

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

WYCHODZI CO CZWARTEK

REDAKTOR: ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCY: WILHELM KNAPPE i REMIGJUSZ STANKIEWICZ

ADRES REDAKCJI: Stenkiwicz 12 m. 28.

ADRES ADMINISTRACJI: Zielna 47.

Nr. 37

WARSZAWA, 1 LISTOPADA 1928 R.

Rok V

PRACE ORYGINALNE.

Wykłady kliniczne.

Z Kliniki Chorób Dziecięcych Uniwersytetu Warszawskiego.
(Dyr. Prof. Dr. M. MICHAŁOWICZ).

O odrębnych postaciach zapalenia gruczliczego opon mózgowordzeniowych.

Podali

M. ERLICHÓWNA (Warszawa) i A. FESTENSZTAT (Warszawa).

Podręczniki i doświadczenie kliniczne przyzwyczały nas do myślenia o klasycznym obrazie gruczliczego zapalenia opon, który jest zbyt dobrze znany, aby trzeba było szczegółowo na tem miejscu go opisywać. Jak wiemy cechami najbardziej wybitnymi są: stopniowy początek, powolne nasilanie się sprawy, ciepłota niezbyt wysoka, apatja, obok całego zespołu objawów oponowych; płyn mózgowordzeniowy przezroczysty, wykazuje dodatnie odczyny globulinowe i pleocytozę z limfocytozą. Przy podobnym obrazie uważamy się poniekąd za upoważnionych do rozpoznania nawet wtedy, gdyśmy zaniechali żmudnej pracy wyszukiwania w płynie prątków Kocha.

Nierzadko jednak spotykamy przebieg zupełnie odmienny; zwrócili już na to uwagę tacy znawcy kliniki gruczliczego zapalenia opon, jak np. Lesage,³ który twierdzi, że niema dwóch przypadków *Meningitis tbc* zupełnie do siebie podobnych. Widujemy naprzykład ostry początek, szybkie nasilanie się objawów, wysoką ciepłotę, zatarcie się poszczególnych okresów. Badanie płynu mózgowordzeniowego wykazuje również niekiedy zmiany nietypowe dla zwykłego obrazu klasycznego, a mianowicie: zdarza się płyn mętny, z pleocytozą wielojądrzastą. W tych przypadkach, oczywiście, rozpoznanie nasuwa znaczne trudności i musi być poparte wykryciem laseczników gruczlicy, względnie badaniem anatomo-patologicznem lub szczepieniem płynu świnie morskiej.

Poniżej podajemy trzy przypadki odbiegające od typu klasycznego gruczliczego zapalenia opon, z których pierwszy, omówiony szczegółowiej, był punktem wyjścia do niniejszego artykułu.

Przypadek I.

Wywiady. Krysia Z., lat 4, dotychczas zdrowa, zachorowała nagle 4-go stycznia r.b. Choroba rozpoczęła się od wysokiej ciepłoty (39°), bólów głowy i wymiotów. Po tygodniu wystąpiły nowe objawy: dziecko często traciło przytomność stawało się sennie.

Przebieg kliniczny: 18. I. Przy pierwszym badaniu stwierdzamy stan głębokiego zamroczenia; oczy nieruchome patrzą w dal (*catapsie oculaire Lesage'a*); głowy ociężałej, ku tyłowi zarcuconej nie można wcale zgąć ku przodowi; — wybitny *opistotonus*; — od czasu do czasu dziecko rozpaczliwie krzyczy; pomimo nieprzytomności jest mocno podjęcone. Ciepłota 38,9°, tętno 140, słabo napięte, niemiarewe. Oddech 40, powierzchowny, niemiarewy, odżywianie znacznie upośledzone. Wypuk płuc jawny z odcieniem bębenkowym; oddech pęcherzykowy, pod prawą łopatką zaostrzony. Akcja serca niemiarewa. Brzuch normalnie wysklepiony. Wątroba wyczuwa się na dwa palce poniżej łuku żeberowego. Śledziona niemacalna.

Przy badaniu układu nerwowego na plan pierwszy występują objawy oponowe: wybitna sztywność karku, dodatnie objawy Brudzńskiego i Kerniga. Żrenice rozszerzone *ad maximum* i nieruchome, stąd objawu Flatau'a nie można sprawdzić. Pozatem lewostronna ptoza, wygładzenie lewej fałdy nosowowargowej i drgawki w prawej połowie twarzy. Odruchy brzuszne, kolanowe i Achillesa nie dają się wywołać. Babiński obustronnie zaznaczony, wyraźniej po stronie lewej. Rossolimo zaznaczony w kończynie lewej.

Nakłucie lędźwiowe wykazuje ciśnienie wzmożone, płyn wyraźnie mętny. Odczyny globulinowe (Nonne Appelt, Pandey) dodatnie. W kamerze Fuchs-Rosenthala 1500 komórek, ciałek wielojądrzastych 60%. Badanie bakteriologiczne płynu (preparat bezpośredni, posiew) dało wynik ujemny.

21. I. Dziecko nieprzytomne, krzyczy, niespokojne, tętno 120, niemiarewe. Objawy oponowe, jak wyżej; sztywność karku nasila się. Odczyn Pirqueta ujemny. Płyn mózgowordzeniowy bardziej mętny; komórek wielojądrzastych 81%, limfocytów 16%, śródbłonnków 3%. Pomimo ujemnego wyniku badania

na meningokoki zastrzyknięto do kanału 20cm³ surowicy przeciw-meningokokowej wielowaznej.

23. I. — Stan dziecka bardzo ciężki. Ciepłota 39°. Tętno 150, niemiadowe. Poza objawami oponowemi, z których najwybitniej zaznacza się stale sztywność karku z przegięciem głowy ku tyłowi, stwierdza się oddech skrzydełkowy, bardzo częsty, do 70 i wybitną duszność. Badanie rentgenologiczne wykazuje w dolnej części lewego płuca nierównomierne zaciemnienia miazgu płucnego. Badanie białych ciałek krwi:

liczba białych ciałek	10.000
limfocytów	29,50%
obojętnochłonnych:	
segmentowanych	61%
pałeczkowatych	1,50%
eozynochłonnych	0%
monocytów	8%

brak zmian patologicznych w poszczególnych komórkach. Ponowne badanie preparatu z płynu mózgowordzeniowego wykazuje dość liczne prątki Kocha.

24. I. — Dziecko, nie odzyskawszy przytomności, zmarło.

Rozpoznanie kliniczne. — Obecność prątków Kocha w płynie mózgowordzeniowym pozwoliła już z całą pewnością rozpoznać *meningitis tuberculosa*. Pomimo to nie mogliśmy od razu odrzucić rozpoznania sprawy oponowej mieszanej *meningitis tuberculosa et epidemica meningococcica*.

Za meningokowem zapaleniem opon przemawiały: ostry początek choroby, burzliwy przebieg, wysoka ciepłota, wybitna sztywność karku, przegięcie głowy i wreszcie wygląd mętnego płynu mózgowordzeniowego, zawierającego w przeważającej liczbie leukocyty wielojądrzaste.

Przeciwko temu rozpoznaniu przemawiały: przedewszystkiem kilkakrotnie ujemny wynik badania na meningokoki, poza tem wynik badania krwi, albowiem w komórkach obojętnochłonnych nie stwierdziliśmy ani przesunięcia obrazu w lewo, ani zmian toksycznych; brak tych zmian, jak już mogliśmy to niejednokrotnie stwierdzić,¹⁾ przemawia *celeris paribus* raczej za gruźliczem, a przeciwko meningokokowemu zapaleniu opon, zwłaszcza w przypadkach o zejściu fatalnem.

Badanie sekcyjne potwierdziło nasze rozpoznanie.

Rozpoznanie sekcyjne: *Tuberculosis miliaris disseminata*, *meningitis tbc basilaris*, *tbc miliaris lienis*, *hepatitis et pulmonum*. *Tuberculosis primaria lobi inferioris pulmonis sinistri et calcificatio hili ejusdem pulmonis*. *Tuberculosis caseosa glandularum lymphaticarum mesenterii*. *Hydrocephalus internus inflammatorius*. *Hyperaemia per magna meningum*.

Opis mózgu: Opona twarda powierzchnia zewnętrzna szaro-biała, lśniąca, wilgotna, mocno napięta, naczynia jej silnie napełnione krwią. Na powierzchni wewnętrznej gładka, lśniąca, wilgotna.

Zatoki żyłne wypełnione obficie skrzepami krwi o barwie ciemno-czerwonej. Opony miękkie wilgotne, cienkie, przeświecają się. Mózg silnie przekrwiony.

Podstawa mózgu: opony miękkie w okolicy skrzyżowania nerwów wzrokowych, koła tętniczego zmętniałe, podbiegnięte płynem zielonkawym, w którym widać drobne włókienka. Wszędzie na podstawie mózgu i w okolicy zatoki Sylwiusza drobne naloty szaro-zielonkawe. Zakręty spłaszczone, ściśle przylegają do siebie. Kora zakrętów ciemno-sinawa, wyraźnie zaznaczona, dobrze odcina się od istoty białej.

Komory: Boczne-szerokie, wyściółka ich gładka, naczynia wyściółki bardzo silnie wypełnione krwią. Zawierają płyn czerwono mętnawy. Trzecia-szersza, niż zwykle; *massa intermedia* nieco rozciągnięta. Czwarta-wąska, o rysunku wyraźnym.

Splot naczyniasty — szarawy, na wpół przezroczysty, usiany guzkami prosówkowatymi. (Prosektor — Dr. Laskowski).

Przypadek II.

Stasia Sk., lat 9, z dawno wygojoną sprawą gruźliczą w drobnych kościach prawej stopy; odżywianie dobre. — Do ostatniej chwili była zupełnie zdrowa. W płucach zmian nigdy nie stwierdzano (Badanie rentgenowskie nie było wykonane). Zachorowała nagle: wystąpiły bóle głowy i wysoka ciepłota (do 39°). Badanie w 4-tym dniu choroby wykazuje: stan ogólny dobry, głowę trzyma nteruchomo, skarży się na ból głowy i karku, szyi nie może zgiąć z powodu bolesności, ale mimo to siedzi, bawi się, rozmawia wesoło, tak, że sprawia to raczej wrażenie cierpienia umiejscowionego w karku. Przy próbie wywołania objawu Brudzińskiego żrenice rozszerzają się błyskawicznie (nieznany nam wówczas objaw Flatau'a²⁾). Brudziński lekko zaznaczony, Kernig ujemny. Nakłucie łądźwiowe wykazało: ciśnienie znacznie wzmożone, płyn przezroczysty, odczyn Nonne-Apelta ++, pleocytoza (do 100 komórek) z wybitną limfocytozą. Badanie bakteriologiczne ujemne. Następnego dnia stan nagle się pogorszył, chora straciła przytomność; obraz kliniczny stał się już wtedy typowy dla gruźliczego zapalenia opon. Żyła jeszcze sześć dni.

Przypadek III.

Zosia B., lat 5 i 1/2. W ciągu pierwszego tygodnia choroba polegała jedynie na występowaniu drgawek o typie Jacksona przy ciepłocie 37,2—37,5 i dobrym stanie ogólnym. Drgawki, które powtarzały się od 5 do 15 razy na dobę, na początku występowały w lewej górnej kończynie, a potem w lewej połowie twarzy; przytomności nie traciła. Pomiędzy napadami chodziła, bawiła się. W końcu tygodnia wystąpiły bóle głowy. W ósmym dniu choroby przybyła do kliniki z ciepłotą 37,3°, już w stanie odurzenia, z objawami oponowemi niezbyt wyraźnymi: jedynie karkowy objaw Brudzińskiego był lekko zaznaczony. Nakłucie łądźwiowe wykazało płyn mętny z pleocytozą wielojądrzastą. Dziewiątego dnia choroby nieprzytomna; objawy oponowe znacznie nasiliły się. Objaw Brudzińskiego ++. Płyn mózgowordzeniowy wykazał obecność prątków Kocha. Na sekcji stwierdzono *meningitis tuberculosa*.

Rozpoznanie różniczkowe. Podane przypadki gruźliczego zapalenia opon, odbiegające od typu klasycznego, znacznie rozszerzają zakres diagnostyki różniczkowej tego cierpienia. W pierwszym przypadku ostry początek sprawy, burzliwy przebieg, wybitna sztywność karku i mętny płyn mózgowordzeniowy z pleocytozą wielojądrzastą były tak podejrzane w kierunku drętewicy karku, że, pomimo obecności prątków Kocha w płynie, nie od razu odrzuciliśmy rozpoznanie pierwsze, a przypuszczaliśmy raczej, że będziemy mieli do czynienia z zakażeniem mieszanem. Dopiero badanie sekcyjne i bakteriologiczne wykazały, że zakażenie było wyłącznie gruźlicze.

Objawy wybitnego podniecenia w podobnych przypadkach tłumaczy Lesage obecnością zmian w okolicy zatoki Sylwiusza.

Wchodzi tu też w rachubę dur brzuszny o przebiegu nie klasycznym, jaki się u dzieci nierzadko spotyka i jaki spostrzegaliśmy w swoim czasie w całym szeregu przypadków. Jeden dla przykładu w krótkości przytoczymy.

Jurek P. lat 5. Zachorował nagle na młodości, bóle głowy, bóle brzucha. W ósmym dniu choroby układu się najchętniej na boku z przykurczonymi kończynami. Ciepłota 39,5°, objaw Brudzińskiego dodatni, brzuch niewzdęty, wątroba macalna, śledziona niemacalna. Następnego dnia ciepłota 40°, tętno 150; skarży się na ból głowy, niespokojny. W 10-tym dniu

choroby coraz bardziej niespokojny. Objaw karkowy Brudzińskiego dodatni. 11-go dnia rysy zaostrzają się, twarz sinawa. Skóra bez wykwitów. Nakłucie lędźwiowe dało płyn o ciśnieniu wzmożonym; zmian zapalnych, ani laseczników gruczlicy w płynie nie wykryto. Następnego dnia stan ogólny bardzo zły: oczy zapadnięte, chwilami krzyczy, bredzi. Próba Widala, wykonana nawet bez podejrzenia na dur, lecz z powodu sprawdzania tego odczynu w gruczlicy, wypadła dodatnio w rozcieńczeniu 1:200. W dalszym przebiegu okazał się już typowy dur brzuszny, i po kilku tygodniach dziecko wyzdrowiało zupełnie.

O płatowym zapaleniu płuc również można było myśleć w przypadku pierwszym, zwłaszcza o tej postaci, która rozpoczyna się od objawów oponowych wtedy, gdy objawy fizyczne przy badaniu płuc jeszcze są nieuchwytnie.

W przypadku drugim, w którym obok dobrego stanu ogólnego i dobrego samopoczucia stwierdzono wybitną sztywność i bolesność karku o charakterze lokalnym przy braku wyraźnych objawów oponowych (objawu rozszerzenia żrenic wówczas nie umieliśmy jeszcze interpretować) — można było myśleć o rozpoczynającym się od kręgów szyjnych ostrym gościcu stawowym lub o ostrym zapaleniu gruczołów szyi (*lymphadenitis colli profunda*).

Nierzadko bowiem zdarza się spotykać jako powikłanie anginy lub grypy ostre obrzmienie gruczołów chłonnych, niezawsze doprowadzające do ropienia, a powodujące, na skutek bolesności, odruchowo nieruchomość szyi. Sprawa ta dotyczy często gruczołów powierzchownych, czasami jednak także i gruczołów głębszych.

Jeżeliby chodziło w przypadku drugim o objawy ponowe, to raczej nasuwało się nam podejrzenie drętwicy karku ze względu na nagły początek sprawy w pełnym zdrowiu, wysoką ciepłotę i wybitną sztywność karku.

Trzeci przypadek, który rozpoczął się od jednostronnych drgawek (forme Jacksonienne Lesagea), bez utraty przytomności, kazał nam przypuszczać narazie jakąś sprawę ogniskową w korze mózgowej. Za ogniskiem przemawiały drgawki, które naprzód objęły kończynę, a później twarz,

a więc w porządku, odpowiadającym położeniu ośrodków ruchowych w zawojach mózgu. Obraz, spostrzegany w pierwszym tygodniu, mógł być spowodowany przez kilak (*lues cerebri*), przez gruzełek odosobniony (*tuberculum solitarium*) względnie przez ognisko zapalne (*encephalitis*). Lesage zwraca uwagę na podobny początek w rzadkich przypadkach wylewów do opon w rozpoczynającym się gruczliczem zapaleniu opon, jednak brak było krwi w płynie mózgowordzeniowym, któryby potwierdziła to przypuszczenie.

Trudnoby nam było objaśnić przyczyny, dla których opisane przypadki i im podobne przebiegają odmiennie od innych.

Podniecenie, które spostrzegaliśmy w przypadku pierwszym, tłumaczy Lesage obecnością zmian w okolicy zatoki Sylwjusza.

Drgawki o typie Jacksona w przypadku trzecim mają, według tego autora, występować niekiedy w *meningitis tuberculosa* na skutek wylewów do opon, które jednakże rozpoznaje się przez obecność krwi w płynie mózgowordzeniowym, czego w naszym przypadku nie było.

Ciekawe jest występowanie w płynie mózgowordzeniowym leukocytozy, która utrudnia rozpoznanie w podobnym stopniu, jak czyni to limfocytoza w niektórych, dość rzadkich przypadkach drętwicy karku. Takie przypadki gruczliczego zapalenia opon z neutrofilozą spostrzegali m. i. Morquio⁴⁾ (6 przypadków) i Renault⁵⁾ (1 przypadek); żaden jednak z tych autorów nie znajduje dla tego zjawiska wytłumaczenia. Z naszych spostrzeżeń wynikałoby, że obecność płynu mętnego z neutrofilozą idzie w parze z ostrym przebiegiem i nagłym początkiem cierpienia.

PIŚMIENICTWO.

1. Erlichówna i Hellerówna Nowiny lek. 1928/1.
2. Erlichówna. Objaw Flatau Ped. Polska 1925.
3. Lesage. Meningite tuberculeuse de l'enfant 1919.
4. Morquio Arch. de med. des E. 1915 (referat).
5. Renault Soc. de Pédiatrie 1920.

Z klinik, szpitali i pracowni.

Z oddziału chirurg. 2c Szpitala na Czystem (Ord. Dr. A. Wertheim) i z Domu Opieki dla opuszczonych dzieci, Ogrodowa 27. (Nacz. lekarz Dr. J. Judt).

O rektopexji sposobem Ekehorna w przypadkach wypadania odbytnicy u dzieci.

Podał

Dr. L. TONENBERG (Warszawa).

Wypadanie odbytnicy, tak stosunkowo często spotykane u dzieci w pierwszych latach ich życia, tłumaczy się po części swoistymi warunkami anatomicznymi niezakończonego jeszcze rozwoju prostnicy i sąsiadujących z nią tkanek, i prawdopodobnie, w większej jeszcze mierze szkodliwym wpływem schorzeń, powodujących długotrwałe i często

powtarzające się wzmożenie ciśnienia wewnątrzbrzuszego. Do przyczyn pierwszej kategorii należą: pionowe ustawienie kości ogonowej, która w następstwie rozwoju kieruje się swym wierzchołkiem ku przodowi, brak u dzieci zagięcia pod ostrzejszym kątem pomiędzy miedniczą a krocową częścią odbytnicy, słabość mięśni dna miednicy i wreszcie słabość zwieraczy odbytu. U dorosłych część miednicza odbytnicy przylega do kości krzyżowej i wskutek wklęsłości tejże tworzy z częścią krocową odbytnicy kąt dość ostry. Taki stosunek anatomiczny u dzieci przeciwdziałałby skutecznie wypadaniu, gdyż napięcie tłoczni brzusznej zwiększałoby jeszcze powyższe zagięcie i przyciskałoby górny odcinek tego jelita do tylnodolnej ściany miednicy. U małych dzieci prostnica jest od kości krzyżowej oddalona i nie posiada wyraźnego zagięcia pomiędzy częścią miedniczą a krocową. Sprzyja to w znacznej mierze wypadaniu. Sch-

zenia, zwiększające stale ciśnienie w jamie brzusznej i powodujące tem samem wypadanie odbytnicy, mogą stale przeszkadzać normalnemu ukształtowaniu się jelita. W ten sposób utrzymuje się błędne koło, a przeto wypadanie odbytnicy nie cofa się. Ze schorzeń, powodujących tem łatwiej w powyższych warunkach wypadanie prośnicy u dzieci, wymienić należy przewlekłe nieżyty jelit, zaparcia, biegunki, robaki i krztusiec. Z ustaniem tych szkodliwych wpływów przy jednoczesnem normalnem kształtowaniu się warunków anatomicznych tego odcinka jelita grubego może nastąpić samoistne wyleczenie wypadania. Tak też bywa istotnie w pewnej liczbie przypadków, które bądź co bądź, poddajemy różnym drobnym zabiegom zachowawczym. Cofanie się wypadania widzimy przeważnie u dzieci do lat 2. Częściej natomiast mamy do czynienia z nieustępującem wypadaniem odbytnicy u nieco starszych dzieci, przeciwko któremu podano cały szereg sposobów leczniczych. Żaden z nich nie osiągnął rekordu doszczętności i skuteczności. Wspomnę tu o układaniu dziecka na brzuchu (Widowitz¹), o odprowadzaniu wypadniętej części i ściąganiu poślaków za pomocą przyłepca (Rovsing², Rost³), o stosowaniu specjalnych bandaży i pelot, o obstrzykiwaniach prośnicy wyskokiem, humanołem (Eden⁴), o operacji Thierscha i jej modyfikacjach (Henschen⁵, Matti⁶), aż do poważniejszych zabiegów operacyjnych, jak operacja wytwórcza dna miednicy (Hoffmann⁷), i innych, stosowanych zazwyczaj u dorosłych.

O ile drobne zabiegi zachowawcze rzadko prowadzą do celu, (mowa tu o powtarzającym się wypadaniu), o tyle zabiegi operacyjne, również nie zawsze skuteczne, są dla młodocianych pacjentów zbyt ryzykowne. Z częściej stosowanych wymienić wypada operację Thierscha, polegającą na zwężeniu odbytu za pomocą nitki jedwabnej. Jest to zabieg drobny, jednakże niepozbawiony powikłań (ropówki okołodbytnicze) i o skutku częstokroć przejściowym; po pewnym czasie następuje niejednokrotnie ponowne rozszerzenie zwieracza i wypadanie odbytnicy; nic zresztą dziwnego, gdyż warunki anatomiczne, sprzyjające wypadaniu, o których wspomniałem, pozostają niezmienione. Poza tem wypróżnianie się jest dla dzieci w okresie pooperacyjnym bardzo przykre i uciążliwe.

W roku 1909 podał Ekehorn⁸) swój sposób operacji przeciwko wypadaniu odbytnicy u dzieci, który całkiem słusznie nazwał prostym i racjonalnym. Wychodził on z tego założenia, że wypadanie byłoby niemożliwe, gdyby prośnica była przymocowana do tylnej ściany jamy miednicy, jak to bywa normalnie u dorosłego. Wobec wklęsłości tej ściany (*fossa sacrococcygea*) zwiększone ciśnienie w jamie brzusznej przeciwdziałałoby wypadaniu, gdyż przyciskałoby wtedy prośnicę do dna mied-

nicy. Ekehorn musiał tedy dążyć do podciągnięcia części miedniczej prośnicy w kierunku kości krzyżowej i przymocowania jej tamże dla zwiększenia zakrzywienia pomiędzy tą częścią a częścią krocową. Osiągnął to za pomocą prostego, małego zabiegu. Sposób jego polega na tem, że gruba nitka jedwabna zostaje, po uprzedniem odprowadzeniu wypadniętej części, przeprowadzona przy pomocy odpowiedniej igły poprzez skórę dookoła dolnej części kości krzyżowej, zaczepiając po drodze o tylną ścianę prośnicy, którą podciąga do tejże kości. Autor opisuje zabieg ten w sposób następujący: „Wypadniętą część odprowadzamy i za pomocą lewego wskaziciela, wprowadzonego do odbytu, utrzymujemy tylną ścianę prośnicy w zetknięciu z kością krzyżową. Odpowiednią igłę Reverdina wkluwamy poprzez skórę i miękkie części tuż obok brzegu dolnej części kości krzyżowej do światła prośnicy; pod kierunkiem palca, znajdującego się tamże, wyprowadzamy koniec igły z odbytu i nawlekamy grubą nitkę jedwabną; cofając igłę, wywlekamy koniec nitki ponad skórę. Wkluwając igłę ponownie z drugiej strony kości krzyżowej, wyciągamy tak samo drugi koniec nitki nazewnątrż. Obydwa końce nitki wiążemy teraz poprzecznie na skórze. Nitkę tę usuwamy dopiero po upływie 2 tygodni“.

Dzieci, w ten sposób operowane, pozostawiano bez opatrunku. Mogły one być natychmiast normalnie odżywiane, chodzić i mieć wypróżnienia poza łóżkiem. Bóle pooperacyjne trwały bardzo krótko, i cały ten zabieg przechodził bez żadnych powikłań. Nieznaczne ropienie z ukłuć wkrótce też ustawało.

Tworząca się dookoła kości krzyżowej blizna daje, jak twierdzi autor, rękojmiej utrzymywania prośnicy w zmienionych przez operację warunkach i chroni od nawrotów. Operacja ta dała wyniki bezpośrednie i późniejsze zupełnie zadowalające. To, że nitka znajduje się przez 2 tygodnie w świetle jelita, nie wywołuje żadnych niepożądanych następstw.

Sposobem tym operował Ekehorn czworo dzieci w wieku od 2 do 4½ lat w okresie od 1901 do 1909 roku. Przed kilkoma laty (1924 r.⁹) zostały zbadane przez niego dzieci, operowane w szpitalach szwedzkich przed 5-ma laty i dawniej. Statystyka obejmuje 20 dzieci; wszystkie one zostały trwale wyleczone. U niektórych w okresie pooperacyjnym zauważyć się dało kilkakrotnie nieznaczne wypadanie odbytnicy, w każdym razie bez porównania mniejsze, niż to miało miejsce przed zabiegiem; po upływie krótkiego czasu wypadanie zupełnie i raz na zawsze ustawało.

O identycznych wynikach zabiegu pisze Petren¹⁰). Badanie przez niego dzieci, operowanych sposobem Ekehorna w okresie lat 14-u (od 1910 do 1923 r.), w liczbie 26, wykazało zupełne wyleczenie. O takich samych dobrych wynikach zabiegu donosi w roku 1920 Möller¹¹). Z innych autorów, którzy stosowali zabieg Ekehorna z dobrym skutkiem, wspomnieć należy o Hoh-

¹) Widowitz P. Münchner med. Woch., Jg. 70, Nr. 13.

²) Rovsing, Underlivskirurgi, Bd. 2.

³) Rost, Münchn. med. Woch., 1918, S. 129.

⁴) Eden, Münchn. med. Woch., Jg. 70, Nr. 1.

⁵) Henschen, Münchn. med. Woch., 1912, S. 128.

⁶) Matti, Zentralbl. f. Chir., 1919, S. 730.

⁷) Hoffmann, Zentr. f. Chir., 1905.

⁸) Ekehorn, Arch. f. klin. Chir., 1909, Bd. 89.

⁹) Ekehorn, Acta chir. scand., Tom 58.

¹⁰) Petren G., Acta chir. scand., Tom 59.

¹¹) Möller H., Hospitalstidende, Jg. 64, Nr. 22.

meier ze,¹²⁾ Pierim¹³⁾, Tölkenie¹⁴⁾ i Braunie¹⁵⁾.

W jednym z Domów Opieki dla opuszczonych dzieci miałem okazję spostrzegać częściej, niż w oddziale szpitalnym, przypadki wypadania odbyticy. Poczynając od roku 1927, operowałem je sposobem Ekeborna. Wyniki tego rzeczywiście prostego, celowego i żadnym niebezpieczeństwem nie grożącego dziecku zabiegu okazały się bardzo dobre. Ogółem poddano temu zabiegowi 5-ro dzieci w wieku od 2 do 5 lat. Z liczby tej czworo dzieci obserwuję po dziś dzień; są one wszystkie trwale wyle-

¹²⁾ Hohmeier, Zentr. f. Chir., 1910, S. 77.

¹³⁾ Pieri, Zentralbl. f. d. ges. Chir., 1913, Tom 2 (Ref.).

¹⁴⁾ Tölken, Deutsche med. Woch., 1915, S. 427.

¹⁵⁾ Braun, Zentr. f. Chir., 1914, S. 1529.

zione. U jednego z nich jeszcze jakiś czas po operacji spostrzegano nieznaczne wypadanie odbyticy, które się jednak ostatecznie cofnęło. Prócz tej czwórki operowano jeszcze 5-letniego chłopca, który wypisany został z oddziału jako wyleczony; niestety, dalsze jego losy nie są mi znane.

Zabieg wykonywany był we wszystkich przypadkach ściśle podług przepisu Ekeborna; jednakże, aby uniknąć uszkodzeń (odleżyn) skóry, mogących powstać od ucisku nitki, wiązałem ją ponad tamponem gazowym.

Jeszcze raz potwierdzić mogę, że zabieg ten jest bardzo prosty i zupełnie nieszkodliwy dla dziecka nawet najmłodszego. Trwa on zaledwie kilka lub kilkanaście minut; gdyby nie lekkie odurzenie eterowe, należałoby do codziennych drobnych rękoczynów.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe.

Praca jako środek leczniczy w chorobach psychicznych.

Podał

Dr. med. RAFAŁ BECKER (Otwock—„Zofjówka”).

Minęły już czasy, kiedy zakład dla umysłowo-chorych traktowano nie jako zakład leczniczy, lecz jako instytucję, służącą do internowania osób, dotkniętych chorobą umysłową, w wyłącznym celu ich izolowania i odseparowania od zdrowego otoczenia.

Były czasy, kiedy psychicznie chorych, będących w stanie podniecenia, przez długie miesiące i lata trzymano za żelaznymi kratami i murami, zakutych w kajdany lub też w najlepszym razie w kaftanach bezpieczeństwa albo przywiązywano do łóżek.

W ostatnich latach 30 — 50 wiele się zmieniło pod tym względem. Karno — więzienny sposób traktowania umysłowo-chorych został ostatecznie zlikwidowany, i zamieniono go na traktowanie o charakterze szpitalnym.

Zaczęto w szerokich rozmiarach stosować leczenie za pomocą trzymania chorego przez dłuższy czas w łóżku, które dawało, przy równoczesnym stosowaniu długotrwałych kąpeli, zawijania w koce, zastrzykiwań narkotycznych i obfitemu używaniu środków nasennych, w wielu przypadkach dość zadawalające wyniki symptomatyczne. Nadało to zakładom psychiatrycznym zupełnie inny, niż dotychczas, charakter, cechy normalnych zakładów leczniczych.

Ewolucja w rozwoju lecznictwa psychiatrycznego na tem jednak się nie zatrzymała. Jak wiadomo, pogląd na wartość leczniczą metody dłuższego trzymania chorego w łóżku, którą do nie-

dawna uważano za wielki postęp w leczeniu psychiatrycznym, ostatnio został mocno zachwiany.

Wprawdzie i teraz znajduje uznanie, jako środek terapeutyczny, przejściowe trzymanie chorego w łóżku, ale ustala się opinia, że przedłużanie tego okresu na długie miesiące i lata przynosi więcej szkody, niż korzyści.

Bardzo często obserwuje się, że pozostawianie chorego w łóżku, zamiast go uspokoić, jeszcze bardziej go podnieca. Stałe zaś trzymanie chorego w łóżku w końcu powoduje zmniejszenie ruchliwości umysłowej, co w następstwie doprowadzić może nawet do stanu zupełnego otępienia. Obecnie sądzą, że takie postępowanie przeciwdziała poniekąd zwalczaniu choroby, które wszak ma na celu budzenie impulsu aktywności w chorym.

Znaczenie tego czynnika szczególnie podniósł Simon, który w roku 1924 pierwszy wprowadził w swoim zakładzie w Gütersloh t. zw. metodę czynnego zatrudniania chorych, jako środka leczniczego. Pod powyższą metodą należy rozumieć takiego rodzaju psychoterapię czynną, przy której pomocy można u chorego w drodze systematycznego wychowania i najdalej idącej terapii pracy osiągnąć prawie zupełne stłumienie wszelkich antyspołecznych pobudek nawet w najcięższych wypadkach.

Należy przyznać, że, im więcej nabiera się doświadczenia w tym kierunku w praktyce zakładowej, tem bardziej dochodzi się do przekonania o skuteczności powyższej terapii.

Okazuje się bowiem, że u schizofreników, którzy stanowią wszak przeważającą większość chorych zakładowych, pierwotny proces chorobowy o charakterze organicznym pokryty jest nadbudową psychorodną, przedstawiającą spłot wtórnych objawów dodatkowych, które to objawy bardzo często wysuwają się na plan pierwszy i nie są niczem innym, tylko reakcją niezmiernej wrażli-

wości chorego na szkodliwe i nieodpowiednie otoczenie. To też widzimy, że ze zmianą otoczenia bardzo często znikają też zupełnie lub częściowo powyższe objawy wtórne.

Do powyższych wyników przyszedł Thumm na podstawie własnego doświadczenia, które poczynił w swoim zakładzie w Konstancji; teoretyczną zaś podstawę do nich dała jeszcze przedtem szkoła Zurychska.

Tak np. już Bleuler stwierdził, że żadna kategoria umysłowo-chorych nie reaguje w sposób tak subtelny na *spiritus loci*, jak schizofrenicy. Zaś jego uczeń Repont widzi w niektórych postaciach negatywizmu schizofrenicznego wał ochronny przeciw nadmiernej wrażliwości chorego na wpływy otoczenia.

Według H. W. Maiera takiego rodzaju psychorodne nawarstwienie procesu chorobowego, jest o tyle prognostycznie ważne, że nierzadko aktywuje czynnik organiczny tej choroby i tem samem pośrednio przyczynia się do spotęgowania i przyspieszenia procesu ośłupienia.

Wychodząc z powyższych rozważań, wprowadzono t. zw. „terapię czynną” w sensie Simona w wielu zakładach dla umysłowo chorych. O wynikach tej terapii, posiadamy poza sprawozdaniem samego Simona, cały szereg sprawozdań z innych zakładów, z których kilka postaramy się streścić.

G. Ilberg komunikuje nam o swoich doświadczeniach, poczynionych w zakładzie Sonnenstein, co następuje:

W ostatnich dwóch latach zaczęto stosować pracę w myśl Simona u coraz większej liczby umysłowo chorych, przyczem rozciągnięto leczenie pracą również i na ośłupiałych i nawet niespokojnych chorych. Leczenie za pomocą trzymania chorego w łóżku zostało ograniczone wyłącznie do tych przypadków, w których okazało się to niezbędnem, przyczem niektórych chorych zatrudniano nawet w łóżku, o ile się do pracy nadawali.

Długotrwałe kąpiele były znacznie zredukowane, zawijania w koce u pacjentów opornych były całkowicie skasowane, izolacja chorych stosowana była tylko w wyjątkowych przypadkach, gdzie to było rzeczą nieuniknioną, i to przez czas bardzo krótki. Używanie środków nasennych prawie automatycznie zostało zredukowane do *minimum*.

Chorem dostarczano podnień duchowych jaknajwięcej, bądź to przez nauczanie, bądź też przez muzykę, lekturę i t. d. Jeszcze więcej były uprawiane ćwiczenia cielesne.

Liczba warsztatów została powiększona, ogrodnictwo rozszerzone, co dało możność znacznie większego zatrudnienia chorych. Udało się również wynaleźć odpowiednie roboty ręczne i domowe nawet dla chorych, umysłowo znacznie upośledzonych.

Wynik wszystkich tych wysiłków był bardzo pokaźny. Ogólne zachowanie chorych wykazało większą poprawność; zmniejszyła się znacznie liczba przypadków z tendencją do niszczenia.

Również na oddziałach dla ciężko chorych psychicznie dał się zauważyć znacznie większy porządek i spokój, jakkolwiek pewne nawroty powtarzały się sporadycznie.

Również Thumm, rozwijając dalej w swoim zakładzie w Konstancji system wolnego traktowania, doszedł do znacznych ograniczeń w dozowaniu chorych.

Jak wynika z jego sprawozdania za maj 1927 r. 77,7% ogólnej liczby mężczyzn, znajdujących się w zakładzie, nie wymagało specjalnego dozoru. 27% zatrudnionych było jako robotnicy, 28,9% korzystało z prawa wolnego wyjścia z zakładu. Odpowiednie liczby dla kobiet wynosiły 56, 19 i 21%.

Thumm zaznacza przytem, że chorych, u których stwierdzona została poprawa, od chwili wprowadzenia otwartej opieki pozazakładowej, w zakładzie się nie zatrzymuje, tak, że liczba zwolnień znacznie się powiększyła.

Po wprowadzeniu w zakładzie zasad terapii czynnej, stosowanie opieki otwartej dało w Konstancji pomyślne wyniki nawet w takich wypadkach, w których dawniej nie można było nawet marzyć o przeprowadzeniu podobnych eksperymentów.

Na podstawie swoich doświadczeń z ostatnich lat dochodzi Thumm do przekonania, że właśnie czynna terapia pracy ułatwiła w bardzo pokaźnej liczbie przypadków szybsze i łagodniejsze przejście od psychozy do stanu normalnego, a tem samem umożliwiła wcześniejsze opuszczenie zakładu przez chorego.

Powyższe twierdzenie dotyczy głównie schizofreników, jednak nawet w wielu przypadkach psychozy manjakołno-depresyjnej terapia ta była o tyle skuteczna, że przyczyniła się do łagodniejszego przebiegu poszczególnych faz tego cierpienia.

Sami chorzy subiektywnie też odczuwają pomyślny wpływ racjonalnie dozowanej pracy. Szczególnie wartościowe okazały się wyniki osiągnięte u chorych płci żeńskiej, należących do kategorii ciężkiej degeneracji psychopatycznej obok silnego podniecenia.

Te same chore, które dawniej były postrachem zakładów i przebywały zwykle na oddziałach dla niespokojnych, można było przy stosowaniu czynnej terapii pracy doprowadzić do stanu, który się w zupełności nadawał do otwartej opieki. Chore takie w końcu mogły być zupełnie wypuszczone na wolność.

Również Gross, który w stosunku do zapamiętania Simona zachowuje pewną rezerwę, pod niejednym względem jednak przyznaje mu rację.

Jest rzeczą bardzo wygodną, powiada, i bardzo pięknie wyglądającą—położyć chronicznie chorych do łóżka i w ten sposób ich pielęgnować. Niezawsze jednak taka kuracja wychodzi im na dobre; wprawdzie niekoniecznie musi przy tem nastąpić spotęgowanie ośłupienia lub też wzrost inteligencji, ale w każdym razie nieuniknionem następstwem podobnego postępowania musi być zanik resztek aktywności duchowej.

Przedewszystkiem należy rozgraniczyć te dwa pojęcia: trzymanie chorego w łóżku i dozowanie

Troskliwe dozowanie dniem i nocą jest przeważnie korzystne dla umysłowo chorych, lecz nie każdy chory, potrzebujący dłuższego dozowania, potrzebuje również dłuższego pozostawiania w łóżku.

Wyżej wymieniony Gross przeprowadził w zakładzie swoim w Emmendingen eksperyment

na dość dużą skalę. Skasował on u siebie wszystkie izolatki i odpowiednio przebudował oddział dla niespokojnych chorych. Kazał podnieść z łóżek 50 chronicznie chorych kobiet, które przedtem, jako bardzo niespokojne i robiące wielkie szkody, stale przetrzymywano w łózkach.

Chore te zostały wpuszczone do sal dziennych gdzie im dano do wykonywania pracę nieskomplikowaną: skubania włosów końskiego.

Wynik był zdumiewający. Na 50 chorych, które leżały przedtem stale w łóżku w absolutnej bezczynności, zaledwie 2 okazały się faktycznie niezdadne do pracy (z tych jedna była dotknięta otępieniem starczem, druga zaś — negatywistyczną formą katatonji).

Wszystkie inne chore pracowały: jedne mniej, drugie więcej, jedne stale, drugie z przerwami, jedne chętnie, drugie pod wpływem pobudek zachęcających. Niektóre z tych chorych okazały się nawet zdolne do pracy bardziej skomplikowanej, jak np. szycie rękawiczek albo robienie pończoch. Jedna katatoniczka, która przedtem ciągle znajdowała się w łóżku w stanie silnego podniecenia, obecnie zachowuje się całkowicie poprawnie i gorliwie zajmuje się szyciem rękawiczek.

Dzięki gorliwemu i nieprzerwanemu kierownictwu personelu nadzorczego, zdołano większość chorych utrzymać przy pracy.

Tylko pojedyncze chore wpadały od czasu do czasu z powrotem w stan podniecenia, który jednak mijał po zastosowaniu leków uspakajających, poczem przeważnie wracały do pracy.

Jednak ten sam Gross zaznacza, że niezawsze i nie we wszystkich przypadkach udaje się osiągnąć dobre wyniki przy przejściu od trzymywania chorego w łóżku do terapii pracy.

Naogół atoli odsetek zatrudnionych dochodzi obecnie do 90—95% wobec 50%, które się dawniej udawało osiągnąć.

Należy zaznaczyć, że przytoczony eksperyment został przeprowadzony wyłącznie nad chronicznymi schizofrenikami, znajdującymi się w stanie znacznego otępienia.

W innych przypadkach psychoz chronicznych, jako to: w paranoi, schizofrenji paranoidalnej, epilepsji, hysterji, w pewnych formach niedorozwoju umysłowego oraz w alkoholizmie — jednym słowem, wszystkie przypadki, w których można było utrzymać jaki taki kontakt duchowy z chorymi, bez względu nadawały się do pracy.

Podobnież w Holandji, jak dyr. Łuniewski stwierdza w swoich „Wrażeniach psychiatrycznych z wycieczki do Holandji“, czynna terapia pracy znalazła szerokie zastosowanie.

Van der Scheer, dyrektor zakładu w Meerenberg jest gorącym zwolennikiem aktywnej terapii pracy według metody Simona: 90% wszystkich chorych, leczonych w wymienionym zakładzie zajmuje się pracą. Do pracy zaprzęga się tam chorych ze znacznym podnieceniem manjakałnem już na drugi, trzeci dzień po przybyciu do zakładu.

Oprócz zwykłych zajęć dla chorych, spotykanych we wszystkich niemal zakładach, Meerenberg ma na dużą skalę zorganizowaną pracownię tkacką dla kobiet. W kilkunastu warsztatach pracują tam chore pod kierunkiem pielęgniarek — instruktorek przy wyrobie płótna, chodników i bar-

dzo efektownych dywanów. Mężczyźni zatrudnieni są przy wyrobie mat kokosowych, które są w Holandji w dużym użyciu. Znaczna liczba chorych zajmuje się też ślōdem, koronkarstwem i koszykarstwem.

Celem zachęcenia chorych do pracy zakład wypłaca im niewielkie honoraria, dostosowane do rodzaju i wydajności ich pracy — w monecie, która ma obieg jedynie tylko wewnątrz zakładu. By umożliwić czynienie zakupów, zakład prowadzi osobny sklepik, pozostający pod kierunkiem doświadczonego pielęgniarza, który czuwa nad tem, żeby do rąk chorych nie dostawały się przedmioty niedozwolone.

U nas w Polsce stosowanie pracy jako środka leczniczego w zakładach psychiatrycznych coraz bardziej toruje sobie drogę. We wszystkich zakładach w kraju (zwiedziłem zakłady w Tworkach, Drewnicy, szpital Jana Bożego w Warszawie, zakłady w Kocborowie i Świeciu na Pomorzu, Dziekanekę pod Gnieznem i zakład w Owińskach pod Poznaniem) znajdują się różnego rodzaju warsztaty pracy, na których liczni chorzy wykonywują rozmaite roboty. Oprócz tego przy wyżej wymienionych zakładach, z wyjątkiem szpitala Jana Bożego, spotykają się dość rozległe gospodarstwa rolne i ogrodnicze, które są uprawiane prawie wyłącznie przez chorych zakładowych. Bardzo dobrze są postawione warsztaty pracy w zakładach w Kocborowie, Dziekanek, Tworkach oraz w szpitalu Jana Bożego.

W Dziekanekę według sprawozdania dyrektora A. Piotrowskiego na terapię pracy kładziono szczególny nacisk. Stosuje się tam terapia według systemu Simona już od 1924 roku, przyczem liczba zatrudnionych wynosi prawie 95%. Przedtem zajętych przy pracy było tam tylko 38% chorych.

Piotrowski rozróżnia 3 rodzaje zatrudnienia:

1. Zajęcie produkcyjne, t. zn. użyteczna praca domowa, ogrodowa, rolna i warsztatowa.
2. Zajęcie luksusowe, podejmowane dla przyjemności; do tej kategorii należą: malarstwo, fotografowanie, rzeźbiarstwo, muzyka, lektura, gra towarzyska.
3. Zatrudnienia nieprodukcyjne, jak skubanie lub darcie szmat odkazonych, przeznaczone dla osób niedołącznych, niezdolnych do innej pracy, ospałych, pomieszanych.

Taki wysoki procent (95) można było oczywiście osiągnąć tylko w ten sposób, że się uwzględniało zajęcia zarówno luksusowe, jak i nieprodukcyjne.

W innych zakładach rozchodzi się przede wszystkim o pracę produkcyjną. W Kocborowie na 1346 chorych, którzy się znajdowali w zakładzie w roku 1925, pracowało przeciętnie dziennie mężczyzn 362, kobiet 307, razem 669 chorych, co stanowi blisko 50%. Taki sam stosunek był w Kocborowie w roku 1926. Na 1453 chorych pracowało przeciętnie dziennie 727 chorych. Znajduje się tam specjalny pawilon, wyposażony we wszelkiego rodzaju warsztaty pracy, gdzie chorzy pracują pod fachowym kierunkiem majstrów.

Podobnież znajdują się liczne pracownie w zakładach w Świeciu i w Owińskach, gdzie też pra-

wie wszystkie rzemiosła są reprezentowane, i w których znajduje pracę bardzo poważna liczba chorych.

Ostatnio odwiedziłem powtórnie warsztaty pracy w Tworkach i w szpitalu Jana Bożego, które też pod niejednym względem przedstawiają się, rzecz można, imponująco. W Tworkach istnieją n. p. wspaniale urządzone drukarnia i introligatornia; pracownice krawieckie i szewskie pokrywają swojemi wyrobami całe niemal zapotrzebowanie zakładu, i tylko częściowo dokupuje się gotowe obuwie. Również wzorowo są urządzone tam warsztaty stolarskie, ślusarskie, tokarskie i inne. Parkan betonowy długości paru kilometrów został wykonany przez własną betoniarnię.

W szpitalu Jana Bożego podziwiałem wspaniale zorganizowaną pracownię kobiecą, gdzie przeszło 30 kobiet wykonywało ręczne roboty artystyczne. W pracowni męskiej zatrudnionych było różnorodną pracą około 60 chorych. Wyrabia się tam pięknie malowane zabawki z drzewa a także ładne okazy koszykarskie, stolarskie i inne podobne przedmioty.

Tak samo Drewnica posiada kilka dobrze urządzonych warsztatów; przeważająca część chorych jest jednak zajęta pracą na roli i w ogrodzie, która wydaje tam znakomite wyniki.

Widzimy zatem, że we wszystkich wymienionych zakładach psychiatrycznych stosowana jest zasada, podług której chory nie powinien być przez dłuższy czas trzymany w łóżku i wegetować, pozabawiony wrażeń i zainteresowań. Przeciwnie, zupełnie nieskrępowany, pracuje on w polu lub też

w warsztacie i w ten sposób uczy się być pożytecznym członkiem społeczeństwa.

Do jego nieskoordynowanego życia i myślenia wprowadza się pewien ład i budzi się w nim poczucie obowiązku, a co zatem idzie, radość i zadowolenie z życia.

Wracają sen i apetyt, a zarazem dobre samopoczucie. Praca odwraca chorego od jego urojęń, i w miarę tego jak budzi się w nim świadomość jego wartości społecznej, przestaje on być ciężarem dla swego otoczenia.

PIŚMIENICTWO.

1. Bleuler E. Affektivität, Suggestibilität, Paranoia Halle a. S. 1926. 2. wydanie. 2. Gross A. Der Umbau einer Zellenabteilung — Betrachtungen zur praktischen Aulalts - Psychiatrie. „Allg. Zeitsch. f. Psychiatrie“ T. 84. 1926. 3. Ilberg G. Erfahrungen mit erweiterter Beschäftigungstherapie. Ibidem. T. 88/1-3. 1928. 4. Kraepelin E. Hundert Jahre Psychiatrie. Berlin. 1918. wydaw. I. Springer. 5. Łapiński T. Szpital Jana Bożego. 200-letni jubileusz (1728 — 1928). Warszawa, 1928. 6. Łuniewski W. Wrażenia psychiatryczne z wycieczki do Holandji. „Nowiny Psychiatryczne“ 1928 Nr. 1 — 2. 7. Piotrowski Al. Przyczynek do leczenia psychiatrycznego. ibidem. 1924. Nr. 7. 8. Piotrowski A. Lecznictwo psychiatryczne w Dziekance. „Nowiny psychiatryczne“ 1925 Nr. 1. 9. Maier H. W. Zur Psychologie der Schizophrenie und deren therapeutische Bedeutung. „Wiener Mediz. Wochensbl.“ 1917 Nr. 17/18. 10. Repond. La suggestion collective et l'établissement d'alienes. „Schweiz. Medizin Wochenschr. 1927. 11. Simon. Aktiver Therapie in der Irrenanstalt. 1924. Odczyt. 12. Thumm M. Milieugestaltung im Rahmen der aktiveren Therapie und ihre Auswirkung auf freie Behandlung und offene Fürsorge. „Allg. Zeitsch. f. Psychiatrie“ T. 88/1-3. 1928. 13. Krajowe zakłady psychiatryczne w Kocborowie i Świeciu. Sprawozdania Pomorskiego Wydziału Krajowego za lata 1925 i 1926.

Streszczenia pojedyncze i oceny książek.

Farmakologia kliniczna i doświadczalna.

HILDING EKERFORS. O wpływie salwarsanu na liczbę ciałek białych i płytek krwi. (Cmpt. rend. de la Soc. de Biol N. 10 1928).

Autor badał na królikach zachowanie się liczby płytek krwi i ciałek białych pod wpływem wstrzykiwań salwarsanu i stwierdził, że salwarsan powoduje prawie stale mniejszą lub większą trombocytozę, na liczbę zaś ciałek białych oraz stosunek wielojądrzastych do jednojądrzastych pozostaje bez wyraźniejszego wpływu. Powiększenie liczby płytek stwierdza się już w kilka godzin po wstrzyknięciu; utrzymuje się ono przez dłuższy czas i wraca do normy przeciętnie dopiero po 20 dniach. Powiększenie się liczby płytek może być bardzo znaczne: w poszczególnych przypadkach liczba ich powiększała się dwukrotnie. W czasie swego trwania trombocytoza wykazuje dość znaczne wahania co do liczby płytek. Spostrzeżenia te dowodzą, że salwarsan powoduje mocne i długotrwałe pobudzenie megakaryocytów szpiku kostnego, wytwarzających płytki krwi.

J. Typograf.

Lecznictwo.

W. CAHN. O stosowaniu salirganu w praktyce ambulatoryjnej. (Fortschritte der Therapie 1928 N. 9).

Od czasu wprowadzenia do terapii organicznych preparatów rtęciowych nowasurolu i salirganu, jako środków moczopędnych, leczenie schorzeń, przebiegających z zatrzymaniem wody w ustroju, stało się naogół rzeczą bardzo wdzięczną.

Autor stosował salirgan w licznych przypadkach niewyównanych wad serca, zastoinowych nieżytach oskrzeli u ludzi starych i w marskości zanikowej wątroby. Zasługuje na uwagę fakt, że pomimo ambulatoryjnego w większości przypadków sposobu leczenia ani razu nie stwierdzono żadnych zaburzeń. Na zdrowe lub jedynie zastoinowe nerki salirgan żadnego szkodliwego wpływu nie wywierał. Nie stwierdzono również, pomimo długiego czasu stosowania, oznak przyzwyczajania do leku w znaczeniu osłabienia jego działania moczopędnego. Na podstawie swego doświadczenia autor uważa, że w odpowiednich przypadkach salirgan można śmiało stosować również i ambulatoryjnie.

J. Typograf.

P. A. WADE. O leczeniu wstrząsu zapomocą insuliny i cukru gronowego. (Journ. Am. Med. Ass. Tom 90, N. 23 r. 1928).

Autor zastanawia się nad podawaniem insuliny we wstrząsach pooperacyjnych i stanach podobnych.

Zastosowanie insuliny podskórnie oraz cukru gronowego dożylnie w leczeniu wstrząsów daje wyniki o wiele lepsze, aniżeli samo podawanie rozczyńców cukru czy też soli fizjologicznej.

Również przypadki wstrząsów urazowych, leczone we wczesnym okresie, dobrze reagują na powyższy sposób leczenia.

Najlepsze dawkowanie według autora jest następujące: 1000 cm.³ 5 — 10% rozczyńcu cukru gronowego wlewa się dożylnie powoli tak, by cała ilość płynu weszła w ciągu godziny.

Jednocześnie podaje się choremu insulinę podskórnie w stosunku 1 jednostki na 3 gramy cukru gronowego.

Już po wprowadzeniu ok. 800 cm. roztworu cukrowego widzi się efekt.

Przypadki wstrząsu, w których ciśnienie krwi obniża się do krytycznego poziomu (80 — 90 mm. hg.), winno się leczyć natychmiast wyżej wymienioną metodą, zanim wystąpią wszystkie objawy zapaści.

B. Goldstein.

STORM van LEEWEN. O znaczeniu kamery bezallergenowej dla rozpoznania i leczenia chorób alergicznych. (D. m. W. N. 23. 1928).

Doświadczenie aut. opiera się na 600 przypadkach.

Na wstępie wyjaśnia aut., iż podstawą jego metody jest spostrzeżenie, że w 90% przypadków posiadają znaczenie wpływy klimatyczne, do których zaliczają się nie tylko czynniki powietrzne, lecz i warunki gruntowe. Czynniki szkodliwe przejawiają się w postaci produktów mikroorganizmów pochodzenia roślinnego, jak i zwierzęcego, nazwanych przez autora allergenami klimatycznymi. Jedne z nich znajdują się w obrębie mieszkań, inne poza nimi.

Dla usunięcia allergenów mieszkaniowych zbudował aut. kamerę typu prostszego, do której powietrze dostaje się z pomocą elektrycznego wentylatora i rury, sięgającej 10 metr. powyżej domu; powietrze wprowadzone ogrzewa się do ciepłoty 22° — 24° C.

W przypadkach, w których wyłączyć należy nie tylko allergeny mieszkaniowe, lecz i zewnętrzne, oczyszczanie powietrza odbywa się zapomocą złożonej instalacji oziębiającej.

Doświadczenie autora wykazało, iż zaledwie mały odsetek astmatyków nie poprawia się w kamerach bezallergenowych; przytem spostrzeżono, iż ważniejsze jest usunięcie allergenów mieszkaniowych, do czego wystarcza kamera o konstrukcji nie złożonej.

Pobyt chorego w kamerze bezallergenowej posiada przede wszystkim znaczenie rozpoznawcze. O ile po 2 — 3 dniach nie następuje poprawa, przenosi się chorego do kamery z powietrzem, oczyszczanem przez chłodzenie. Jeśli i wtedy nie wystąpi poprawa, przypadek nie należy od allergenów klimatycznych. Wówczas chory pozostaje 2 dni na głodówce. Niepowodzenie tej próby wyłącza znowu alergję pokarmową. Pozostają jedynie dwie możliwości: bądź napady, które uprzednio posiadały podłoże organiczne, są obecnie pochodzenia psychicznego; bądź też istnieje w organizmie ognisko infekcyjne (przeważnie w oskrzelach), podtrzymujące dusznicę.

Stwierdzenie przyczyny napadów ułatwia dalsze postępowanie. Przeważnie należy zalecić stałą zmianę miejsca zamieszkania, bądź zmianę zawodu. Można również zbudować w mieszkaniu chorego kamerę typu prostszego. Dalsze leczenie dążyć musi do swoistego i nieswoistego odczulenia pacjenta.

M. Goldman junior.

O. SAINTON i P. VÉRAN. O tyroksynie syntetycznej (Paris Medical N. 28 z r. 1928)

Z punktu widzenia doświadczalnego, działanie tyroksyny jest podobne do działania wyciągów tarczycy.

Klinicznie tyroksyna, podana *per os*, daje wyniki takie same, jak wyciągi tarczyczne, zarówno pod względem trwałości działania, jak i szybkości występowania.

Stosunek tyroksyny do wyciągu tarczycy jest bardziej ścisły, aniżeli stosunek adrenaliny do wyciągów z nadnerczy.

Można stosować tyroksynę przez dłuższy czas bez uszczerbku dla zdrowia, z warunkiem, że się używa małych dawek i obserwuje ciągle stan chorego.

Dawka 1 miligrama tyroksyny jest równoważnościowa z 0,2 gr. wyciągu tarczycy, u chorych poprzednio leczonych tym sposobem.

Ta liczba, podana ze wszelkimi zastrzeżeniami, odpowiada liczbie, podanej przez Grawitza i Dubbersteina,

którzy mierzyli zawartość hormonu według działania na przemianę podstawową.

Dawką podstawową, od której należałoby rozpocząć kurację, jest pół miligrama, którą próbuje się także wrażliwość osobnika.

Później można dawki powiększać, lecz zawsze postępując z największą ostrożnością i trzymając chorego pod ścisłą kontrolą.

Dawki tyroksyny, podawane *per os*, są zazwyczaj 2 razy większe, aniżeli dawka tejże tyroksyny, podawanej podskórnie.

B. G.

Gruźlica.

P. MÜLLER i QUINCKE. Badania nad przemianą materji w gruźlicy. (D. Arch. f. Klin. Med. Tom 160 zes. 1/2).

Autorzy badają kwestję zawartości chlorków w ustroju w gruźlicy — wyniki zdają się wykazywać, że, mimo wyraźnej hipochloremji, ilość chlorków w niektórych tkankach, szczeg. w mięśniach prążkowanych, jest zwiększona.

B. G.

A. FRISCH i K. EISELSBERG. Studja nad tuberkulą. XI donies. O działaniu naskórnym wprowadzanej tuberkuliny. (B. z Kl. d. Tub. t. 67 z 5/6).

Odczyn miejscowy przy wtarcu tuberkuliny związany jest z obecnością woreczków w skórze i występuje na piersi silniej niż na ramieniu. Możliwe, że bliskość ogniska chorobowego wpływa na odczyn w sensie wzmacniającym, ale niekiedy i osłabiającym. Obmywanie skóry eterem może wzmocnić wynik odczynu. Konieczne jest dokładne wcieranie. Powtórne wcierania w tem samym miejscu początkowo wzmacniają, a następnie osłabiają odczyn. Naświetlanie może, zależnie od czasu, spotęgować lub osłabić odczyn. Z pośród przetworów, używanych do wcierania (ektebina, dermatubina, ateban i t.p.) najmocniej miejscowo działa ektebina Moro.

M. G.

M. NASTA i M. CATRAP. O wpływie wielokrotnych wstrzykiwań tuberkuliny na króliki uodpornione prątkami B. C. G. (Compt. rend. de la Soc. de Biol. Nr. 19. 1928).

Autorzy badali doświadczalnie, co dzieje się ze zwierzętami, którym zaszczepiono prątki B. C. G., o ile się je podda wielokrotnym wstrzykiwaniom tuberkuliny, będącej, jak wiadomo, jednym ze środków uczynniających sprawę gruźliczą. W tym celu zastrzyknięto 10 świnkom morskim dootrzewnowo po 0,01 B. C. G., następnie zaś wstrzykiwano im śród- lub podskórnie tuberkulinę. Każda świnka otrzymała 50 zastrzykiwań.

Wszystkie świnki reagowały na te wstrzykiwania bardzo burzliwymi objawami zarówno miejscowymi, jak i ogólnymi, a pomimo to nie wykazywały po ukończeniu doświadczeń nawet najmniejszych zaburzeń stanu ogólnego, ani też żadnych objawów uogólnienia miejscowych zmian, wywołanych wstrzykiwaniami prątków B. C. G. Nie stwierdzono również żadnych oznak uczynnienia się istniejącego zakażenia, któreby pozwoliły na przypuszczenie obostrzenia jadowitości wstrzykniętych zlagodzonych prątków Calmette'a i Guerina.

Doświadczenia te stanowią jeszcze jeden dowód zupełnej i trwałej niejadowitości prątków B. C. G.

J. Typograf.

H. FERNBACH i G. HERZGER. Wrażliwość na tuberkulinę i buljon. (B. z Kl. d. Tub. t. 67, z. 5/6).

Doświadczenia autorów przekonują, że stężony buljon glicerynowy Höchst posiada właściwości, przypominające tuberkulinę.

Osobnik wrażliwy na tuberkulinę często reaguje dodatnio na przetwory buljonowe lub ich części składowe (pepton, woda mięsna), wprowadzone podskórnie. Odczyn w tych razach osiąga

szczyt już po 24 godzinach i znika lub błędnie w 48 godzin. Upřednie uczulenie przez jednoczesne wprowadzenie doskórne krowianki + buljon lub pepton, czy woda mięsna może spowodować występowanie późniejsze odczynu dodatniego od samego buljonu i u ludzi, nie wrażliwych na tuberkulinę.

Osobnik, zakażony gruźlicą, reaguje na wprowadzenie doskórne pewnych ilości zabitych prątków gruźliczych w postaci typowego odczynu tuberkulinowego, którego szczyt przypada po upływie 48 godzin, z następczem wydzieleniem prątków. U uczulonych sztucznie próba ta jest jednakowa przed i po uczuleniu. Badania dowodzą, że szczepienie według Moro-Kellera wywołuje wrażliwość w stosunku do substancji buljonowych, co nie jest równoznaczne z alergią gruźliczą.

M. G.

G. DEMOHN i H. FERNBACH. W sprawie wrażliwości na buljon z gliceryną. (B. z. Kl. d. Tub. t. 67, z. 5, 6)

Doświadczenia na świnkach dają się streścić w sposób następujący. Zakażenie lasecznik. gruźlicy, podobnie jak upřednie traktowanie zwierząt prątkami zabitymi, wywołuje miejscową wrażliwość na tuberkulinę i bardzo słaby, szybko mijający odczyn miejscowy na buljon z gliceryną. Deponowanie buljonu z gliceryną w ogniskach zapalnych skóry nie powoduje miejscowego uczulenia na buljon glicerynowy. Odczyn natychmiastowy (wstrząs, rozdęcie płuc) po dożylnym wprowadzeniu tuberkuliny starej wzgl. buljonu glicerynowego ustępował jednakowo od obu tych przetworów i od tej samej ilości każdego z nich. Dowodziłoby to, że to nagłe działanie zależy od substancji buljonu glicerynowego, a nie swcistych części składowych prątka gruźliczego.

M. G.

Choroby nerwowe i psychiczne.

∞ ROSENFELD M. prof. Repetitorium der praktischen Psychiatrie. (Nakł. Georg Thieme. Lipsk. 1928).

Bardzo pożyteczna książka ta składa się właściwie z dwóch treściwych części: z metodyki badania chorób psychicznych i z krótkiego zarysu psychiatrii klinicznej. Pierwsza część zawiera w krótkości streszczone poglądy na ogólną reakcję psychiczną. Zaburzenia orientacji i przytomności, ruchowe objawy podrażnieniowe, urojenia i natręctwa, chorobliwe afekty, badanie pisma, badanie odrętwienia, zaburzenia zapamiętywania wrażeń i inteligencji, wreszcie badanie udawania oraz wskazówki do badania ludzi nieprzytomnych. W części drugiej następuje krótkie rozpatrywanie chorób psychicznych według grup klasyfikacyjnych. Kończy książkę ustęp o leczeniu chorób psychicznych oraz niezbędne wiadomości z psychiatrii sądowej. Książka ujmując naogół treściwie wszystkie zagadnienia psychiatrii współczesnej. Wszystko, w co się wzbogaciły poszczególne działy

psychiatrii w przeciągu ostatniego dziesięciolecia, zostało tutaj posegregowane, ujęte i uwzględnione: leczenie nowoczesne porażenia postępującego, *encephalitis lethargica*, badanie przypadków zranień i uszkodzeń mózgu, badania nad osobowością przedchorobową, nad konstytucją psychofizyczną, nad dziedzicznością. Psychoanaliza omówiona jest w obszernym rozdziale o psychoterapii chorób psychicznych w sposób ogólny, ale rzeczowy, przystępny dla niespecjalisty. Jako krótki podręcznik, książka ta zawiera w sobie umiejętne, ściśle zestawienie wielkości zagadnień interesujących dzisiaj psychiatrę i daje czytającemu dość dokładny obraz najważniejszych kierunków i zdobywcy nowoczesnej psychiatrii.

Nelken.

TINEL. Wyniki leczenia płynem z pęcherzy, powstałych naskutek pryszczad. (Rev. Neur. 1928 Nr. 2.).

Przypadek naprowadził autora na myśl leczenia cierpień mięśni (myopatii) płynem, otrzymywanym przez stosowanie pryszczad. W 8 przypadkach otrzymał on znaczną poprawę. Technika zabiegów polegała na wydobywaniu płynu z pęcherza (niepękniętego) przy pomocy szpricy Pravaza oraz na zastrzykiwaniu tegoż płynu podskórnie w ilości 5 — 14 ctm³. Zabieg powtarzał co tydzień wciągu paru miesięcy.

N. Z. Z.

SICARD. Bóle podniebienia i gardzieli wyleczone zastrzyknięciem alkoholu. (Rev. Neur. 1928 Nr. 2.).

Autor przytacza przypadek bólów samoistnych w obrębie miękkiego podniebienia i gardzieli, występujących napadami, coraz to częściej, trwającymi po kilka dni. Podczas napadu chora nie mogła ani łykać, ani mówić. Zabieg chirurgiczny polegający na 1) przecięciu nerwu językowo-gardzielowego, 2) na oddzieleniu gałązek gardzielowych od nerwu błędnego oraz 3) na wyluszczeniu węzła współczulnego górnego, dał ustąpienie objawów bólowych. Nie pozostało ani śladu porażenia podniebienia, również i głos i łykanie były dobre.

W drugim przypadku analogicznym autor zamiast zabiegu operacyjnego zastrzyknął alkohol do mięśnia, zwieracza gardzieli, więc w obręb splotu gardzielowego. Natychmiast po zastrzyknięciu 1 ctm³ alkoholu wystąpiło porażenie miękkiego podniebienia i gardzieli po stronie zabiegu.

Jest to pierwsza próba podobnego leczenia bólów tej okolicy.

N. Z. Z.

MONIZ. Nowotwór mózgu, rozpoznany dokładnie przy pomocy encefalografii tętnicznej. (Rev. Neur. 1928 Nr. 2.).

Autor nastrzykuje tętnice szyjne 25% - owym roztworem jodku sodu. Na zdjęciu rentgenowskim otrzymuje obraz, wskazujący, czy rozgałęzienia tętnic nie uległy przemieszczeniu wskutek ucisku nowotworu. Dzięki tej metodzie otrzymuje on ważne wskazówki co do lokalizacji nowotworów.

N. Z. Z.

Wskazówki praktyczne.

— Grube podaje następujące wskazówki różniczkowo-rozpoznawcze w zapaleniu wyrostka robaczkowego u kobiet. Należy nasamprzód określić wrażliwość punktu Mc Burneya, a następnie badać dwuręcznie. Jeżeli ucisk ręki zewnętrznej, po opuszczeniu okolicy macicy, a przeniesiony na punkt Mc Burneya, znowu wywołuje ból, to należy liczyć się z możliwością zapalenia wyrostka robaczkowego.

(Ztbl. f. Gyn. 1928 Nr. 37)

— Zamiast leczenia szczepieniem zimnicą, polecają Segarath i Hofer przetwór *Pyrifer*, składający się z białka bakteriynego szczepu, należącego do grupy laseczki okrężnicy. Le-

czenie to jest przez chorych lepiej znoszone, niż zimnica, i nie wymaga późniejszego stosowania środków przeciwwymniczych. Dozowanie leku jest łatwe.

(Ther. d. Gegenw. 1928 Nr. 8).

— Silbiger leczył z dobrym wynikiem guziczki na strunach głosowych za pomocą insuliny. Wystarcza jedno do trzech zastrzyknięć 10 jednostek. Jeżeli jednak leczenie to nie pomaga, to nie należy zwlekać z zabiegiem operacyjnym.

(W. m. Woch. 1928 Nr. 29).

— Chloraminę (fabr. Heydena) poleca M. Hirsch jako dobry środek przeciuguźlny w praktyce oto-rhynologicznej. Sto-

suje się roztwór $\frac{1}{4}\%$ — $\frac{1}{2}\%$. Jest to proszek krystaliczny, łatwo w wodzie rozpuszczalny, nie trujący, nie przyżegający i łatwy do przechowywania przez czas dłuższy.

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

— M. Moro stosuje z powodzeniem *skopolaminę z efedryną* w urologji, mianowicie do badania pęcherza moczowego, zamiast znieczulenia lędźwiowego. $1\frac{1}{2}$ godziny przed zabiegiem daje się ampułkę skopolaminy-efedryny z morfiną, a w 3 kwadrans później znowu całą taką samą dawkę lub połowę.

(Ztbl. f. Chir. 1928 Nr. 36).

— Jako środek kontrastowy do zdjęć rentgenowskich pęcherza moczowego poleca Kamnikier *jodipinę* w ilości 20—30 ctm³. Za pomocą tej metody można rozpoznać małe guzy przedniej ściany, które w inny sposób trudno jest udostępnić oku.

(Ztbl. f. Gyn. 1928 Nr. 36).

— Heynemann radzi w każdym przypadku uporczywych wymiotów u ciężarnych zastosować leczenie kliniczne, zanim zapadnie decyzja przerwania ciąży. Za najlepszy środek uważa H., obok przeniesienia chorej do kliniki, *wlewania podskórne roztworu soli kuchennej lub płynu Ringera*.

(Klin. Woch. 1928 Nr. 38).

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich.

Z Towarzystw Lekarskich Polskich.

Na posiedzeniu Lwowskiego Towarz. Lek. z dnia 18 maja 1928. Ptaszek wygłosił odczyt: *Badania przemiany spoczynkowej z punktu widzenia praktycznego*.

Tomanek podnosi w dyskusji ogólne znaczenie i wpływ tkanek na przebieg podstawowej przemiany materji. Badania w tym kierunku toczą się od dawna, altowiem przeszło lat 20. O ile jednak otrzymane wyniki nie są zawsze zgodne, pozostaje to w związku z brakiem udoskonalenia techniki oznaczania przemiany, której badanie wymaga kolosalnej precyzji. Z drugiej strony uderzają fakty, że wyniki takich badań przeprowadzonych doświadczalnie na zwierzętach, drogą usuwania poszczególnych narządów nie zawsze odpowiadają wynikom uzyskanym u ludzi. Np. usunięcie wątroby powoduje u zwierząt wydatny spadek pod. przemiany, czego nie spotykano u ludzi przy znacznych nawet uszkodzeniach wątroby (Aub i Means). To samo dotyczy trzustki, a dalej śledziony. Po wyjęciu tejez spostrzegano wyniki p. p. nawet do $+50\%$ (Danoff), chociaż nie stale. Zgodniejsze są wyniki co do nadnerczy, po wyjęciu których stwierdzono obniżki p. p. (Gradinescu), jakoteż i w ich niedomozde. Po wstrzykiwaniu adrenaliny stwierdzono natomiast podwyżki (Bernstein, Marine). Po kastracji spotykano także obniżki p. p. m. Prelegent słusznie podniósł, że poziom tej przemiany jest uzależniony od wzajemnej korelacji wydzielniczej narządów wkrwennych. Zwrócił na to uwagę jeszcze dawniej Rowiński, a dalej Korenczewski, wskazując na możliwość synergji między gruczołami płciowemi a tarczycą, opierając się na doświadczeniu, że u zwierząt kastrowanych, u których się wycznie tarczycę, obniżenie przemiany nie występuje. Również i schorzenia krwi przebiegają z zaburzeniami w przemianie. W białaczce i niedokrewności złośliwej spotyka się nie duże zwyżki. Zaburzenia w krążeniu, a zwłaszcza rytmu serca również wpływają na przemianę spoczynkową. W badaniach naszych wspólnie z kol. Falkiewiczem, przeprowadzanych od dłuższego czasu w klinice lwowskiej, mogliśmy te fakty niejednokrotnie stwierdzić. Na razie te badania są w toku i będą później ogłoszone. Co się tyczy wartości praktycznej omawiania przemiany, można powiedzieć, że oddaje usługi w klinice — przedewszystkiem w ocenie czynności tarczycy, dając możność dokładnej kontroli w leczeniu jej schorzeń. Szczegółowy przebieg przemiany spoczynkowej w czasie podawania jodu w toksykozach tarczycowych miałem sposobność przedstawić ubiegłego roku w Towarzystwie L., na podstawie naszych badań w klinice lekarskiej.

(Polsk. Gaz. Lek. 1928 N. 42).

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

W Tow. Nauk. przy Uniwers. Kolońskim zreferował Fischer (pos. z dnia 24 II-28) wyniki badań doświadczalnych nad powstawaniem raka skóry. Dojelitowe oraz pozajelitowe wprowadzanie do organizmu zwierzęcia doświadczalnego smołowca wywołuje podobne zmiany w nabłonku jego powłok skórnych, jak i po bezpośrednim zadziałaniu smołowcem na skórę. Okazało się dalej, że wprowadzanie smołowca do przewodu pokarmowego czy to z pożywieniem, czy też w postaci ławatyw powoduje zmia-

ny zarówno w skórze, jak i w żołądku oraz płucach. Z badań tych można zatem wyciągnąć wniosek, że miejsce pierwotnego zadziałania smołowca nie odgrywa roli w powstawaniu nowotworu. Ustrój reaguje na działanie drażniące smołowca w postaci zmian zapalnych w błonie śluzowej żołądka, a później brodawczaków i zrogowaceń. W płucach powstają zmiany zapalne w ścianie oskrzeli w postaci ich rozstrzeni z następczem tworzeniem się guzów nabłonkowych, często o budowie pęcherzykowej. (Klin. Woch. Nr. 41/28 r.).

W Tow. Lek. w Bochum wygłosił Teitge odczyt o wpływie wątroby na poziom cholesteryny we krwi. Leczenie chorych na niedokrewność złośliwą zapomocą diety wątrobowej powoduje w krótkim czasie powrót do normy przyspieszonego opadania krwinek, co świadczy o tem, iż powstające w przebiegu *anaemia perniciosa* produkty nieprawidłowej przemiany materji zostają szybko usunięte z krwiobiegu pod wpływem omawianego sposobu leczenia. Np. w jednym przypadku wynosiła szybkość opadania krwinek po 10 dniach podawania wątroby zaledwie 5 milim. na godzinę (przy liczbie cz. c. krwi 1,150,000); po zaprzestaniu leczenia wątroba liczbą ta zaczęła stopniowo wzrastać. Niski poziom cholesteryny we krwi u chorych na n. zł. podnosi się nie tylko przy podawaniu wątroby, ale i wolnego od cholesteryny przetworu jej hepatratu. Wartości cholesteryny przekraczają wtedy często liczbę normalne i tylko stopniowo powracają do poziomu niższego po przerwaniu powyższego leczenia dietetycznego. Te same spostrzeżenia poczyniono na ludziach zdrowych. Podawanie cholesteryny *per se* podnosi jej poziom we krwi zaledwie na parę godzin; natomiast zmiany trwałe osiągamy drogą oddziaływania na gruczoły dokrewne. Wstrzykiwanie wyciągów z trzustki obniża poziom cholesteryny we krwi. Autor sądzi, że wątroba, zachowująca tu się antagoniście względem trzustki, zawiera pewną substancję, być może jakiś hormon, która wpływa pobudzająco na układ siateczkowo-śródbłonkowy. Dzięki temu wzrasta zawartość we krwi cholesteryny, a zatem odtruające działanie względem wywołującego n. zł. czynnika.

W Tow. Lek. we Freiburgu poruszył Hessenberger na posiedzeniu z dn. 5.VI 28 r. rolę zaburzeń hormonalnych w powstawaniu zaćmy. H. zademonstrował przypadek katarakty u chorego z „*dystrophia myotonica*” oraz przypadek zaćmy w tężyczce, będącej następstwem strumektomji. H. zwraca uwagę na konieczność uwzględnienia oraz doszukiwania się niewątpliwie niezbyt rzadkiego czynnika endokrynnego w patogeniezie zaćmy.

Na posiedzeniu czerwcowem Tow. Lek. w Wiedniu zreferowali Demel, Jellinek i Kunz wyniki swych badań na zwierzętach, dotyczące *ustępowania migotania komór sercowych*. Badania te, przeprowadzone na małpach, wykazały, iż napadowe migotanie komór może ustąpić bez śladu, a przeto zupełnie jest nieuzasadniony pesymizm ze strony lekarzy w przypadkach porażenia prądem elektrycznym. W przypadkach tych należy wykonywać przez dłuższy czas sztuczne oddychanie.

Freud zwrócił uwagę na racjonalność stosowania wstrzykiwań roztworów cukru w niektórych stanach asfiksj; wstrzykiwania te znoszą często obrzęk zapalny śluzówki górnych dróg oddechowych i czynią zbędnem zastosowanie tracheotomji.

(Kl. W. Nr. 39/28 r.)

Z j a z d y.

VI Doroczne zebranie Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego w Poznaniu w dniach 15, 16 i 17 września 1928 r.

Sobota, dnia 15 września.

O godzinie 10-tej przedpołudniem odbyło się otwarcie VI-go dorocznego zebrania P. T. D. w sali Lubrańskich Uniw. Poznańskiego.

Imieniem komitetu organizacyjnego powitał gości gospodarz prof. Karwowski, następnie przemówienia powitalne wygłosili: wojewoda poznański Dunin-Borkowski, imieniem rządu Rzeczypospolitej, prof. Krzyształowicz, jako prezes P. T. D., rektor Uniw. Pozn. Niezabitowski, radca Szulc imieniem miasta Poznania, prof. Dembiński imieniem Tow. Przyj. Nauk, prof. Szamberger z Pragi czeskiej złożył życzenia w imieniu kolegów czechosłowackich, prof. Gantkowski imieniem Izby Lek. Pozn. - Pomorskiej, prof. Wrzessek imieniem redakcji „Nowin lekarskich”.

Po powitaniach odbył się wybór przewodniczących poszczególnych posiedzeń naukowych, przyczem honorowym przewodniczącym obrano prof. Szambergera z Pragi czeskiej.

I. Posiedzenie naukowe.

1. Prof. Walter. (Kraków) wygłosił odczyt p. t.: „Współleczenie wczesnej kiły zimnicą” (rzecz przeznaczona do druku).
2. Prof. Lenartowicz (Lwów) „Czy leczenie zimnicą jest istotnym postępowaniem w leczeniu kiły”, (przeznaczone do druku).
3. Straszynski (Warszawa); „W sprawie serologii kiły wrodzonej”.

W pracy swej postawił sobie autor za zadanie wyjaśnienie zawiłych i niejasnych możliwości serologicznego zachowania się dzieci, obarczonych kiłą wrodzoną.

W 976 przypadkach, wśród których było: 637 dzieci zdrowych w różnym wieku życia, 112 zdrowych matek i 112 ich dzieci, 59 kiłowych podrzutek i innych kiłowych dzieci niezanych matek i 28 przypadków kiłowych matek i 28 ich dzieci — wykonał autor z każdą surowicą następujące badania:

1. odczyn Bordet-Wassermanna.
2. określenie cechy grupowej krwinek czerwonych.
3. poszukiwania w surowicy izoaglutynin, skierowanych przeciw krwinkom grupy obcej.
4. stwierdzenie istnienia lub braku hemolizyn, skierowanych przeciw krwinkom baranin.

Na podstawie swych badań tłumaczy autor fakt rzadkiego występowania dodatniego wyniku odczynu B-W. u kiłowych noworodków i oseków w pierwszych tygodniach ich życia niedojrzałością serologiczną osobników bardzo młodych, których ustrój w pierwszych okresach swego życia nie jest w stanie wytworzyć nietylko własnych fizjologicznych przeciwciał (izoaglutynin i hemolizyn), powstających w ustroju bez udziału swobodnego antygenowego bodźca. — ale również pod wpływem bodźca kiłowego nie jest zdolny do wytworzenia ciał wiążących dopełniacz, dających się stwierdzić za pomocą odczynu Bordet-Gengou.

Z badań autora wynika, że tak fizjologiczne przeciwciała, jak i serologiczne i kliniczne, objawy kiły wrodzonej stwierdzić można u kiłowych niemowląt najczęściej dopiero od ukończenia 3-go miesiąca ich życia, a więc wtedy, gdy postąpi znacznie naprzód serologiczne dojrzewanie ich ustroju. Tak fizjologiczne przeciwciała, jak i dodatni wynik odczynu B. W. stwierdzić można w pierwszych okresach życia noworodków wyjątkowo rzadko, a w razie stwierdzenia w tym okresie życia obecności tych ciał, należałoby przyjąć, że nie są one własnym dorobkiem serologicznym niemowlęcia, ale są ciałami jego matki przeniesionymi do jego krwiobiegu przez łożysko. Podobnie i późniejsze występowanie klinicznych objawów kiły wrodzonej u niemowląt dopiero po pewnym czasie po urodzeniu ma, według autora, również za przyczynę niedojrzałość serologiczną dzieci bardzo młodych. Z powodu bowiem braku zdolności młodego ustroju do tworzenia przeciwciał wogóle ustrój noworodka nie może osiągnąć pewnego stopnia przestroju, a kliniczne objawy kiły mogłyby być uważane za wyraz odczynu alergicznego, spowodowanego przejawami odpornościowymi rozgrywającymi się w ustroju pod wpływem zakażenia. Gdy więc ustrój wejdzie w taki okres dojrzewania serologicznego, że będzie mógł wytworzyć dostateczną ilość ciał odpornościowych — dopiero wtedy

będzie mógł dojść do skutku odczyn między przeciwciałami a krętkami, którego wyrazem będą objawy kliniczne.

Powyższe spostrzeżenia zwracają szczególną uwagę na to, że noworodki pozornie zdrowe, ale pochodzące od matek kiłowych lub od matek niezanych (podrzutki), powinny pozostawać przez dłuższy okres czasu pod dokładną obserwacją kliniczną, i serologiczną, zwłaszcza gdyby należało je oddać do karmienia przez zdrowe mamki.

4. Kapuściński (Warszawa) „O zachowaniu się krętków błędnych w surowicach chorych kiłowych leczonych i nie leczonych (*in vitro*) oraz badania nad działaniem neosalvarsanu”, (przeznaczone do druku).

II. Posiedzenie naukowe.

odbyło się o godz. 4-ej popołudniu w klinice dermatologicznej Uniw. Pozn. (przed posiedzeniem: pokazy chorych)

5. Grzybowski (Warszawa) wygłosił odczyt p. t. „Odporność i zjawiska alergiczne w kiłę” — poczem odbyła się dyskusja nad wszystkimi dotąd wygłoszonymi odczytami (1, 2, 3, 4, 5).

Straszynski (Warszawa) zapytuje prof. Waltera, czy wśród przypadków kiły leczonej zimnicą nie spostrzegł przypadków świeżego lub przewlekłego wiewióra i czy nie zauważył dodatniego wpływu leczenia zimnicą na schorzenie wiewirowe, o czym donosi nowsze piśmiennictwo.

Doc. Hübschmann (Praga czeska) przedstawia zapytania kliniki prof. Szambergera w Pradze czeskiej w sprawie leczenia wczesnej kiły zimnicą.

Wernic (Warszawa) zaznacza, że spostrzegał wyraźny wpływ cierpień gorączkowych na przebieg kiły, prowadząc przed 18 laty oddział dla chorych na różę.

Hanusowicz (Wilno) zapytuje prof. Waltera, czy nie używał również innych środków, wywołujących podniesienie ciepłoty.

Borkowski Witold (Warszawa) zwraca uwagę, że w Polsce tylko niektórzy dermatolodzy mieli sposobność zapoznać się z metodą leczenia wczesnej kiły zimnicą, mimo to jednak sposób ten został już wyzyskany przez niektórych wenerologów warszawskich dla celów reklamy w prasie codziennej, co nie spotkało się z potępieniem z żadnej miarodajnej strony.

Doc. Malinowski (Warszawa) zaznacza, że leczenie zimnicą może mieć znaczenie tylko w leczeniu porażenia postępującego, wątpi jednak, czy da się praktycznie zaprowadzić na szerszą skalę w leczeniu kiły wczesnej, gdzie istnieją znacznie lepsze i szybciej działające środki.

Prof. Borowiecki (Poznań) omawia wyniki leczenia zimnicą, osiągnięte w klinice neurologiczno - psychiatrycznej Uniw. Pozn. u 152 chorych ze schorzeniami kiłowymi układu nerwowego (90 paralityków, 33 tabetyków i 29 przyp. kiły układu nerwowego).

Wśród tabetyków zwraca uwagę dość często występująca poprawa pod względem napadów żółdkowych (crises).

Grzybowski (Warszawa) zaznacza, że trudno przypuścić, aby zimnica mogła działać krętkobójczo, — prawdopodobniejsze jest, że sprowadza bliżej nam nieznaną przestroj tkanek.

Racinański (Warszawa) sceptycznie zapatruje się na leczenie wczesnej kiły zimnicą i uważa, że metoda ta należy raczej do neuropatologa, niż do syfilidologa.

Prof. Krzyształowicz (Warszawa), nawiązując do odczytu Straszynskiego zaznacza, że w tworzeniu stanu odpornościowego w kiłę odgrywa może rolę układ siateczkowo-śródbłonkowy, potęgujący się czynnościowo w miarę dojrzewania osobnika.

Straszynski (Warszawa) zaznacza, że cała sprawa odporności w kiłę nie została dotąd w zupełności wyjaśniona. Nie udało się dotąd stwierdzić tworzenia przeciwciał przez zakażony kiłą ustrój ani *in vivo* ani *in vitro*, t. j. nie udało się stwierdzić w zakażonym ustroju ani aglutynin, ani precypityn. Wprawdzie autorowie amerykańscy (Eberson) próbowali wykazywać przeciwciała kiłowe na drodze biologicznej i donosili, że im się to udawało, nie mogli jednak potwierdzić tych doświadczeń inni badacze, którzy odrzucają zupełnie możliwość wykrycia przeciwciał kiłowych w zakażonym ustroju.

6. Wiśniewski (Warszawa) wygłosił odczyt p. t.: „Uzębienie w kiłę wrodzoną”.

Autor szczegółowo opisuje zmiany w uzębieniu, spotykane w kile wrodzonej: zmiany zanikowe, dystroficzne, zęby Hutchinsona, zęby w postaci śrubociągu, niedorozwój zębów, ich bezkształtność, łamliwość—poza tem wadliwa budowa łuków zębowych, zęby zabłąkane, nieprawidłowe przestrzenie międzyzębowe, stały brak pewnych zębów lub też ich nadmiar. Autor przytacza kilka przypadków własnych.

7. Sonnenberg (Łódź): „O roli bizmutu w okresie surowiczo-ujemnym wrzodu twardego“.

Wychodząc z założenia, że wchłanianie się bizmutu w postaci nierozpuszczalnej jest bardzo powolne, referent na podstawie liczb ustalonych rentgenograficznie dowodzi, że dopiero po 5—6 tygodniach zastrzykiwań Bi ilość jego stanowi pewną siłę, mogącą przeciwstawić się zarazkowi kily.

Wobec tego w leczeniu poronem kily nie można stosować wyłącznie bizmutu.

W dyskusji zabierali głos: prof. Walter (Kraków) i Leyberg (Łódź).

Niedziela dnia 16 września.

III. Posiedzenie naukowe

odbyło się o godz. 10 rano w sali Lubrańskich.

8. Prof. Krzyształowicz (Warszawa) wygłasza odczyt p. t.: „W sprawie zmian wypryskowych na tle zakażenia mikrobami ropnemi.“

W grupie postaci, nazywanych dotąd wypryskiem (eczema) znajduje się cały szereg przypadków, które można zaliczyć do dermo-epidermitis Gougerota. W tego rodzaju zmianach stwierdzić można bakterjologicznie, a nierzadko także mikroskopowo,—paciorkowce. Mówca wyróżnia wśród tych przypadków pewne typy, odznaczające się odrębnym początkiem i samym przebiegiem, i zwraca uwagę, że histologicznie nie można wyróżnić tych postaci od zmian wypryskowych.

9. Prym. Leszczyński. (Lwów) wygłasza odczyt p. t.: „Wykrywanie utajonych własności skóry za pomocą odczynów dwu i tróćzasowych“.

We wstępie omawia autor metodykę odczynów dwuczaskowych i podaje empiryczną skalę hormonalną. Następnie przytacza spostrzeżenia kliniczne, opisując dokładnie sposoby badania.

Dyskusja

Kapuściński (Warszawa) zaznacza, że metoda, podana przez prelegenta, może być bardzo cenna, jednak wydaje się, że ocena podanej skali nie może być ścisła, i trudno na niej opierać wnioski co do czynności gruczołów dokrewnych.

Prof. Lenartowicz (Lwów) zwraca uwagę, że ocena w metodzie Leszczyńskiego i Blatta jest subiektywna i stąd będzie w różnych rękach dawała różne wyniki.

10. Stopczński (Kraków) wygłasza odczyt: „Elastometrija w dermatologii“.

W dyskusji zabierali głos: prof. Lenartowicz (Lwów), prof. Krzyształowicz (Warszawa), Prym. Leszczyński (Lwów).

11. Blatt (Lwów) wygłasza odczyt p. t.: „Atrofodermja, ich związek z układem dokrewnym i kłą“.

Dyskusja

Doc. Malinowski (Warszawa) podnosi, że zupełnie słusznie łączy się powstawanie atrofodermji z zaburzeniami gruczołów dokrewnych, gdyż potwierdzają to zmiany histologiczne w różnych okresach rozwoju choroby.

Racinowski zwraca uwagę, że często dobre wyniki w leczeniu atrofodermji daje leczenie przeciwkifowe, przeto należy je zawsze stosować bez względu na wynik odczynu B-W.

Grzybowski (Warszawa) zaznacza, że efekt leczniczy nawet w tych przypadkach atrofodermji, gdzie odczyn serologiczny jest dodatni jest niewielki — świadczy to, że kila, jako czynnik etjologiczny, ma tu znaczenie drugorzędne.

12. Hanusowicz (Wilno) wygłasza odczyt p. t.: „Leczenie łuszczycy glukozą“.

Zachęcony wynikami Hedena stosował prelegent śródżylnie w przypadkach łuszczycy 20% roztwór glukozy i otrzymywał zadawalające wyniki lecznicze.

Dyskusja

Ostrowski (Lwów) podaje spostrzeżenia dowodzące dodatniego wpływu trypaflawiny, podawanej dożylnie, w leczeniu łuszczycy.

Przemawiali również Racinowski, Stopczński, Reise, Blatt i Kauczyński.

Poniedziałek dnia 17 września.

IV. Posiedzenie naukowe.

13. Wernic (Warszawa) wygłasza odczyt p. t.: „Pracownictwo przeciweneryczne w Polsce“.

14. Stopczński (Kraków): „Cele i zadania poradni przeciwenerycznej w Krakowie“.

W dyskusji (nad 13 i 14) przemawiali Kapuściński i prof. Szamberger.

15. Pawlas (Kraków) wygłasza odczyt p. t.: „Leczenie rzeżączki barwnikiem akrydynowym“.

Dyskusja

Kauczyński (Lwów) omawia cenną właściwość gonakryny uczulania skóry na promienie świetlne. Własność tę wykorzystał mówca w leczeniu tocznia lampą Finsena, starając się spotęgować działanie tejże przez uczulenie skóry za pomocą zastrzyknięcia gonakryny. Przez tego rodzaju postępowanie udało się mówcy skrócić czas naświetlania poszczególnych ognisk tocznia z 70 na 50 minut, co pozwala na bardziej ekonomiczne wykorzystanie lampy Finsena, a tem samem zmniejsza koszty leczenia tą metodą.

Ostrowski (Lwów) podnosi różnicę w działaniu pochodnych akrydyny i dochodzi do wniosku, że działanie tych środków odbywa się prawdopodobnie na drodze układu roślinnego.

Buczyński (Warszawa) podnosi, że roztwory gonakryny działają przy stosowaniu miejscowym mniej drażniąco, niż roztwory trypaflawiny lub riwanolu. Stosując domięśniowe zastrzykiwania roztworu ichtjolu metodą, podaną przez Straszyńskiego, uzyskiwał mówca w powikłaniach wiewiórowych naogół wyniki lepsze i szybsze, niż po dożylnem zastosowaniu gonakryny.

Straszyński (Warszawa) zaznacza, że ideałem byłoby stosowanie w leczeniu wiewióra leczenia ogólnego za pomocą środków chemoterapeutycznych, swoistych szczepionek i surowic i ciał nieswoistych. Wprawdzie tego rodzaju środki są obecnie w leczeniu wiewióra na szeroką skalę stosowane, nie dają one jednak tych wyników, jakich chcielibyśmy się od nich spodziewać. Nie pozostaje nam więc na razie nic innego, jak leczyć wiewióra miejscowo, środkami chemicznymi przeciw-wiewiórowymi, które powinny się zetknąć z zakażoną tkanką jak najwcześniej, a w czasie leczenia jaknajczęściej i możliwie przez dłuższy okres czasu.

Prym. Leszczyński (Lwów) donosi o jednym przypadku śmierci w 10 minut po wstrzyknięciu gonakryny i ostrzega przed jej stosowaniem, zwłaszcza, że nie widzi wyraźnie lepszego jej działania od innych dotąd stosowanych środków.

Grzybowski (Warszawa) podnosi, że gonakryna wywołuje bardzo często silne wymioty niezwłocznie po wstrzyknięciu.

Prof. Karwowski (Poznań) sceptycznie zapatruje się również na działanie gonakryny.

Hanusowicz (Wilno) podnosi, że otrzymywał dobre wyniki w leczeniu powikłań wiewiórowych za pomocą stosowania domięśniowych zastrzykiwań roztworu ichtjolu według sposobu, podanego przez Straszyńskiego.

Prof. Walter (Kraków) zaznacza, że wyniki lecznicze w przebiegu rzeżączki zależą głównie od warunków anatomicznych cewki moczowej męskiej, choć prawdopodobnie odgrywa tu również rolę sam szpec gonokoków. Mówca uważa stosowanie gonakryny za leczenie pomocnicze, i, jakkolwiek gonakryna nie jest ostatnim wyrazem środka przeciw-rzeżączkowego, to jednak rozpoczyna szereg prób nowego sposobu leczenia.

16. Leyberg (Łódź) wygłasza odczyt p. t.: „Uwagi w sprawie uretroskopji cewki przedniej w rzeżączce przewlekłej, na własnych spostrzeżeniach oparte“.

Mówca opisuje krótko i krytycznie metodykę uretroskopowania i zwraca szczególną uwagę na zmiany w opuszcze cewki (bulbus) w przewlekającej się rzeżączce. Podaje technikę badania opuszcza w uretroskopie i omawia wskazania i przeciwwskazania do uretroskopji w przypadkach przewlekającej się i przewlekłej rzeżączki.

Dyskusja

Prof. Walter (Kraków) zaznacza, że mimo pewnych niedokładności i zawodów dla badającego, musi uretroskopja stanowić ważny sposób diagnostyczny i pomocniczy dla zabiegów leczniczych w trudno leczących się przypadkach rzeżączki. Długoletnie spostrzeżenia Leyberga przyczyniły się do wyjaśnienia przyczyn uporczywego przebiegu rzeżączki.

Przemawiali jeszcze: Wernic, Sonnenberg, Ostrowski i Lubicz.

Po dyskusji nad odczytem Leyberga przewodniczący, prof. Krzysztalowicz, zamknął VI — doroczne zebranie P. T. D., dziękując prof. Karwowskiemu, jako gospodarzowi, za trudy około organizacji zjazdu i za gościnność, okazaną wszystkim uczestnikom.

Następne VII-me doroczne zebranie P. T. D. uchwalono odbyć w Łodzi w r. 1930.

Z powodu braku czasu nie zdołano wygłosić 30 zgłoszonych odczytów.

Adam Straszynski (Warszawa).

Krytyka lekarska.

Ideale a rzeczywistość.

Kodeksy deontologiczne wolnych zawodów uchodzą powszechnie za świadectwo hołdowania przez te zawody wyższej etyce. Czy nie jest to jednak złudzeniem? Nie mówiąc już o tem, że każdy kodeks jest dokumentem o charakterze aposteriorystycznym, aktem obrony przeciw ujawnionym przestępstwom, wiemy przecież dobrze, że wogóle wszystkie deontologie, jako nie oparte na egzekutywie prawnej, są dokumentem bez znaczenia.

Jeżeli przyjrzymy się zbliżeniu życia tych klas, które układają sobie te subtelne kodeksy, to trudno będzie oprzeć się przykreemu wrażeniu, że rzeczywistość tu często staje w wyraźnej sprzeczności z wysnionym ideałem. Weźmy dla przykładu środowisko ludzi najczęściej wyrobionych społecznie, najczęściej o tych ideałach rozprawiających, jak literatów, działaczy społecznych. Czy życie ich odpowiada tym ideałom? A może właśnie w tych sferach najczęściej popełnia się przekroczeń przeciw etyce?

Spójrzmy dokoła siebie, czy nasze rodzime stosunki nie są smutnym dowodem tej niewesołej prawdy?

Czy nie jesteśmy świadkami karkołomnych skoków, dokonywanych przez te sfery z jednego stanowiska na drugie diametralnie sprzeczne? Czy wczorajszy postępowiec nie staje się często nazajutrz, dzięki zmiennej koniunkturze, krańcowym wstecznikiem? Niestety, ta zdrada sztandarów jest, nietylko u nas, zjawiskiem tak częstym i powszednim, że przechodzimy obok niego zupełnie bez wrażenia.

Czemu to przypisać? W pierwszym rzędzie ciężkim warunkom życia, walce o byt, prowadzonej zupełnie indywidualnie bez oparcia o gromadę, która zazwyczaj w cięższych chwilach, jak to widzimy w innych klasach, bywa podporą moralną i materialną. Pod tym względem zawód lekarski przedstawia nieograniczone pole do uchylen od prostej linii życia.

Tu, gdzie do dnia dzisiejszego, a może i zawsze, będzie panowała rozbieżność poglądów na powołanie lekarza, gdzie z jednej strony widzimy zwolenników wyłącznego zawodu, z drugiej wyznawców starych poglądów na medycynę, jako na posłannictwo społeczne, możliwość sprzecznych zapatrzywań na obowiązki lekarza jest nieograniczona.

To też widzimy w stosunkach lekarskich chaos. Obok nielicznej grupy tych, którzy nie wyzbyli się jeszcze tęsknoty do ideałów, stoi olbrzymia większość patrzących na życie zupełnie trzeźwo.

O pierwszych nawet się nie wspomina, jako o niedołączonych życiowych, chorobliwych fantastach: giną oni przeważnie w niedostatku, i tylko czasu-

mi fantazja poety wskrzesi ich piękne postaci w Judymach lub Poziemskich.

Zresztą, i same kodeksy deontologiczne lekarskie zawierają w sobie dużo sprzeczności ze stanowiska etyki ogólnej. Postaram się zilustrować to na przykładach.

Zatrzymamy się na honorarjum — tej głównej osi, dokoła której wiruje najwięcej sprzeczności. Kodeks lekarski, jako dezyderat, wystawia postulat pewnego *minimum* za poradę lekarską. Jestto logicznie zupełnie słuszne stanowisko z punktu widzenia interesów zawodu lekarskiego, a nawet do pewnego stopnia interesów chorego.

Deprecjacja cen, dochodząca często niemal do absurdu, prowadzi do niezdrowej konkurencji, która pociąga za sobą nawet partactwo. Lekarz, pracujący pod hasłem: „duży obrót mały zysk”, nie może być dobrym fachowcem.

Ale czy ustanowienie tego *minimum* istotnie ratuje sytuację? Czy lekarze, ceniący siebie nie tyle wysoko, ile drogo, z punktu widzenia interesów chorego są więcej pożądani, niż ci, którzy swoją wiedzę sprzedają za bezcen? Czy może być ideałem lekarz, który chwali się, że przed sobą widzi tylko chorego, a wszelkie sprawy materialne poleca załatwiać swej sekretarce?

Jeżeli zestawimy ze sobą te dwa krańcowe typy lekarzy — jednych, udzielających rady za wynagrodzeniem niżej *minimum*, drugich, dążących do niedostępnych dla przeciętnego pacjenta honorarjów — to pomimo wszystko pierwszy typ musi się wydać dla ogółu korzystniejszy, niż drugi.

A więc dążenie do określenia *minimum* honorarjum w praktyce prowadzi do wyników niepożądanych, a nawet społecznie szkodliwych.

Zresztą, taka klauzula nie wytrzymuje krytyki również z innego punktu widzenia. Jeżeli bronimy zasady, że medycyna jest takim samym fachem zarobkowym, jak inne, to winna ona podlegać tym samym prawom — wolnej konkurencji. W istocie, niema tej siły, któraby tę konkurencję zdołała opanovać. Zatrzymana w swym normalnym biegu musi ona sobie szukać wyjścia sztucznego, które często pod względem materialnym i etycznym więcej przyniesi szkody zawodowi lekarskiemu, niż współzawodnictwo otwarte.

Niestety, jesteśmy dziś już świadkami tego niepożądanego objawu. Niepomiarowy wzrost liczby lekarzy, ograniczenie praktyki wolnej przez szeroko zastosowany przymus kasowy wytworzyły ciężką sytuację dla ogółu lekarzy. I otóż nadmiernie wzbiana fala poszła w kierunku najmniej dla godności lekarskiej pożądanym.

Skrepowani we współzawodnictwie swych honorarjów, lekarze wpadli na pomysł uprawiania swego zawodu pod płaszczykiem filantropji. Po-

wstały liczne instytucje dobroczynne, pośredniczące między lekarzami a społeczeństwem pod hasłem taniej pomocy lekarskiej dla ubogich.

Pomysł dobry i z punktu widzenia etyki ogólnej nawet wysoce społeczny. Pozornie osiągnięto tu ten ideał udostępnienia pomocy lekarskiej jak-największym warstwom.

Lecz, niestety, tylko pozornie. Cała ta akcja niema nic wspólnego z istotną dobroczynnością, a obliczona jest tylko na uniknięcie zarzutów obniżania honorarjów. Jestto objaw niezdrowy pod względem etycznym i szkodliwy dla interesów ogółu lekarzy, nie wyłączając nawet tych, którzy w tych instytucjach pracują, gdyż wobec podziału bardzo niskich honorarjów między lekarzami i administracją instytucji wynagrodzenia lekarskie spadły do zupełnego absurdu.

Oto skutki nieżyciowych paragrafów naszych kodeksów deontologicznych.

Jedyną drogą do uzdrowienia tych stosunków jest droga zniesienia nie wytrzymującego próby życiowej ograniczenia *minimum* honorarjów. Przez usunięcie tej zatory niezdrowe prądy skierują się ponownie do swego normalnego łożyska. Zyskamy to, że konkurencja będzie się odbywała otwarcie, dobroczynność odzyska swoje prawdziwe oblicze, a lekarze swoją niezależność.

Oto jeden z przykładów sztucznej, nierealnej konstrukcji naszych kodeksów deontologicznych.

Sięgnijmy do innych paragrafów. Lekarze w celu obrony wzajemnej wprowadzili szereg ograniczeń przy obejmowaniu pacjentów, będących w ordynacji innych kolegów. A więc zabrania się przyjmowania pacjentów pod swoją opiekę bez porozumienia się z poprzednim ordynatorem. W tym celu zaleca się wspólną naradę, ewentualnie zwrot pacjenta poprzednikowi.

Jest w tem zarządzeniu dużo celowości. Stosunki między lekarzami są tak dalekie od doskonałości, że te zastrzeżenia okazały się pożądane. Lecz cóż mamy w rezultacie?

Czy wolno kosztem chorego normować nasze wzajemne stosunki?

Zwykle, gdzie dwóch się kłóci, trzeci korzysta. W tym wypadku ten trzeci narażony jest tylko na stratę. Płaci on nie tylko kieszenią za zbyt kosztowne narady, lecz, co gorsza, skrzepowaniem swej wolności. Przecież, jeżeli chcemy być konsekwentni, to, broniąc zasady wolności wyboru lekarza, nie mamy prawa zabronić choremu zmieniania lekarzy według jego kaprysu, gdyż inaczej byłaby to bardzo ograniczona wolność.

Zresztą, ten niekonsekwentny paragraf w naszych kodeksach życie samo przekreśliło, jako nierealny. Czy przynajmniej jego obecność w deontologjach naszych wpłynęła normalnie na poprawę naszych stosunków? Niestety nie.

Nigdy nie byliśmy świadkami tak upokarzającej konkurencji, jak dziś. Nieposzanowanie praw kolegów i bezwzględna walka przybrały postać nawet zatruwającą.

To, co niedawno czynione było indywidualnie z pewnem zażenowaniem, skrycie, za plecami chorego, dziś odbywa się otwarcie, masowo, z całym cynizmem bezwstydu. Dziś odbiera się nieetycznie kolegom nie tylko pacjentów, lecz nawet stanowiska — to jedyne tabu, które, zdawało się, w stosun-

kach lekarskich dotychczas było jako tako szanowane.

Wśród lekarzy znalazły się, niestety, dosyć liczne jednostki, które zdradziły sprawę koleżeńską przez zajęcie chwilowo opuszczonych posad w walce o poprawę bytu. Jestto czyn niedopuszczalny w żadnym środowisku, potępiany moralnie w klasach, znacznie ustępujących pod względem tak zwanej kultury zawodowi lekarskiemu i nie chępiących się subtelnymi kodeksami deontologicznymi!

Czy ogół lekarzy zareagował przynajmniej na ten akt ódruchem należytego oburzenia?

Gdzie ugrzęzły te piękne ideały młodzieńcze, kiedy każde naruszenie solidarności koleżeńkiej było piętnowane zasłużoną karą?

Tak wyglądają w warunkach obecnych nasze ideały i smutna rzeczywistość.

Pomimo woli nasuwa się pytanie, czy celowe są wogóle te wszystkie subtelnie ułożone kodeksy deontologiczne, redagowane albo przez tych, którym życie zaoszczędziło tego piekła walki o byt, albo przez marzycieli, którym wydaje się, że ludzie błędzą tylko dlatego, że niemają wytkniętych drogowskazów.

Każdy kodeks etyczny posiada tylko o tyle wartość realną, o ile oparty jest o sankcję prawną, albo też o autorytet moralny jakiejś instytucji zawodowej. Niestety, my nie posiadamy oparcia w żadnym z tych kierunków.

Nasze Izby lekarskie — to sztuczne twory nie tylko bez egzekutywy, ale nawet bez inicjatywy. Czynią one wrażenie instytucji wyłącznie reprezentacyjnych. Pomimo 6-letniej swej egzystencji nie dokonały one niczego w kierunku uzdrowienia stosunków lekarskich. Kilka wysiłków, uczynionych bojaźliwie w celu podjęcia inicjatywy, spaliło na panewce. Jeżeli ustawa o Izbach lekarskich nie ulegnie zasadniczej zmianie, niema żadnych widoków, aby instytucje te odegrały jakąś poważniejszą rolę w życiu lekarskiem naszego kraju.

Nielepiej ma się sprawa pod względem oparcia o autorytet moralny. Nie posiadamy, niestety, żadnego Towarzystwa naukowego, któreby swój wpływ moralny roztoczyło nad ogółem lekarzy. Najstarsze nasze Towarzystwo Lekarskie obok ideałów etycznych — naukowych wypisało na swym sztandarze hasła politycznego i rasowego szowinizmu, które w zupełności przekreślają ich wartość.

Skutkiem tego nastąpiło szkodliwe dla stosunków normalnych rozbitcie na kilka Towarzystw, które już z natury rzeczy musiały się wyrzec ogólnej kontroli nad etyką swych członków.

Dopóki taki stan rzeczy będzie trwał nadal, wszelkie kodeksy będą tylko czczą ideologią.

Czyżby istotnie zawód lekarski w odradzającej się pod każdym względem Polsce pozostać miał na tem samem stanowisku, na jakim był w okresie beznadziejnej niewoli? Czyżby słusność była po stronie tych, którzy twierdzą, że najbardziej zafarfana klasa wszystkich społeczeństw są lekarze?

Jeżeli pragniemy szczerze, aby kodeksy nasze były nie tylko martwą literą, lecz istotnie unormowały nasze stosunki, winniśmy rozpocząć sanację od podstaw i to nie słowami, lecz czynami!

Medycyna społeczna.

Pod kierunkiem M. KACPRZAKA.

Nowe ustawy weterynaryjne.

Podał

Z. SZYMANOWSKI (Warszawa)

W ciągu roku 1927 oraz w r. b. ogłoszony został w Dzienniku Ustaw szereg rozporządzeń z dziedziny weterynaryjnej, a mianowicie: rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej o zwalczaniu chorób zaraźliwych zwierzęcych (2 IX 1927 Nr. 77 L. 673), rozporządzenie wykonawcze w tej samej sprawie (27 II 1928 Nr. 19 L. 167), rozporządzenie o badaniu zwierząt rzeźnych i mięsa (26 marca r. b. Nr. 38 L. 361), rozporządzenie o sposobie uczenia i egzaminowania oglądaczy oraz o ich zakresie działania (19 czerwca r. b. Nr. 62 L. 575), rozporządzenie o nadzorze weterynaryjnym nad targami, jarmarkami i t. p. (29 czerwca r. b. Nr. 65 L. 597) i wreszcie rozporządzenie w sprawie zarobkowego leczenia i trzebień zwierząt przez osoby, nieposiadające dyplomu lekarza weterynaryjnego (30 czerwca r. b. Nr. 66 L. 614).

Ogłoszenie ustaw powyższych posiada pierwszorzędą doniosłość pod względem administracyjnym. Są to ustawy, normujące postępowanie odnosne na całym obszarze Rzplitej. Z dniem wejścia ich w życie tracą moc obowiązującą dawne przepisy weterynaryjne wszystkich trzech państw zaborczych, przepisy zupełnie ze sobą niezgodne, powodujące niesłychany chaos w stosunkach weterynaryjnych.

Administracja weterynaryjna w czasach niewoli była w każdej z trzech prowincji Polski zupełnie różna, zależnie od poziomu kulturalnego i sprawności administracyjnej poszczególnych państw. Prawodawstwo weterynaryjne niemieckie, a w szczególności pruskie stało na bardzo wysokim poziomie pod względem fachowym. Tępienie, a właściwie zapobieganie zwierzęcym chorobom zakaźnym stało pod każdym względem na najwyższym poziomie naukowym, podlegało i podlega ciągle uzupełnianiu i doskonaleniu w miarę postępów wiedzy współczesnej. Administracja weterynaryjna opierała się o personel fachowy pierwszorzędnej wartości zarówno pod względem wykształcenia, jak i pod względem ścisłości w przestrzeganiu postanowień obowiązujących. Lekarz weterynaryjny niemiecki może otrzymać stanowisko urzędowe dopiero po pewnym okresie praktyki, za którym idzie kilkumiesięczne, bardzo wyczerpujące wykształcenie i wreszcie trudny egzamin, zwłaszcza z anatomii patologicznej, bakteriologii i policii weterynaryjnej. Działalność urzędników fachowych wspomagana jest przez władze policyjne, które we wszystkich instancjach wdrożone są do ścisłego przestrzegania przepisów obowiązujących. Ludność w Poznańskim i na Pomorzu od czuwała nieraz dotkliwie nieugiętą skrupulatność wykonywania ustaw, przywykła jednak do korzystania z pomocy lekarzy weterynaryjnych i okazywała im współdziałanie.

Ustawy austriackie stały pod względem fachowym również na wysokim poziomie, postępowanie czynników administracyjnych było ściśle i sumienne, i dostosowanie administracji do psychiki ludności było znacznie większe, niż w b. zaborze pruskim.

W dawnym zaborze rosyjskim sprawy stały najgorzej. Wykształcenie lekarzy weterynaryjnych było bez porównania słabsze, sprawność administracji weterynaryjnej i zwłaszcza ogólnej pozostawiała bardzo wiele do życzenia. Ludność nie była dostatecznie uświadomiona i mało się ustawami interesowała. Stosunki weterynaryjne były w Kongresówce bez porównania gorsze, niż w Rosji. Tam Samorząd gubernjalny i powiatowy interesował się potrzebami ludności w dziedzinie weterynaryjnej iłożył na te cele wiele środków i pracy. W Kongresówce, jak wiadomo, żadnego samorządu nie było.

Wojna wprowadziła niesłychane zamieszanie. Zjawily się choroby zakaźne tam, gdzie ich przedtem nie było wcale. Personel weterynaryjny okazał się bardzo szczupły. W b. zaborze pruskim cały szereg sił fachowych znalazł się po drugiej stronie granicy. Kresy wschodnie były prawie ogołocone z lekarzy weterynaryjnych. Wprawdzie dzięki wielkim wysiłkom czynników państwowych opanowano klęskę księgosuszu, zawleczonego do Polski przez wojska bolszewickie, a samorządy przystąpiły do organizacji własnej pomocy weterynaryjnej. Pomimo to głównym źródłem chaosu były rozbieżne przepisy, nie przystosowane do potrzeb kraju. Z tego punktu widzenia niepodobna nie przyznać pierwszorzędnej znaczenia unifikacji prawodawczej. Chodzi teraz o to, ażeby nowe, uzgodnione już rozporządzenia w jaknajwiększym stopniu odpowiadały swemu zadaniu.

Nie będę tutaj poruszał sprawy rozporządzenia o zwalczaniu chorób zaraźliwych. Ma ono wielkie braki pod względem fachowym, które jednak z biegiem czasu są uzupełniane i w pożądanym sposób poprawiane. Ma ono także poważne luki w dziedzinie administracji weterynaryjnej, obciąża zbyt szczupły zastęp lekarzy weterynaryjnych w służbie państwowej, nie dostatecznie liczy się z kompetencjami służby samorządowej. Są to jednak wszystkie sprawy, zbyt mało interesujące czytelników naszego pisma, i dlatego nie będę w nich wchodził. Chciałbym natomiast zatrzymać się dłużej na dwóch rozporządzeniach późniejszych, dotyczących badania zwierząt rzeźnych i mięsa i uprawiania do praktyki weterynaryjnej osób, nieposiadających dyplomów.

Badanie zwierząt rzeźnych i mięsa ma dla naszego kraju pierwszorzędne znaczenie. Do rzędu klęsk, stale trapiących naszą ludność, należy zwłaszcza tyfus brzuszny i cała dziedzina chorób pokrewnych, których szerzenie się jest nierozłącznie związane z brakami naszej higieny w dziedzinie obrotu środkami spożywczymi. Warszawa nie ma rzeźni centralnej, i ogromna większość spożywanego w niej mięsa przychodzi do miasta w stanie bitym

z mniejszej lub większej odległości. To samo dzieje się na obszarze niemal całego kraju, i dlatego dozór fachowy nad rzeźniami odgrywa u nas pierwszorzędną rolę. Dotyczy to zresztą nie tylko tyfusu. Ciągłe powtarzają się wypadki zakażenia trychinami, czasami sporadyczne, często jednak ogarniające większą liczbę osób. Warunki wykonywania tego dozoru są bardzo trudne ze względu na brak dostatecznej liczby lekarzy weterynaryjnych, Ustawodawstwo musi się liczyć z istniejącym stanem rzeczy, nie może jednak zezwalać na ustalenie się tych wadliwych stosunków, a tem mniej przyczyniać się do ich pogorszenia. W tym ostatnim względzie nowe rozporządzenie zawiera ustępy ze wszech miar niebezpieczne.

W rozporządzeniu Ministra Rolnictwa, wydanem w porozumieniu z Ministrem Spraw Wewnętrznych o badaniu zwierząt rzeźnych i mięsa czytamy na str. 796 Dz. Ustaw Nr, 38, co następuje:

Art. 8 „... urzędowe badanie zwierząt rzeźnych i mięsa wykonywują lekarze weterynaryjni, wyznaczeni przez gminy lub powiatowe związki komunalne. W osiedlach o liczbie ludności mniejszej, niż 16 tysięcy, urzędowe badanie zwierząt rzeźnych i mięsa może być powierzone... innym osobom (ogładczy), które wykażą odpowiednie uzdolnienie”. Bliższe szczegóły o tej kategorii funkcjonariuszy podaje rozporządzenie, normujące sposób ich uczenia i egzaminowania. Czytamy tam na stronnicy 1440 Nr- 62 Dz. Ustaw r. b. w § 4: „Na kurs (dla ogładczy) mogą być dopuszczane osoby objęte p. l. w wieku od 20 do 50, posiadające obywatelstwo polskie i władające językiem polskim w mowie i piśmie”. Dalsze ustępy tego paragrafu wprowadzają pewne ograniczenia: nie mogą być przyjmowani na kurs handlarze zwierzętami lub mięsem, ani osoby, zawodowo trudniące się leczeniem zwierząt, a nie posiadające dyplomu. Próżno szukamy jednak wymagań jakiegokolwiek cenzusu intelektualnego. W obecnym brzmieniu tego paragrafu może być przyjęty na kurs każdy człowiek, byleby nie był analfabeta. A przedmioty nauczania nie są bagatelne. Par. 5 zawiera ich długą listę. Znajdują się tam między innymi „choroby i wady, mające znaczenie dla badania zwierząt rzeźnych i mięsa ze szczególnem uwzględnieniem chorób zaraźliwych i pasorzytnicznych (punkt 6), budowa mikroskopu i trychinoskopu (punkt 8), rozpoznawanie pasorzytów, mających podobieństwo do włosów, jak również zanieczyszczeń badanych preparatów, złogów wapniowych, kryształów i t. p. (p. 9 d.) i t. p. Tego wszystkiego ma się nauczyć człowiek, od którego wymaga się tylko, by nie był analfabeta! W dodatku kurs ten ma trwać 6 tygodni dla ogładczy wogóle, a 2 tygodnie dla trychinoskopistów. Dysproporcja pomiędzy cenzusem przygotowawczym a przedmiotami nauczania nie wymaga chyba dalszych komentarzy.

Nie tu jednak jest najważniejszy punkt całej kwestji. Chodzi o co innego, a mianowicie o to, że uzbrojony w te wszystkie wiadomości ogładacz ma działać najzupełniej samodzielnie. Wiemy wszyscy, że w dzisiejszych warunkach warunkach akcja ochrony zdrowia we wszystkich jej działach nie może spoczywać wyłącznie w ręku lekarzy. Niezbędny jest personel pomocniczy: pielęgniarki,

higienistki, dozorczy sanitarni. Jest to jednak postulat elementarny, że te siły pomocnicze nie mogą działać samodzielnie, lecz muszą być na każdym kroku kontrolowane przez lekarza. Są one jego ramię, a nie zastępcą. To samo dotyczy ogładczy. Niema żadnej potrzeby, ażeby każdą bitą sztukę ogładał lekarz weterynaryjny. Musi on jednak być czynnikiem odpowiedzialnym przed władzami i społeczeństwem, musi dozorować i kontrolować bezpośrednio pracę ogładczy. Wprawdzie ustawa mówi o mianowaniu ogładczy na stanowisko kontrolerów tylko fakultatywnie, kto jednak zna nasze samorządy, dla tego niema wątpliwości, że motywy zdrowotne grają w ich decyzjach rolę mniej niż drugorzędną, że na pierwszy plan wysuwane są zawsze motywy oszczędnościowe. A przecież taki ogładacz, który tyle że nie jest analfabeta, będzie znacznie tańszy od lekarza weterynaryjnego. Osiedla, o których mówi rozp., obejmują większość naszych miast powiatowych, z których każde z małemi tylko wyjątkami ma lekarza weterynaryjnego, najczęściej w służbie samorządowej. Dotąd magistraty były zmuszone oddawać dozór nad rzeźniami w ręce tych lekarzy. Ustawa obecna uchyla ten przymus i przez to zagraża poważnie interesom sanitarnym w dziedzinie obrotu mięsem. Należy corychlej ustępy odnośnie zrewidować. Należy włożyć na gminy obowiązek posługiwania się lekarzami weterynaryjnymi, jeżeli tylko są na miejscu. Należy nadto wprowadzić możliwie wysoki cenzus dla ogładczy. W innych krajach czynności te pełnią osoby zupełnie innej kategorii, np. nauczyciele szkół powszechnych. U nas należy domagać się co najmniej świadectwa ukończonej pełnej szkoły powszechnej. Można też powołać do tej pracy rozmaite kategorie pomocniczego personelu sanitarnego, oczywiście, po przejściu przepisane kursu. W żadnym razie ogładacz nie powinien być mianowany na stanowisko samodzielne. Nie można pozostawiać do jego uznania, kiedy ma on się zwrócić o opinię do urzędującego lekarza weterynaryjnego. Dozór nad ogładczy powinien być sprawowany z góry. Nie chciałbym się zapuszczać w zagadnienia natury administracyjnej. Ograniczę się tylko do jednej uwagi. Powiedzą nam, że lekarzy weterynaryjnych jest mało, i że powierzenie im tylko dozoru nad rzeźniami będzie znacznem utrudnieniem dla ludności. Nie sądzę jednak, by to leżało w interesie zdrowia publicznego, ażeby ubój mógł być wykonywany wszędzie. Jeżeli mamy dążyć do poprawy naszych fatalnych pod względem sanitarnym stosunków aprowizacyjnych, to musimy nałożyć na ludność pewne ciężary. Pewne ograniczenie swobody osobistej jest i tu i w wielu innych okolicznościach *conditio sine qua non* postępu higienicznego.

Jeszcze pod jednym względem szwankuje omawiane rozporządzenie. Liczba ludności w osiedlu nie może być miarodajna dla klasyfikowania rzeźni. Decyduje o tem zupełnie co innego, a mianowicie cyfra uboju. Rzeźnie, dostarczające mięsa do wielkich miast, bijące wiele sztuk bydła, mogą się znajdować w zupełnie małych wsiach i miasteczkach. W myśl rozporządzenia rzeźnie takie mogłyby się zupełnie obywać bez dozoru weterynaryjnego, co już w jaskrawy sposób sprzeczne jest

z interesami zdrowia publicznego. Warszawa dostarcza na to powodów stale. Mięso przywożone z Warszawy, posiadające stempel kontroli miejscowej, jest badane powtórnie w odpowiedniej centrali miejskiej. Stwierdzanie szkodliwości tego mięsa dla spożycia jest faktem aż nazbyt częstym w dzisiejszych warunkach. Co będzie, gdy zamiast lekarzy weterynaryjnych kontrolę w miejscach uboju będą wykonywali oglądacze?

Mówiliśmy dotąd wyłącznie o kwestjach fachowo sanitarnych. Rozporządzenia omawiane wymagają oświeżenia jeszcze i z innej strony. Jesteśmy społeczeństwem, w którym higiena stoi bardzo nisko, w którym, co gorsza, rozumienie dla spraw higieny wśród szerokiego ogółu jest minimalne. Mam tu na myśli bynajmniej nietylko kwestje weterynaryjne. Dotyczy to również i najistotniejszych punktów higieny ogólnej i osobistej. Nawet w inteligentnych rodzinach niema żadnego zrozumienia, na czym polega znaczenie kontroli produktów spożywczych. Czyż w przeciwnym razie byłby do pomyślenia np. praktykowany u nas sposób zaopatrywania się w mleko, przynoszone w bańce przez babę prosto ze wsi, albo kupowanie mięsa, przyniesionego również rzekomo wprost ze wsi przez handlarza w koszyku? Jeżeli z tego wyniknie tyfus lub trychinoza, to traktuje się to, jak nieszczęście. Nikt sobie prawie nie zadaje trudu szukania związków przyczynowych. To samo dotyczy i setek innych przykładów. Wobec tego wszystkiego niezbędne jest jaknajszersze i jaknajintensywniejsze uświadamianie ogółu. Chodzi tu nietylko o odczyty i publikacje. Chodzi w równej, a może i w większej mierze o wzbudzenie przeświadczenia, że zagadnienia higieny stanowią przedmiot szczególnej troski dla państwa i dla gminy. A jakież wobec tego wygląda powierzanie kontroli nad rzeźniami i mięsem byle komu, pierwszemu lepszemu. Czyż półanalfabeta, który się uczył 6 tygodni, który po za swoją funkcją oglądacza może pełnić najpośledniejsze nawet czynności, rąbać drzewo lub wozic wodę, będzie miał jakikolwiek autorytet, czy ktokolwiek uwierzy, że czynności, powierzane takiemu człowiekowi, mają jakąkolwiek wagę? Każdy powie, że widocznie kontrola mięsa jest zupełnie nie potrzebna, że każdy sam potrafi to zrobić, jeżeli czynności urzędowe mogą się znaleźć w ręku osobnika tej kategorii.

Otóż z tym efektem wysoce niepożądanym Rozporządzenie nie liczy się wcale.

I tu przechodzimy do rozporządzenia o wolnej praktyce weterynaryjnej, które z tego właśnie punktu widzenia interesować winno każdego, komu leży na sercu zagadnienia higieny publicznej. W Nr. 66 Dz. U. z 30 czerwca r. b. czytamy na str. 1519: „Osoby, nie posiadające dyplomu lekarza weterynaryjnego, winny o zamierzonym trudnieniu się zarobkowem, leczeniem lub trzebieeniem zwierząt gospodarskich w powiecie zawiadomić niezwłocznie właściwego starostę“. Sformułowanie to stawia pod znakiem zapytania wartość dyplomu lekarza weterynaryjnego. Wprawdzie dalej są ograniczenia podane w nieco osobliwej formie: „osobom wymienionym w § 1 wzbroniony jest wstęp do zagród, stajen i t. p., w których znajdują się zwierzęta chore lub podejrzane o zaraźliwą chorobę, podlegającą obowiązkowi zgłaszania (§ 2)“. Ale zaraz w tym samym paragrafie czytamy: „w razie potrzeby starosta może zezwolić na wyjątki“. Nie będziemy tutaj rozwodzić się nad szkodliwością tego brzmienia ustawy dla lekarzy weterynaryjnych, nad tem, że jest ona sprzeczna z zamierzeniami państwa, łączącego znaczne sumy na utrzymanie wyższych szkół akademickich weterynaryjnych. Sprawami temi zajmą się korporacje lekarzy weterynaryjnych z jednej strony, senaty akademickie z drugiej. Dobrze zrozumiany interes Państwa wymaga ustawowej ochrony zawodu lekarza weterynaryjnego, ochrony takiej samej, jaka jest przywilejem medycyny ludzkiej. W tem miejscu chcemy tylko podkreślić, że rozporządzenie to musi w kołach szerokich ludności, zwłaszcza wiejskiej, wywołać wrażenie, że interwencja lekarza weterynaryjnego jest rzeczą mało wartościową i zbędną, skoro Państwo nie dba o nadanie mu odpowiedniego autorytetu. Ze z tego muszą wynikać opłakane skutki dla szerzenia się chorób zakaźnych zwierzęcych, że skutki te muszą odbić się ujemnie na ogólnym stanie sanitarnym kraju, a także na jego dobrobycie, są to rzeczy tak jasne, że szkoda słów na dalsze dowodzenia. Ustawa odnośna musi ulec corychlej jaknajgruntowniejszej przeróbce. Niech przynajmniej ma tę zasługę, że skłoni czynniki miarodajne do wszczęcia kroków o ochronę ustawową dyplomu lekarza weterynaryjnego.

Życiorysy.

Ś. p. Dr. Med. Wanda z Sarcewiczów Kulikowska.

Okręgowy lekarz sanitarny Magistratu m. st. Warszawy, Kierownicza VI Miejskiej Stacji Higieny Zapobiegawczej — zmarła na posterunku, przeżywszy zaledwie lat 29. Posterunkiem tym były trzy okręgi przedmieść — Nowe Brudno, Pelcowizna i Targówek. Tam roztaczała całą swą wybitną inteligencję i cały swój młodzieńczy zapał w nieustraszonej pracy nad poprawą warunków sanitarnych i tam zaraziła się dudem brzuszny.

Ś. p. Dr. Wanda Sarcewicz-Kulikowska ur. w 1898 r. w Białymstoku, córka rodziców, oddanych sprawie Niepodległości Ojczyzny, wzrastała w atmosferze najgorliwszej służby społecznej w tej atmosferze ukształtowała swój pogląd na pracę lekarza i społecznika. W okresie studjów na Uniwersytecie Warszawskim brała żywy udział w życiu akademickim, a w 1920 r. znalazła się, jedna z pierwszych, w szeregach sanitarjatu wojskowego. Od chwili ukończenia uniwersytetu w 1924 r. pracowała w Wydziale Zdrowia Magistratu m. st. Warszawy, pełniąc kolejno funkcje kontrolerki sanitarnej, zastępcy lekarza okręgowego, lekarza ko-

lumn dezynfekcyjnych, wreszcie lekarza sanitarnego w Grochowie, ostatnio zaś na Nowym Brudnie, gdzie jednocześnie organizowała i prowadziła VI Stację Higieny Zapobiegawczej. Obdarzona darem słowa, świetna popularyzatorka, wygłaszała w wielu środowiskach liczne pogadanki i odczyty, cieszące się wielką frekwencją. Delegowana w roku ubiegłym do Państwowej Szkoły Higieny na kurs dla lekarzy sanitarnych, ukończyła go zaledwie przed paru miesiącami.

Jasna, drobna postać, pełna radości życia i pogody wewnętrznej, stoi przed oczyma wszystkich, co Ją znali, i niepodobna uwierzyć, że już się jej więcej nie ujrzy.

Trudno naprawdę pogodzić się z tragizmem śmierci Dra Kulikowskiej.

Zgasło młode życie w samym początku rozkwitu działalności lekarskiej i społecznej, zgasł

człowiek wielkich zdolności, szerokiego umysłu, człowiek, całkowicie oddany idei swego zawodu i w służbie tej zapamiętał. Opuszczone zostały liczne posterunki, dla których Jej wiedza, energia i inicjatywa były czynnikami twórczymi, i gdzie długo nikt i nic Jej nie zastąpi.

Strata Jej dotyka ciężko grono lekarzy sanitarnych, zespół VI Stacji Higieny Zapobiegawczej, Dział Propagandy Miejskiego Instytutu Higienicznego, Warszawskie Towarzystwo Przeciwwgruźlicze, Stowarzyszenie lekarek, a poza niemi całe rzesze ludności, z którymi była w żywym, bezpośrednim kontakcie, i wielką gromadę towarzyszy idei, kolegów i przyjaciół.

Cześć Jej świetlanej pamięci.

H. Grodecka (Warszawa)

Kierown. Działu Propagandy
Miejsk. Inst. Hig.

Wiadomości bieżące.

— Pan Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia rozesłał następujące pismo okólne w sprawie sprzedaży i przewożenia artykułów żywności.

Do Panów Wojewodów (wszystkich)

i Pana Komisarza Rządu m. st. Warszawy.

W związku z okólnikiem Pana Ministra Nr. 173 z dnia 25.IX 1928 r. l in. 1246/Zdr./28/1 w sprawie podniesienia zdrowotności i wyglądu kraju, w rozwinięciu p. 6 tego okólnika należy przy sprzedaży artykułów żywności przestrzegać następujące wymagania sanitarne:

I. Sklepy spożywcze.

1. Sklepy spożywcze winny być utrzymywane czysto. Ściany pomalowane jasną farbą olejną lub bielone i pokryte do wysokości, na jakiej mają być układane produkty spożywcze, lamperją olejną, tafelkami względnie innym, łatwo dającym się myć materiałem. Podłoga winna być szczelna, z materiału nieprzepuszczalnego lub tafelkowa. Błaty stołów jednolicie marmurowe, szklane lub z drzewa niesmolistego, bez szczelin i szpar, stale utrzymywane w czystości.

W sklepach z nabiałem produkty spożywcze powinny być odgrodzone od publiczności.

2. Sklepy spożywcze nie mogą łączyć się bezpośrednio z mieszkaniem i nie mogą służyć ani za miejsce mieszkania, ani za miejsce noclegu.

3. We wszystkich sklepach spożywczych winny być spluwaczki, codziennie oczyszczane, oraz umywalnie z wodą bieżącą, mydło i ręcznik.

4. Produkty spożywcze, przeznaczone do bezpośredniego spożycia, t. j. bez uprzedniego mycia względnie gotowania (masło, ser, wędliny napoczęte, wyroby cukiernicze bez opakowania i t. p.) należy umieszczać pod szkłem (szafki, gablotki, klosze) dla zabezpieczenia ich przed zanieczyszczeniem (pył, kurz, owady), oraz przed dotykiem rękami kupujących.

5. Umieszczanie produktów spożywczych w oknach wystawowych dopuszczalne jest tylko w specjalnem opakowaniu lub pod warunkiem zabezpieczenia ich od wszelkich zanieczyszczeń.

Worki i naczynia, zawierające mąkę, kaszę, sól, cukier i t. p., powinny być umieszczane na podstawach wysokości 20 -- 30 cm.

6. W sklepach spożywczych nie wolno z reguły przechowywać i sprzedawać artykułów, wydzielających specyficzną woń, jak nafta, mydło, skóry i t. p. Jedynie w małych osiedlach o niewielkiej liczbie sklepów może być dopuszczona sprzedaż tych artykułów pod warunkiem całkowitego oddzielenia ich od artykułów spożywczych.

Sprzedaż wyrobów tytoniowych w sklepach spożywczych dopuszcza się o tyle, o ile są one w opakowaniu i umieszczone w oddzielnych oszklonych szafkach.

7. Produkty spożywcze mogą być zawijane tylko w czysty, niezadrukowany i niezapisany papier, najlepiej woskowany.

8. Osoby, zatrudnione przy sprzedaży produktów spożywczych, winny być zdrowe, nosić przy pracy białe fartuchy z długimi rękawami, mieć zawsze czyste ręce i przestrzegać przy sprzedaży bezwzględnej czystości.

II. Place targowe i rynki.

9. Sprzedaż produktów spożywczych ze straganów i budki na placach targowych (rynkach) winna się odbywać w miejscach, wyznaczonych na ten cel, oraz w określonych godzinach. Place te winny być utrzymywane w czystości i zaraz po skończonym targu teren ich winien być oczyszczony.

10. Produkty, sprzedawane z wozów, jak masło, ser, twaróg i t. p., powinny być trzymane w czystych naczyniach i zawijane w papier, o ile możliwe, woskowany; zawijanie tych produktów w szmaty i drukowaną makulaturę powinno być wzbronione. Do próbowania produktów tych przez kupujących należy używać patyczków.

11. Owoce w sprzedaży hurtowej powinny być trzymane w koszach lub skrzyniach. Jarzyny nie mogą być rozkładane bezpośrednio na ziemi, lecz na podstawach. Płókać można je tylko w wodzie czystej, zdadnej do picia.

12. Budki i stragany winny być utrzymane w czystości, a produkty spożywcze zabezpieczone przed zniszczeniem.

Wymagania, wyszczególnione w p. p. 4, 5 ust. 278, obowiązują również przy sprzedaży produktów spożywczych w budkach i straganach.

III. Przewóz artykułów żywności.

13. Przewożenie produktów spożywczych (chleb, bułki i t. p.) z wytwórni do miejsc sprzedaży, powinno się odbywać w krytych, czysto utrzymywanych wozach lub skrzyniach, względnie w koszach, których nie można używać do żadnego innego celu, przewożenie mięsa również w krytych wozach, szczelnie zamkniętych podczas przewozu, i pomalowanych zewnątrz farbą olejną.

Wozy, służące do przewożenia jarzyn, nie mogą być używane do przewożenia śmieci, odpadków gospodarczych, naczyń z pomyjami, szmat i t. p.

Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia.

— Minist. Wyzn. Rel. i Ośw. Publicznego
rozesłało do panów Kuratorów Okręgów Szkolnych następujący

Okólnik.

Wizytacje szkół na różnych terenach Rzeczypospolitej wykazały że okólnik Ministerstwa z dn. 9 marca 1923 r. (L. 88/23. H. Dz. Urz. 1923 Nr. 6, poz. 45) w sprawie zaopatrzenia szkół w ustępy został w znacznej mierze zrealizowany. Natomiast stan ustępów pod względem higienicznym w bardzo wielu szkołach jest wysoce niezadawalniający.

Jeżeli budynek szkolny podlega gruntownemu remontowi zwykle raz na kilka lat, a bielenie ścian i korytarzy odbywać się winno raz do roku, to ściany w ustępach winny być bielone ew. smołowane dwa lub trzy razy do roku a, jeśli są malowane olejno, powinny być zmywane co kilka tygodni.

Podłogę i siedzenie w ustępach należy jak najczęściej szorować wodą gorącą z dodatkiem szarego mydła (10 deka na garniec wody), basen zaś zmywać wodą z dodatkiem nieoczyszczonego kwasu siarczanego lub solnego. W budynkach nieskanalizowanych należy czuwać nad systematycznym opróżnianiem dołów ustępowych.

Żadnych napisów, rysunków o treści nieprzyzwoitej na ścianach ustępowych tolerować nie wolno. Należy je natychmiast usuwać.

Należy koniecznie zaopatrywać miejsca ustępowe w papier. Szkoły zamożniejsze niech nabywają rolki lub paczki papieru klozetowego, szkoły mniej zamożne niech zaopatrują ustępy w kartki z czystego papieru, wreszcie z gazet lub zużytych zeszytów, przytwierdzone na gwoździach.

W szkołach o wyższym typie organizacyjnym z większą liczbą uczniów należy, przy dostatecznej liczbie tych pomieszczeń, poszczególne ustępy przeznaczyć do użytku poszczególnych klas i powierzać ich opiece, wytwarzając w ten sposób wśród nich rywalizację co do stopnia dbałości o stan higieniczny ustępów.

Polecam przeto PP. Kuratorom podanie powyższego do wiadomości dyrekcji i kierownictw szkół i ogółu nauczycielstwa z żądaniem by na sprawę czystości ustępów w szkołach zwróceno szczególną uwagę, a pp. wizytatorzy szkół, inspektorowie szkolni w żadnym przypadku wizytacji szkoły nie powinni za-

niedbać zwizytowania stanu ustępów pod względem higienicznym. Stan ustępu w szkole jest poniekąd miernikiem dbałości kierownictwa o ogólny poziom higieny w szkole.

Za Ministra

S. Czerwiński

Podsekretarz Stanu

— Wyszedł z druku „Przegląd piśmiennictwa lekarskiego polskiego za lata: 1917, 1918, 1919, 1920 i 1921”, wydany staraniem Tow. Lek. Warsz. pod kolejną redakcją kolegów: T. Borzęckiego, W. Szumlańskiego i Z. Goreckiego. Jest to obszerny tom o 578 stronicach dużej 16-ki, na którego treść złożyła się praca całego szeregu kolegów. Należy się im za ten trud szczerza podziękować. Znajdujemy tu krótsze lub obszerniejsze streszczenie prac, ogłoszonych w okresie lat 1917—1921, zestawionych według działów, których znajdujemy tu 27. W końcu podany jest starannie ułożony alfabetyczny spis rzeczy i autorów. Pożyteczne to wydawnictwo powinno się znaleźć w rękach każdego lekarza polskiego, pracującego naukowo i interesującego się postęпами naszej wiedzy.

— Jako odbitka z „Warsz. Czasop. Lek.” ukazała się na rynku księgarskim praca D-ra W. Knappego p. t. Rola lekarza praktyka w zwalczaniu chorób zakaźnych. Jest to starannie wydane broszurka o blisko 60 stronicach druku, zawierająca cenne dla lekarza wskazówki, którei kierować się powinien w walce z chorobami zakaźnymi. Uwzględnione tu zostało wszystko, co w walce tej ma jakiegokolwiek znaczenie, a podane zostało w formie jasnej i przystępnej. Jako doskonały poradnik praktyczny, książeczka ta zasługuje na jaknajszersze rozpowszechnienie.

— Nr. 20 „Dziecka i Matki” przynosi artykuł S. Lewartowicza p. t. „O dzieciach które się nie bawią”. N. Jastrzębskiej „Jak uczyć dziecko oszczędności”, nowelkę psychologiczną Ewy Szelburg „Żywa woda”, W. Borudzkiej „jak fotografować dzieci”. M. Sopoćko-Wąsowiczowej „Układanki” z działu „Wychowanie estetyczne”, ciekawe komunikaty czytelniczek z działu „Matki między sobą”, M. Biernackiej „Kąpiel i mycie głowy”, D-ra Cieszyńskiego „Mierzenie ciepłoty” oraz D-ra W. Jastrzębskiego „Odżywianie w czasie ciąży”.

— Wycieczkę lekarską do Egiptu i Palestyny organizuje lekarz wiedeński, Dr. Barach, przy sposobności uroczystego obchodu stulecia otwarcia uniwersytetu w Kairze i Zjazdu medycyny podzwrotnikowej w temże mieście w miesiącu grudniu r. b. Bliższych szczegółów udziela komitet wycieczek zagranicznych Wiedeń I. Biberstr. Nr. 11

NADEŚLANO DO REDAKCJI.

A. Wizel i R. Markuszewicz. Drugie sprawozdanie z prób leczenia schizofrenji zimnicą. Odb. z „Polsk. Gaz. Lek”. 1928 Nr. 41.

Następny 38-39 Nr. „Warsz. Czasop. Lekarskiego” wyjdzie w Niedzielę, dnia 11-go listopada r. b.

TREŚĆ: M. ERLICHÓWNA i A. FESTENSZTAT. O odrębnych postaciach zapalenia grzliczego opon mózgowych. — L. TONENBERG. O rektopexji sposobem Ekehorna w przypadkach wypadania odbytnicy u dzieci. — R. BECKER. Praca jako środek leczniczy w chorobach psychicznych. (Str. zbior.). — Streszczenia pojedyncze i oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — Zjazdy. — L. ZAMENHOF. Ideały a rzeczywistość. — Z. SZYMANOWSKI. Nowe ustawy weterynaryjne. — H. GRODECKA. Ś. p. Dr. Med. Wanda z Sarcewiczów Kulikowska. — Wiadomości bieżące. — Nadesłano do Redakcji.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: M. ERLICH et A. FESTENSZTAT. Formes particulières de meningite tuberculeuse. — L. TONENBERG. Sur la rectopexie d'après la méthode d'Ekehorn dans le prolapsus du rectum chez les enfants. — R. BECKER. Le travail comme traitement dans les maladies psychiques (Rév. gén.) — L. ZAMENHOF. Idéaux et réalité. — Z. SZYMANOWSKI. Nouveaux réglemens vétérinaires.

Redaktor przyjmuje codziennie od 3-iej do 4-iej pp.

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

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

www.dlibra.wum.edu.pl