dwie wielkie idee pochłaniały tego lekarza-społecznika i myśliciela: zdrowie publiczne oraz pokój i szczęście ludzkości i tym ideom służył nieprzerwanie przeszło 40 lat, niosąc głębokie myśli, inicjatywę i wytrwałą niezmordowaną pracę.

Cześć Jego Pamięci!

Dr. med. J. Budzińska-Tylicka  
(Warszawa)

## Wiadomości bieżące.

### Choroby zakaźne w Polsce.

| RODZAJ CHOROBY           | 26/VIII-1/IX | 2/IX-8/IX    |
|--------------------------|--------------|--------------|
| Dzuma . . . . .          | 0            | 0            |
| Ospa . . . . .           | 0            | 0            |
| Cholera . . . . .        | 0            | 0            |
| Dur brzuszny . . . .     | 484 (zg. 34) | 443 (zg. 33) |
| Dur rzekomy . . . .      | 0            | 1 (zg. 0)    |
| Dur osutkowy . . . .     | 17 (zg. 0)   | 19 (zg. 0)   |
| Dur powrotny . . . .     | 0            | 1 (zg. 0)    |
| Czerwonka . . . . .      | 161 (zg. 26) | 153 (zg. 17) |
| Płonica . . . . .        | 416 (zg. 27) | 507 (zg. 47) |
| Błonica . . . . .        | 147 (zg. 15) | 166 (zg. 11) |
| Zapal. op. mózg. . . .   | 8 (zg. 5)    | 6 (zg. 1)    |
| Odra . . . . .           | 196 (zg. 1)  | 153 (zg. 5)  |
| Róża . . . . .           | 83 (zg. 7)   | 80 (zg. 4)   |
| Krztusiec . . . . .      | 286 (zg. 12) | 253 (zg. 18) |
| Malaria . . . . .        | 10 (zg. 0)   | 9 (zg. 0)    |
| Posoczn. połóg. . . .    | 19 (zg. 6)   | 19 (zg. 7)   |
| Trąd . . . . .           | 0            | 0            |
| Jaglica . . . . .        | 155 (zg. 0)  | 160 (zg. 0)  |
| Wąglik . . . . .         | 1 (zg. 0)    | 4 (zg. 1)    |
| Nosacizna . . . . .      | 0            | 0            |
| Włośnica . . . . .       | 0            | 0            |
| Wścieklizna . . . . .    | 0            | 0 (zg. 1)    |
| Zatrucie jad. kiełb. . . | 4 (zg. 0)    | 0            |
| Choroba Heine-Medina     | 2 (zg. 0)    | 2 (zg. 0)    |
| Inne choroby zakaźne.    | 120 (zg. 13) | 86 (zg. 8)   |

### WYKAZ GMIN

w których odbyło się głosowanie w sprawie zakazu sprzedaży napojów alkoholowych na podstawie art. 4 ustawy przeciwalkoholowej.

(Ciąg dalszy — p. Nr. 31).

| POWIAT     | GMINA            | Uchwalono | Wprowadzono | Odrzucono | UWAGI                              |
|------------|------------------|-----------|-------------|-----------|------------------------------------|
| Lwów       | 61. Podborce     |           |             | "         |                                    |
|            | 62. Remenów      |           |             | "         |                                    |
|            | 63. Sokolniki    |           |             | "         |                                    |
| Przemyśl   | 64. Jękan        |           |             | "         |                                    |
|            | 65. Krzeczkowa   |           |             | "         |                                    |
|            | 66. Siedliska    | "         |             |           | rekurs do Min. Spr. Wewn.          |
| Przeworsk  | 67. Bychon       | "         |             |           |                                    |
|            | 8. Chałupki      |           |             | "         |                                    |
|            | 69. Jagieła      |           |             | "         |                                    |
| Rawa Ruska | 70. Wólka Mazow. |           |             |           | Wnieśiono rekurs do Min. Sp. Wewn. |
| Rzeszów    | 71. Dylągówka    | "         |             |           |                                    |
|            | 72. Wilkowyja    | "         |             |           |                                    |
|            | 73. Słocina      |           |             |           |                                    |

| POWIAT   | G M I N A           | Uchwalono | Wprowa-<br>dzono | Odrzucono | UWAGI               |
|----------|---------------------|-----------|------------------|-----------|---------------------|
| Rzeszów  | 74. Przybyszówk.    | "         |                  |           | wniesiono<br>rekurs |
|          | 75. Budziwój        | "         | "                |           |                     |
|          | 76. Boguchwała      | "         | "                |           |                     |
| Sanok    | 77. Lalin           | "         | "                |           |                     |
| Sokal    | 78. Hotodłowice     | "         | "                |           |                     |
|          | 79. Poturzyca       | "         | "                |           |                     |
| Strzyżów | 80. Baryczka        | "         | "                |           |                     |
|          | 81. Blizianka       | "         | "                |           |                     |
|          | 82. Bonarówka       | "         | "                |           |                     |
|          | 83. Brzeżawka       | "         | "                |           |                     |
|          | 84. Gieszyňa        | "         | "                |           |                     |
|          | 85. Czałdec         | "         | "                |           |                     |
|          | 86. Dobrzechów      | "         | "                |           |                     |
|          | 87. Frysztak        | "         | "                |           |                     |
|          | 88. Gbiska          | "         | "                |           |                     |
|          | 89. Glinik Charzew. | "         | "                |           |                     |
|          | 90. Glinik Dolny    | "         | "                |           |                     |
|          | 91. „ Górny         | "         | "                |           |                     |
|          | 92. „ Średni        | "         | "                |           |                     |
|          | 93. Godowa          | "         | "                |           |                     |
|          | 94. Gogolów         | "         | "                |           |                     |
|          | 95. Grodzisko       | "         | "                |           |                     |
|          | 96. Gwoździanka     | "         | "                |           |                     |
|          | 97. Gwoźnica Gór.   | "         | "                |           |                     |
|          | 98. „ Dol.          | "         | "                |           |                     |
|          | 99. Huta Gogolow.   | "         | "                |           |                     |
|          | 100. Jaszczurowa    | "         | "                |           |                     |
|          | 101. Jawornik       | "         | "                |           |                     |
|          | 102. Jazowa         | "         | "                |           |                     |
|          | 103. Kalembina      | "         | "                |           |                     |
|          | 104. Kobyle         | "         | "                |           |                     |
|          | 105. Konieczkowa    | "         | "                |           |                     |
|          | 106. Kożuchów       | "         | "                |           |                     |
|          | 107. Kozłówek       | "         | "                |           |                     |
|          | 108. Lubla          | "         | "                |           |                     |
|          | 109. Lutcza         | "         | "                |           |                     |
|          | 110. Łęki           | "         | "                |           |                     |
|          | 111. Łętownica      | "         | "                |           |                     |
|          | 112. Małówka        | "         | "                |           |                     |
|          | 113. Markaszowa     | "         | "                |           |                     |
|          | 114. Niewodna       | "         | "                |           |                     |
|          | 115. Niebylec       | "         | "                |           |                     |
|          | 116. Nowa wieś      | "         | "                |           |                     |

(D. n.)

— Z inicjatywy Departamentu Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych Państwowa Szkoła Higieny w porozumieniu z Polskim Towarzystwem walki z alkoholizmem „Trzeźwość” organizuje w dniach 22.X — 27.X r. b. włącznie III-ci Kurs Alkoholologii p. t. „Alkoholizm i jego zwalczanie”.

W wykładach będą szczegółowo rozważane: napoje wyskokowe w gospodarstwie narodowym, fizjologiczne oddziaływanie alkoholu na organizm ludzki, wpływ alkoholu na stosunki społeczne i na zdrowotność publiczną oraz systemy walki z alkoholizmem i jego zwalczanie na ziemiach polskich.

Wyjaśnień w sprawach Kursu udziela Sekretariat Kursu — Państwowa Szkoła Higieny — Chocimska 24, telefon 423-58 od godziny 1-ej do 3-ej po południu.

— Zarząd Główny Warszawskiego Towarzystwa Higienicznego ogłasza konkurs na stanowisko Redaktora miesięcznika „Zdrowie”.

Zgłoszenia nadsyłać do 15 października b. r. Karowa 31, Towarzystwo Higieniczne.

— II. Zjazd Mikrobiologów i Epidemjologów Polskich odbędzie się we Lwowie, dnia 3 i 4 listopada 1928. W program Zjazdu wchodzi następujące tematy główne:

1. Serologia konstytucyjna — L. Hirschfeld — Warszawa.  
2. Pojęcie gatunku w bakterjologii — F. Eisenberg — Kraków.

3. Patogeneza i immunologia kiły — Z. Steusing — Lwów i Nowoczesna chemoterapia kiły — T. Dyboski — Kraków.

4. Przygotowanie lekarza do akcji profilaktycznej — Z. Szymanowski — Warszawa.

Tematy zwykłe (maksymalny czas trwania referatu może wynosić 10 minut) zgłaszać należy na ręce generalnego sekretarza Zjazdu Dr. Stanisława Legeżyńskiego, Lwów, Kochanowskiego 63, najpóźniej do 30 września b. r.

Wszelkich bliższych informacji udziela sekretarz generalny Zjazdu.

— D. 14 października r. b. odbędzie się w Warszawie w gmachu Resursy Obywatelskiej (Krak. Przedm. 64). I Ogólno-Polski Zjazd prowizorów i magistrów farmacji, nieposiadających aptek. Program Zjazdu obejmuje trzy punkty zasadnicze: 1) Dyskusja nad zniesieniem przywileju aptecznego. 2) Rozszerzenie praw dla dyplomów prowizora i magistra farmacji. 3) Sprawa apteczna, a sprawa drogerijna.

Biuro Komitetu Zjazdu mieści się w Warszawie, Aleja Jerozolimska Nr. 65 m. 1.

— Od Zarządu Zrzeszenia Lekarzy Rzeczypospolitej Polskiej otrzymaliśmy z prośbą o wydrukowanie następującą odezwę:

Niewiarogodne zajęcie wywołane zostało przez organizatorów t. zw. „Kursu dokształcającego dla lekarzy” w Ciechocinku: zaproszeni lekarze zostali podzieleni na dwie grupy nie podług wieku ni zasług, lecz według wyznania czy pochodzenia. Jedni zostali umieszczeni w głównej sali bankietowej, lekarze-żydzi w skromniejszej sali restauracyjnej. Zaprosić gości według brzmienia nazwisk wtłoczyć ich w ramy tego czy innego wyznania, poznać ich niebieskim lub czerwonym kolorem i zamknąć „napiętnowanych” niebieskim znakiem lekarzy-żydów do bankietowego ghetta — oto fantastyczny pomysł organizatorów zjazdu, których dziecinna złośliwość i brak taktu walczy o lepsze z brakiem rozsądku.

Nad zajęciem tem nie możemy przejść do porządku i ograniczyć się do pogardliwego wzruszenia ramion, mimo iż jest ono w czasach ostatnich faktem odosobnionym, Oznacza ono bowiem próbę kliki bojowych antysemitów utrzymania swych niknących wpływów i przeciwstawienia się państwowej ideologii rządu i społeczeństwa, ideologii równości i sprawiedliwości. Jest ono oznaką, że hydra antysemityzmu i szowinizmu nie zrezygnowała z deptania elementarnych zasad humanitarnych i dąży do przeprowadzenia swego średniowiecznego podziału ludzi według ich wyznania i stworzenia obywateli pierwszej i drugiej kategorii.

Zabieramy więc głos nie tylko dla obrony lekarzy-żydów, którzy padli ofiarą niepożytecznego wybrzyku ciechocińskiego. Uważamy, że krzywda stała się przedewszystkiem ogółowi lekarskiemu polskiemu, którego dobre imię zostałoby wystawione na szwank w opinii świata cywilizowanego, jeśliby winni nie zostali ukarani. Krzywda stała się także Ciechocinkowi, jako zdrowiśkowi, gdzie smutne to zdarzenie, które tak silnie poruszyło opinię publiczną, miało miejsce.

A tymczasem napróżno oczekujemy ujawnienia winnych tego karygodnego zajęcia. Komitet organizacyjny, na którego czele stoi prof. Loth, milczy. Jeśli nie wyjdzie z tej rezerwy, jeśli ukrywać będzie nazwiska inicjatorów podziału wyznano-

wego, to sam będzie musiał przyjąć na siebie odpowiedzialność za ich czyn.

Żądamy więc ujawnienia winnych celem postawienia ich pod sąd instytucyj zawodowych, w pierwszym rzędzie Izby Lekarskiej Warsz.-Białostockiej.

Żądamy także od korporacji lekarskich, które nie solidaryzują się z akcją antysemitką kilku jednostek, by oświadczyły to w sposób wykluczający wszelką wątpliwość.

Opinia publiczna dała już wyraz swemu oburzeniu za pośrednictwem wielkich nadanów prasy demokratycznej. Czas najwyższy, by ogół lekarzy ze swej strony uczynił wszystko dla zmycia tej plamy na honorze nauki polskiej. Wówczas dopiero smutny „Skandal ciechociński” pogrąży się w zasłużoną, bezsławną niepamięć.

Zarząd Zrzeszenia Lekarzy Rzeczypospolitej Polskiej

— W związku z odezwą Zarządu Zrzeszenia Lekarzy Rzp. Polskiej Komitet organizacyjny I Kursu dokształcającego dla lekarzy w Ciechocinku nadesłał nam poniższy protokół.

Wobec zajścia, które miało miejsce na bankiecie kursów dokształcających dn. 2 IX w hotelu Millera w Ciechocinku, Komitet organizacyjny, po przeprowadzeniu dochodzenia, ustala, co następuje:

Ponieważ gości nie można było pomieścić na jednej sali, zasła konieczność rozlokowania ich na dwóch salach restauracji Millera. Jedna sala t. zw. „Malinowa” nosiła charakter sali reprezentacyjnej. Druga sala, natomiast, w której ani nakrycie, ani menu niczem się nie różniło, a orkiestra była nawet lepsza, aniżeli w sali Malinowej, służyła za dopelniającą. Jak wykazuje skorowidz uczestników do sali drugiej byli skierowywani zarówno żydzi jak i chrześcijanie, jednakże wobec zwolnionych miejsc w sali Malinowej wielu uczestników przeniosło się tam, wskutek czego w drugiej sali wytworzyła się przypadkowa większość lekarzy żydów. Koledzy żydzi zaprotestowali przeciwko takiemu ugrupowaniu i nie tylko nie zasiedli do stołu, lecz zaczęli podburzać całą masę innych kolegów żydów w sali Malinowej do opuszczenia bankietu.

Przewodniczący Komitetu organizacyjnego prof. Loth, widząc zamieszanie ustalił, że to co się stało, stało się bez wiedzy Komitetu i przyznał, że uważa to za pewne niedopatrzanie. Następnie w zamiarze uspokojenia biesiadników przeproszał za ten incydent; po nim złożył wyjaśnienie Dyr. Kozłowski i Pan Starosta Wasiak, starając się sprawę załagodzić.

Żydzi lekarze o których mowa, opuścili jednak bankiet, udali się do restauracji Bristol i tam odbyli wiec. Prof. Loth wraz z Dyrektorem Kozłowskim jeszcze raz próbowali tam zajść załagodzić i skłonili część uczestników do powrotu na bankiet, przyczem na sali drugiej zasiedli do stołu wraz z rzeczoną grupą opowijonistów, prof. Loth, Dyr. Kozłowski, Burmistrz Koperkiewicz i inni panowie, którzy przeszli z sali Malinowej.

Z oświadczeń kolegów żydów wynikało, że uważają zajście za zlikwidowane.

Nazajutrz dn. 3 IX od rana około czwartej, jak i sali wykładowej stało dwóch lekarzy ciechocińskich, odpędzających systematycznie kolegów żydów spieszących na kursa. Gdy Dr. Przemysław Rudzki zwrócił na to uwagę przewodniczącego prof. Lotha, tenże zagroził interwencją policji; za chwilę na miejscu kolegów żydów, zjawił się znany faktor, który kontynuował odpędzanie lekarzy żydów. Pomimo wszystko jednak część lekarzy żydów na sali pozostała.

O godz. 12-ej zjawiła się delegacja z D-rem Praszkiem na czele, żądająca przerwy w kursach celem otwarcia obrad nad rezolucją proponowaną przez lekarzy żydów. Prof. Loth odmówił, motywując to tem, że z powodu spóźnienia, już ogłoszono, że przerwy między referatami nie będzie, oraz tem, że uważa zajście wczorajsze, dzięki przeproszeniom i wyjaśnieniom, udzielonym przez siebie, dyr. Kozłowskiego i Pana Starostę za zlikwidowane. Na to Pan Praszki zagroził użyciem

innych bardziej radykalnych środków, lecz mimo to, przewodniczący przerwy nie zarządził.

Po upływie godziny zjawił się Dyr. Kozłowski, który prosił o dopuszczenie do głosu D-ra Praszki, celem odczytania deklaracji, od której koledzy żydzi uzależniają swoje dalsze uczestnictwo na kursach. Wobec tego prof. Loth, po zamknięciu części naukowej, udzielił głosu p. Praszki, który odczytał napastliwą rezolucję. Zebrani na sali w liczbie około 250 wszyscy z wyjątkiem jednego kolegi, zareagowali opuszczeniem sali w milczeniu, czem najlepiej odruchowo stwierdzili, co o tej rezolucji myślą. Na galerji rozległo się parę okrzyków protestu ze strony żydów, jednakże przewodniczący oświadczył, że sala wykładowa to nie wiec i do dyskusji nie dopuścił. Na skutek powyższego, a częściowo nawet przedtem kol. Hurwicz, Kraushar, Knobel i Praszki odesłali do Komitetu swoje karty uczestnictwa.

Dnia 3 IX Komitet się zebrał doraźnie i postanowił na postępowanie żydów kolegów nie reagować zupełnie.

Ponieważ jednakże w ciągu dnia niektórzy koledzy chrześcijanie, nie znający sprawy ujmowali się za kolegami, którzy kurs opuścili, w dniu 4 IX Komitet zebrał się powtórnie i postanowił złożyć publiczną deklarację w której zajście zostało wyświetlone w chronologicznym porządku, oraz zapowiedział spisanie protokołu podpisanego przez wszystkich członków Komitetu.

Deklaracja rzeczywiście została złożona przed zamknięciem kursów przez prof. Lotha.

Sekretarz:

(—) Dr. Stanisław Radwan.

Przewodniczący:

(—) Prof. Loth.

(—) Stefan Ziembicki

(—) Andrzej Koperkiewicz

(—) Dr. Ignacy Dembicki (—) Doc. Dr. Leonard Lorentowicz

(—) Dr. Tadeusz Fafius (—) Dr. Przemysław Rudzki

(—) Dr. K. Ciagliński.

Ciechocinek, dn. 6 IX 1928.

Jednogłośnie uchwała Komitetu organizacyjnego I kursu dokształcającego dla lekarzy w Ciechocinku z dnia 6 IX 1928.

„Komitet organizacyjny I kursu dokształcającego dla lekarzy w Ciechocinku” na likwidacyjnym posiedzeniu po przeprowadzeniu szczegółowego dochodzenia w sprawie zajścia na bankiecie stwierdza, że na obydwóch salach byli umieszczeni lekarze żydzi i żadnej tendencji w rozlokowaniu lekarzy żydów nie znalazł.

— W artykule Prof. Dr. W. Grzywo-Dąbrowskiego p. t. „Śmierć wskutek porażenia prądem elektrycznym”, zamieszczonym w Nr. 2 „Higieny Pracy” znalazł się błąd drukarski: na str. 13 powinno być „niektóre cierpienia fizyczne mają powodować zmniejszoną odporność organizmu na ten czynnik”.

O łaskawe zamieszczenie niniejszego w poczytnym Piśmie Sz. Pana Redaktora prosi uprzejmie

Redakcja „Higieny Pracy”

SPROSTOWANIE.

— Sprostowanie w Nr. 30 „Warsz. Czasop.” w artykule Dr. Barcińskiego.

Strona 659, 2 szpalta, wiersz 12 od góry jest: „...a jest skutkiem mnożenia...” winno być: „...a skutkiem wzmnożenia...”

Strona 660, 1 szpalta, wiersz 17 od góry jest: „...na promienie Rgt., może mieć...” winno być: „...na promieniowanie Rtg., to wskazanie do leczenia promieniami Rtg. może mieć...”

Strona 660, 1 szpalta, wiersz 29 od dołu jest: „...różnica pomiędzy kardynalnym zabiegiem...” winno być: „...różnica pomiędzy radykalnym zabiegiem...”

Strona 660, 1 szpalta, wiersz 1 od dołu jest: „...mikroskopowych...” winno być: „...makroskopowych...”

Strona 661, 1 szpalta, wiersz 1 od góry jest: „...w myśl Billrotha, tak...” winno być: „...w myśl Billrotha II, tak...”

TRĘŚĆ: Z. SREBRNY. O tracheotomii nagłej i o rurkach tracheotomijnych. — G. GELMAN. Badania serodjagnostyczne na kiłę według metody Wassermanna i Meinickego („MTR” — „Meinicke-Trübungs-Reaktion”). — B. RUBINSTEIN. Przypadek anginy septycznej wyleczonej dożylnym zastrzyknięciem surowicy przeciwpaciorkowcowej. — J. TYPOGRAF. O hormonie sercowym. (Streszcz. zbior.). — Streszczenia pojedyncze i oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — W. PRZYWIECZERSKI, F. RAKIEWICZ, R. SIKORSKI. Rys historyczny szpitalnictwa Polskiego w ubiegłym stuleciu i jego stan obecny ze szczególnym uwzględnieniem szpitalnictwa na obszarze b. zaboru rosyjskiego. (Dok.). — J. BUDZIŃSKA-TYLICKA. Dr. med. Józef Polak (wspomnienie pośmiertne). — Wiadomości bieżące. — Sprostowanie.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: S. SREBRNY. Sur la trachéotomie urgente et sur les canules trachéotomiques. — G. GELMAN. Recherches sérodiagnostiques sur la syphilis d'après la méthode de Wassermann et de Meinicke. — B. RUBINSTEIN. Un cas d'angine septique guérie par l'injection du serum antistreptococcique. — J. TYPOGRAF. Sur le hormone cardiaque. (Rév. gén.). — W. PRZYWIECZERSKI, F. RAKIEWICZ, R. SIKORSKI. Trait historique de la question hospitalière en Pologne au dernier siècle et son état actuel avec mention spéciale de la même question sur le territoire de l'ancienne Pologne russe. (fin.). — J. BUDZIŃSKA-TYLICKA. Feu Dr. Joseph Polak.

Redaktor przyjmuje codziennie od 8-ej do 11-ej rano.

Wydawca przyjmuje codziennie od 8-ej do 11-ej r.

Drukarnia Kooperatywy Pracowników Drukarskich. Warszawa. Zielna 47. Tel. 19-57.