

PRZEGLĄD LEKARSKI

DWUTYGODNIK

Organ Krakowskiego Towarzystwa Lekarskiego, Izby Lekarskiej w Krakowie,
Związku Zawodowego Lekarzy R. P. i Wojew. Urzędu Zdrowia w Krakowie

Redakcja i Administracja:
Kraków, Krupnicza 11 a m. 11
Tel. 543-16
Konto P. K. O. Nr IV-310

Komitet Redakcyjny: przew. prof. dr J. Kostrzewski,
Czł.: dr. O. Anselm, dr M. Ciećkiewicz, dr J. K. Gołąb, dr J.
Hozer, doc. dr H. Kowarzyk, prof. dr. M. Rutkowski, prof.
dr Fr. Walter—Kraków, prof. dr F. Przesmycki—Łódź

Wydawca: Krakowskie Towarzystwo Lekarskie

Redaktor odpowiedzialny: dr J. Hozer

Fabryka Chem.-Farmaceutyczna

Dr A. WANDER, S. A.

w Krakowie

produkuje i poleca swe znane specyfiki farmaceutyczne

Alucol
Altra
Anacot
Arheina
Bromcalciumtheosan
Diluvit
Filotonina
Kalnon

Neutrophen
Novascabin
Pansecal
Radipon
Radipon c. Codeino
Solaren
Suifamid
Unlbaryt

Odżywki farmaceutyczne

Jemalt

Nutromalt

Ovomaltine

Antiphlogistine

została do handlu na nowo wprowadzona w prawnie zastrzeżonym opakowaniu

Wskazania:

Obrzęki gruczołów	Stany zapalne
Owrzodzenia	Zakażenia skóry
Oparzenia	Odmrożenie
Hemoroidy	

The Denver Chemical MFG Co. Branch in Poland-Cracow

Wyłączna sprzedaż hurtowna i wysyłka prób i literatury:

Polska Spółka Akcyjna „Pharma” Mgr Bolesław Jawornicki

Kraków, ul. Długa L. 48 Telefon Nr 592-26

Rok założenia 1863

SYNTEZYCZNE WODY MINERALNE LECZNICZE „AQUASANA” FIRMY RZAÇA - CHMURSKI W KRAKOWIE

DZIAŁ a: Odpowiedniki źródeł naturalnych zagranicznych

WISLTER
(Wieschhübler)

V I C H A N
(Vichy Gr. Gr.)

E M S K R E N
(Emska)

KARLSKREN
(Karlsbad M.)

SALVATROS
(Salvator F.)

W I M I N A R
(Wieliczka)

S E L T R I S
(Selterska)

K I S S I N R A D
(Kissingen Rak.)

M A R I B A D O
(Marienb. Kr.)

DZIAŁ b: Specjalne, normalne z przep. Prof. U. J. Dr. W. Jaworskiego

A M E R A

LITUROSA Nr. XI^o

MURIACIDIS Nr. XX

ANTACYDA Nr. II

J O D I S Nr. XIII

S A L I C I S Nr. XXIII

ANTACYDA Nr. III

B R O M A R Nr. XIV

S I N E S A L I Nr. XXVII

C A L C I X Nr. X

F E R A R S O Nr. XVIII

S I N E S A L I - R A D Nr. XXVIII

Obecnie wyrabiane na wodzie wyjąłowanej systemem elektro-srebowym

Do nabycia w aptekach i drogeriach

PRZEGLĄD LEKARSKI

DWUTYGODNIK

Organ Krakowskiego Towarzystwa Lekarskiego, Izby Lekarskiej w Krakowie,
Związku Zawodowego Lekarzy R. P. i Wojew. Urzędu Zdrowia w Krakowie

Redakcja i Administracja:
Kraków, Krupnicza 11a m. 11
Tel. 543-16
Konto P. K. O. Nr IV-310

Komitet Redakcyjny: przew. prof. dr J. Kostrzewski
Czł.: dr O. Anselm, dr M. Ciećkiewicz, dr J. K. Gołąb, dr J.
Hozer, doc. dr H. Kowarzyk, prof. dr M. Rutkowski, prof.
dr Fr. Walter — Kraków, prof. dr F. Przesmycki — Łódź

Wydawca: Krakowskie Towarzystwo Lekarskie

Redaktor odpowiedzialny: Dr J. Hozer

MARIAN GIESZCZYKIEWICZ

Professor zwyczajny bakteriologii Uniwersytetu Jagiellońskiego.
Członek korespondent Polskiej Akademii Umiejętności. —
Stały sekretarz Krakowskiego Towarzystwa Lekarskiego.

Ś. p. Marian Gieszczykiewicz urodził się w Krakowie w r. 1885. Z domu rodzinnego, w którym wychowywał się w tradycjach krakowskiego księgarstwa wyniósł zamiłowanie do pisanego słowa. Świadectwo dojrzałości uzyskał w r. 1907 w gimnazjum św. Anny, wykształcenie lekarskie i dyplom doktora w r. 1913 w Uniwersytecie Jagiellońskim. Już w okresie studiów zostaje najpierw demonstratorem, następnie asystentem Instytutu Weterynarii U. J. Po Swej habilitacji w r. 1919 udaje się na rok do Paryża, gdzie w Instytucie Pasteura styka się bezpośrednio z kolebką bakteriologii. Z okresu tego wynosi głęboki podziw dla geniuszu nauki francuskiej. Po powrocie w r. 1920 zostaje kierownikiem Państwowego Zakładu Higieny w Krakowie i na tym stanowisku pozostaje do czasu mianowania nadzwyczajnym profesorem bakteriologii lekarskiej U. J. Pod Jego kierownictwem katedra bakteriologii do tego czasu prowadzona wspólnie z katedrą weterynarii usamodzielnia się. W r. 1930 zostaje profesorem zwyczajnym i na tym stanowisku pozostaje do wybuchu wojny. W r. 1938 przewodniczy polskiej delegacji naukowej na międzynarodowy Kongres medycyny i higieny tropikalnej w Amsterdamie. Aresztowany w grudniu roku 1941, ś. p. Marian Gieszczykiewicz został rozstrzelany w Oświęcimiu w lecie 1942 r.

Ś. p. Marian Gieszczykiewicz był uczonym o wszechstronnych zainteresowaniach. W pracach Swych poruszał zagadnienia z najrozmaitszych dziedzin bakteriologii i kliniki chorób zakaźnych. Obok prac laboratoryjnych takich np. jak badania odczynu

podłoża przy wroście prątka gruźliczego, pisał o epidemiologii i profilaktyce grypy. Świetnie opanowana technika bakteriologiczna kierowała Go do badań szczególnie trudnych nad drobnoustrojami takimi, jak krętki żółtaczkowej zakaźnej i dwoinki rzeżączki i umożliwiła wyjaśnienie etiologii rzadkiej postaci krwotocznego zapalenia nerek, w którym jako pierwszy opisał w roli czynnika chorobotwórczego beztle nowo pałeczki z gatunku *Dialister pneumosintes*. Jako jeden z pierwszych rozpoznał znaczenie witamin w podłożach bakteryjnych. Znawca języka polskiego, zabiera również głos w sprawie polskiego mianownictwa bakteriologicznego. W ostatnich latach przed wojną przystąpił do pracy nad systematyką bakteriologiczną, najtrudniejszym może działem mikrobiologii. W r. 1939 wystąpił z projektem własnego układu bakterii, odznaczającym się zarazem trafnością i przejrzystością. Nie zaniedbał jednak również praktycznego kierunku i postanowił utworzyć w Swoim zakładzie oddziały badań nad chorobami szczególnie zakaźnymi, z których pierwszym miał być oddział badań duru osutkowego. Wobec braku dobrego podręcznika bakteriologii w języku polskim podjął się trudu napisania i tej pracy nie przerwał nawet w okresie wojennym. Barbarzyństwo okupanta, które zniszczyło życie Uczzonego, nie oszczędziło również Jego dzieła. Rękopis zabrany przez policję niemiecką w chwili aresztowania zginął bezpowrotnie.

W życiu codziennym ś. p. Marian Gieszczykiewicz był głęboko religijny i niezmiernie skromny. W stosunkach z ludźmi powodował się zawsze chęcią sprawiedliwej oceny człowieka i jego czynów. Ogromnie uczynny, był ulubieńcem młodzieży akademickiej wdzięcznej za często ojcowską niemal opiekę. Gorąca miłość ojczyzny i niezłomna wiara w lepszą przyszłość towarzyszyły Mu do ostatniej chwili życia.

Dr Z. Przybyłkiewicz



100596

III

Elektrowstrząsy jako nowy sposób leczenia chorób umysłowych *)

(Z Kliniki neurolog.-psych. U. J. w Krakowie; kier. doc. dr E. Brzezicki)

Już przeszło 12 lat mija od wejścia leczenia w psychiatrii na nowe tory. Ogarniający nas dawniej terapeutyczny nihilizm nie ma już więcej uzasadnienia. Wielu starej daty psychiatrów jak Bonhoeffer, którzy do niedawna jeszcze przypisywali nowym sposobom wstrząsowym to samo znaczenie, co dawnym sposobom leczenia upustami krwi, trwałym snem czy też leczeniu gorączkowemu, obecnie zmienia swoje stanowisko i uważa sposoby wstrząsowe za trwałą zdobycz w leczeniu chorób umysłowych.

Obok szeroko stosowanych wstrząsów hypoglykemicznych i cardiazolowych były w użyciu przejściowo w różnych krajach także inne środki wywołujące napady drgawkowe. Wspólną cechą tych metod leczniczych są liczne ujemne strony, które nie występują przy wywoływaniu wstrząsów przy pomocy prądu elektrycznego.

Na wiosnę 1938 r. przedstawił Cerletti w Tow. Lek. w Rzymie pierwszy elektrowstrząs na człowieku. Od tej chwili sposób ten szybko się rozprzestrzenił i zostaje wprowadzony w bardzo wielu klinikach.

Stosunkowo niewiele ukazało się doniesień w jego przedmiocie, co zapewne pozostaje w związku z warunkami wojennymi.

Zalety nowego sposobu są liczne: 1) Odpada wstrzykiwanie dożylnie, które w pewnych wypadkach, nawet przy najlepszej technice było niemożliwe, przez co musiano leczenia zaniechać;

2) Cardiazol czy insulina są bardzo kosztowne a w warunkach wojennych często niemożliwe do otrzymania;

3) Przez całkowitą utratę przytomności w czasie wstrząsu unika się przykrych stanów lękowych i opierania się chorego;

4) Napad drgawkowy przebiega łagodnie, przez co nie dochodzi do chirurgicznych powikłań, jak np. opisywane często przy poprzednich sposobach złamanie kręgow;

5) Podanie psychomotoryczne po napadzie rzadziej występuje;

6) Możliwość dokładnego dawkowania bodźca wywołującego drgawkę, jak i możliwość powtarzania napadu podczas jednego posiedzenia;

7) Unikanie wprowadzenia do krwiobiegu środków trujących, krążących następnie godzinami w ustroju i sprowadzających przykre następstwa, jak zaburzenia krążenia, wymioty itp.;

8) Najważniejszą zaletą jest występująca po napadzie zarówno poronnym, jak i pełnym całkowita amnesia.

Nie widuje się u chorych prawie żadnych obaw przed leczeniem, nie mówiąc o tym wielkim lęku,

*) Według odczytu wygl. w Krak. Tow. Lek. w dniu 23 maja 1945 r.

jaki jest częstym zjawiskiem przy stosowaniu cardiazolu. Buchner jest innego zdania. Sądzę jednak, że on sam ponosi tutaj winę. Jego sposób leczenia jest niezwykły: na wspólnej sali, liczącej 40 łóżek, w asyście 4 lekarzy i 2 pielęgniarzy, idzie od łóżka do łóżka, stosując wstrząsy; rozlegające się przy tym dźwięki wesółych marszów lub tańców mają działać na chorych uspakajająco.

Obraz kliniczny napadu drgawkowego przy elektrowstrząsie nie różni się prawie od napadu po zastosowaniu cardiazolu i przypomina prawdziwy napad epileptyczny. Okres bezdechu ze sinicą trwa przy elektrowstrząsie nieco krócej (Bingel), od 25 do maksimum 85 sekund. De Laurenzi wiąże czas trwania bezdechu z osobistą podatnością chorego: wstrząs ma obniżać pobudliwość ośrodka oddechowego.

Accornero badał zachowanie się tętna i ciśnienia krwi. Przy końcu drgawek klonicznych tętno przyspiesza się o 20—30 uderzeń na minutę. Czasem przychodzi do częstoskurczu zatokowego (140—150 na min.); wyjątkowo zjawia się arrhythmia i ekstrasystole. Ciśnienie krwi po napadzie zwiększa się o 50—60 mm Hg. Accornero nie widział nigdy zapadu.

Powikłania i szkodliwe następstwa.

Wśród materiału włoskiego, obejmującego 450 chorych i około 15000 wstrząsów notowano jedno złamanie, żadnych uszkodzeń kręgow oraz żadnych groźnych objawów ze strony krążenia.

Mniej korzystnie przedstawia się materiał szwajcarski (ponad 500 chorych), ogłoszony przez Müllera. Powikłania chirurgiczne wynoszą 3,2%, nie licząc zwichnięć szczęki. Warto przypomnieć, że Medina i Friedmann na 3000 wstrząsów cardiazolowych mieli 1,1% powikłań chirurgicznych. Liczba ta jednak jest przez wielu uważana za zbyt niską, obejmuje bowiem tylko poważniejsze zmiany.

W opisanych powikłaniach chirurgicznych po elektrowstrząsach obok uszkodzeń kręgow, szczególnie w pasie barkowym zachodzą zwichnięcia i złamanie. Muller zestawil do r. 1941 z piśmiennictwa 12 zwichnięć w stawie barkowym i złamań ramienia, a tylko 2 złamania w kończynach dornych.

Jako groźne powikłanie ze strony narządu krążenia opisuje Hadorn zatrzymanie się serca, potwierdzone przez Ekg. Trwało ono od 20 sekund do minuty i połączone bywało z bezdechem. Natychmiastową pomoc widzi on w opukiwaniu okolicy serca i inj. coraminy. Przyczynę tego powikłania upatruje autor w ośrodkowym podrażnieniu nerwu błędnego. Inni autorzy, badający zachowanie się narządu krążenia nie widywali opisanego zatrzymania się serca; robiony przez nich Ekg nie wykazywał nigdy uszkodzenia mięśnia sercowego.

Po obudzeniu się z wstrząsu stwierdzamy u chorego znamienne zespól amnestyczny: trudność w znajdowaniu słów, zaburzenia spostrzegania, połączone często z bezradnością. W ciężkich przypadkach przychodzi do dezorientacji, niepoznaniania osób, nie-

k edy do krótkotrwałych stanów podniecenia. Obok pewnych czynników techniki leczniczej gra znaczną rolę w występowaniu zespołów amnestycznych osobnicza skłonność (Müller). Opisywana amnesia nie jest dla chorego zbyt przykra i przeważnie mija po kilku godzinach.

Wyniki lecznicze.

Ocena wyników leczniczych nowego sposobu na podstawie piśmiennictwa jest utrudniona nie tylko ze względu na szczupłość doniesień, lecz i na brak dokładnych zestawień. Niemniej koniecznym wydaje się przytoczenie ogłoszonych wyników.

Müller wśród ponad 500 chorych uzyskał w świeżych przypadkach schizofrenii 85% popraw, z czego 48% całkowitych remisji. Reszta przypada na poprawę socjalną. W przyp. schizofr. chron. 54% popraw, z czego tylko 5% całkowitych remisji. Zdaniem jego wyniki te przypominają wyniki innych sposobów wstrząsów.

Ważne wyniki otrzymał Müller w psychozie man. depr., przy czym czas choroby gra tutaj mniejszą rolę jak przy schizofr. W ostrej formie depresji całkowitą remisję osiąga w 93%, w postaciach chronicznych w 88%. Zestawiając materiał innych autorów znajduje Müller praktyczne wyleczenie melancholii w 70%, zaś manii tylko w 50%. Inwolucyjne i przedstarcze depresje zajmują miejsce pośrednie. Materiał szwajcarski wykazuje 85% całkowitych remisji w okresie depresji, zaś tylko 30% w okresie manii w przebiegu psych. man. depr.

Rizzi C. uzyskał w świeżych przyp. schizofrenii 80% całkow. remisji, w starszych przyp. 24%; za starzale przyp. pozostały bez zmiany. Lepsze wyniki otrzymał w psychozie man. depr.

Rostan A., A. Chiabov otrzymali w schi. 38,8% popraw, z czego 11,9% całkow. remisji, w manii 65,7% popraw, z czego całkow. remisji 28,9%, w melancholii natomiast 98,8% popraw, z czego aż 92,2% całkow. remisji.

Wreszcie Megendorfer znajduje w schi. 69% popraw, w psych. man. depr. 84,6% oraz w psych. inwolucyjnej 100%.

Elektrowstrząsy zostały wprowadzone w tutejszej klinice w listopadzie 1942 r. Ciężkie to były czasy. Nie tylko warunki wojenne i potworna okupacja, lecz prawie całkowity brak leków zwłaszcza uspokajających, brak lekarzy i pielęgniarek, przepelnione sale chorych składały się na koszmarną wprost całość. Rozpacзлиwa bezradność ogarniała na widok kilkudziesięciu czasem podnieconych chorych w jednej sali.

Wprowadzenie do leczenia elektrowstrząsów, metody taniej i prostej stanowiło niemal wybawienie. Na salach chorych zapanował względny spokój — pierwsza zdobycz. Po kilku tygodniach spostrzegamy znaczne poprawy, a często również całkowite remisje objawów chorobowych; wielu chorych jako praktycznie zdrowych odchodzi do domu. Już po kilku miesiącach staje się rzeczą jasną, że wartość leczenia elektrowstrząsów przewyższa również swą skutecznością stosowaną do niedawna u nas metodę cardiazolową.

Dzisiaj po 2-ech i pół latach stosowania nowej metody zdanie nasze odnośnie jej zalet nie uległo zmia-

nie. Posługujemy się aparatem, zbudowanym przez firmę Siemens pod nazwą „Konvulsator“. Aparat posiada dwie skale, z których jedna umożliwia stosowanie różnego natężenia prądu od 200—500 mA, druga pozwala na dokładne określanie czasu przepływu prądu od 1/10 sek. do 4 sek. Napięcie nie ulega zmianie; utrzymuje się stale na wys. 100 V.

Przez stosowanie stałego napięcia posługujemy się „Metodą zmiennego czasu“, wprowadzoną przez Soglianiego i Braunmühla. Przeciwnością jej jest „Metoda zmiennego napięcia“, wprowadzona przez Cerletiego, który zaczyna od 60—90 V, przy czasie 0,1 sek. Gdy przy 130 V nie otrzyma napadu, przedłuża czas o 0,1 sek. Która z metod jest lepsza, nie zostało dotąd rozstrzygnięte.

Przeciwko samemu aparatowi Siemens'a podnieśli zarzuty Cerletti i Bini. Zarzuty te nie tylko zostały odparte przez Pätzolda, ale podniesiono zarzuty tegoż aparatu w porównaniu z innymi modelami.

Od południa dnia poprzedzającego zabieg nie dajemy choremu żadnych środków zawierających brom lub barbituraty. Leczenia nie przeprowadzamy nigdy w obecności innych chorych. Elektrody, zwilżone 2—5% roztworem NaCl przykładamy leżącemu choremu do skroni, w okolicy ponad łukiem jarzmowym, do skóry nieowłosionej. Między zęby dajemy zwinięty kilkakrotnie brzeg ręcznika.

Wspomnieć tu należy o doświadczeniach Soglianiego, dzięki którym doszedł do wniosku, że niezależnie od miejsca przyłożenia elektrod u tego samego chorego będzie napad drgawkowy przebiegał jednakowo. Ciekawe jest jeszcze inne spostrzeżenie tegoż autora, potwierdzone również w naszych obserwacjach, że występujący niekiedy po napadzie przykry zespół amnestyczny może być złagodzony przez przyłożenie elektrod bardziej ciemieniowo.

Liczne panują niezgodności co do wartości stosowanego prądu. Gdy np. w klinice budapeszteńskiej (Angyal, Juba) po licznych próbach stosowano ostatnio 350 mA przy 100 V i czasie 0,5 sek., co w większości wywoływało wstrząs, to znów Prieto Vidal przy napięciu 100 V, przy początkowej dawce 350—400 mA w 1/10 sek. stara się uzyskać napad; jeśli mu się to nie uda, podnosi natężenie o 20—30 mA. Wydaje się nam również za daleko idącą ostrożnością i niepotrzebną stratą czasu postępowanie Ewalda, który zaczyna leczenie od 90 V i 0,2 sek.; jeżeli przyjdzie do poronnego napadu, to podnosi jeszcze dwukrotnie napięcie o 5 V i czas o 0,1 sek. Nieuzyskawszy pełnego napadu przerywa leczenie do następnego posiedzenia.

Na podstawie naszego doświadczenia przy wywoływaniu ponad 5000 elektrowstrząsów, doszliśmy odnośnie dawkowania do następujących wniosków: Celem naszym jest uzyskanie napadu drgawkowego, który stanowi wywołane przez nas zjawisko, dalej przebiegające automatycznie. Staramy się to osiągnąć możliwie małą, jednak skuteczną dawką prądu. By uprościć, przejrystym uczynić dawkowanie regulujemy tylko czas przepływu prądu, natężenie pozostaje bez zmian: 250 mA. Tylko w nielicznych wypadkach zachodzi potrzeba zwiększania natężenia do 300 wzgl. 350 mA. Bardzo liczne spostrzeżenia wykazały, że zmiana natężenia prądu w granicach 200—

300 mA nie gra większej roli. Jako pierwszą dawkę stosujemy 0,8 sek., u wyjątkowo wątpliwych i źle odżywionych osób 0,5 sek. W przeważającej liczbie otrzymujemy pełny napad drgawkowy; w przeciwnym razie przedłużamy czas o 0,2 sek. Już 0,5 sek. sprowadza z reguły utratę przytomności i prowadzi do napadu poronnego.

Osobniki asteniczne i młodsze wymagają mniejszych dawek prądu od tęższych i starszych osób. To pokrywa się z faktem istnienia u młodszych osobników większego pogotowia drgawkowego.

U każdego chorego notujemy czas i natężenie prądu, przy których uzyskano pełny napad. Jeśli otrzymano napad przy pierwszym zastosowaniu prądu, to przy następnym zabiegu staramy się skrócić czas o 0,2 sek. i zobaczyć, czy przy krótszym czasie nie uzyskamy takiego samego napadu.

Elektrowstrząs stosujemy przeciętnie 3 razy w tygodniu. Ogólna liczba wstrząsów u pojedynczego chorego waha się od 5—15, rzadko przekracza 20. W tym ostatnim wypadku można przyjąć gorsze rokowanie; chodziło tu prawie wyłącznie o chroniczne przypadki schi.

Czasem u chorych silnie podnieconych stosujemy przez kilka dni z rzędu wstrząsy czyli tak zw. „Blok”. Zawsze uzyskujemy w tych przypadkach ustąpienie podniecenia.

Nie należy leczenia za wcześnie przerywać, by uzyskane poprawy dostatecznie się utrwały.

Wiek leczonych chorych waha się od 14 do 65 lat. Nie dzielimy tutaj zdania Holzera, który uważa 50 lat za najwyższy, dopuszczalny wiek.

Liczba leczonych przez nas chorych przekracza 500. Dokładna ocena osiągniętych wyników jest utrudniona przez wojenne warunki, niemożność zebrania katamnezy itp. Nie wiemy np. czy chorzy, którzy do nas nie wracają, istotnie wyzdrowieli, czy też inna jest tego przyczyna. Jedno jest jednak pewne, że obecnie opuszcza klinikę znacznie więcej chorych z całkowitą remisją, niż w latach stosowania metody cardiazolowej. Najlepsze wyniki osiąga się w stanach depresji, zarówno endo- jak i exogennej, około 90% popraw. Następnie idą świeże przypadki schizofrenii — około 70% popraw i psychoza inwolucyjna — około 60% popraw.

Do wyszczególnionych zalet nowej metody: prostota, tania, skuteczność, musimy dodać jeszcze jedną — nieszkodliwość. Przed przystąpieniem do leczenia często nie przeprowadzamy dokładnych badań internistycznych, nie ze względu na lekceważenie tychże, lecz z powodu trudności technicznych; znaczna ilość chorych przyjmowana bywa w okresie podniecenia, kiedy o badaniu intern. myśleć nie można. Mimo tego nie mieliśmy w klinice ani jednego wypadku śmiertelnego oraz poza jednym przypadkiem złamania łopatki u osobnika muskularnego,

żadnych powikłań chirurgicznych, żadnych zaburzeń ze strony narządu krążenia.

W niektórych przyp. obserwujemy po wstrząsie przykre następstwa, jak dłużej trwające zamroczenie, bóle mięśniowe szczególnie w plecach, bóle głowy, niekiedy wymioty. Objawy te należy odnieść do przedawkowania. Istotnie, zastosowanie mniejszych dawek prądu nie wywoła tych następstw przy następnym zabiegu. Napad drgawkowy przy przedawkowaniu jest cięższy. Czas utajony między zastosowaniem prądu a wystąpieniem drgawek znacznie się skraca. Zatem nagłe wystąpienie skurczów tonicznych bezpośrednio po zastosowaniu prądu jest ważnym znamieniem przedawkowania, którego należy unikać.

Zakres wskazań dla leczenia elektrowstrząsami ulegnie zapewne z czasem rozszerzeniu a samo leczenie pewnym modyfikacjom. Świadczyłyby o tym poczynione przez nas spostrzeżenia, jak np. w przyp. *encephalitis* u 9-letniej dziewczynki udało się przez zastosowanie kilku napadów (poronnych) usunąć całkowicie groźne dla życia stany podniecenia psychoruchowego. W innym przypadku chodziło o stany podniecenia u 63-letniej kobiety (w przebiegu *dem. praesenilis*), u której ze względu na świeże po wypadku złamanie ramienia zastosowano tylko napady poronne, ograniczające się wyłącznie do utraty przytomności (*absence*), nawet bez drgawek tonicznych. Po dziesięciu poronnych napadach uzyskano nie tylko uspokojenie, lecz również remisję innych objawów chorobowych.

Te szczegóły wskazują na całkowitą równowartość leczniczą napadów poronnych, a nawet ich częściową wyższość nad napadami pełnymi, dzięki możliwości szerszego stosowania leczniczego, zwłaszcza w różnych stanach podniecenia, groźnych dla życia, w których stosowanie pełnych napadów drgawkowych może być przeciwwskazane.

PIŚMIENNICTWO

- Accornero: cyt. Cerletti; Angyal L.— Juba A.: Arch. f. Psych. 116, 1943; Bingel A.: Allg. Z. Psychiatr. 115, 1940; Bini L.: Riv. sper. Freniatr. 64, 361, 1940; Braunmühl A.: Psych. neur. Wschr. 1938; Buchner O.: Psych. neur. Wschr. 1942; Cerletti U.: Riv. sper. Freniatr. 64, 209, 1940; Ewald G.— Haddenbrock S.: Zschr. f. d. g. Neur. 174, 1942; Felici M.: Zbl. Neur. 102, 1942; Holzer W.: Wien. Arch. inn. Med. 35, 1941; Holzer W.: Psych. neur. Wschr. 371, 1941; Holzer W.— Klaue A.— Reisner H.: All. Z. Psychiatr. 120, 1942; Hutten A.: Zbl. Neur. 101, 1942; de Laurenzi V.: Zbl. Neur. 99, 1941; Megendorfer F.: Nervenarzt 15, 1942; Mussafia A.— Felici M.— Contratti G.: Zbl. Neur. 102, 1942; Müller M.: Fortschr. Neur. 13, 1941 i u niego dalsze piśmiennictwo; Pätzold J.: Psych. neur. Wschr. 287, 1941; Prieto Vidal A.: Zbl. Neur. 103, 1943; Rizzi C.: Giorn. Med. mil. 90, 161, 1942; Rostan A.— Chiabov A.: Neopsichiatr. 6, 353, 1940; Runge H.: Nervenarzt 15, 151, 1942; Sogliani G.: Neopsich. 6, 1940.

Choroba gruźliczo-goścowa*)

Z Kliniki dziecięcej Uniwersytetu Jagiellońskiego

1. Wstęp

Gdy w r. 1937 ogłaszałem dotyczące tego tematu pierwsze prace (L. g, h, i) i uznałem za konieczne wystąpić z tą samą sprawą na międzynarodowym Zjeździe Pediatrów w Rzymie (L. k 398), miałem to wrażenie, że nowa teoria, z którą wystąpiłem, wisi już niejako w powietrzu, że więc, o ile ja nie popieszę się z jej ogłoszeniem, to zrobi to ktokolwiek inny. Słabe bowiem strony panującej owego czasu teorii Rankego uderzały już przecież innych autorów, jak np. klinicystów Kellera i Moro (s. 664) oraz Hamburgera (s. 281), których zdania przytaczałem poprzednio (L. g 4, 16, h 95, 111), lub znów anatoma Hübschmanna, który wprost odrzuca (s. 6, 11, 42, 115) podział choroby gruźliczej na trzy sztywne okresy, a podobnie nie uznaje (s. 10, 106, 117), żeby pewne stany swoistej nadwrażliwości i uodpornienia miały być ściśle z tymi okresami związane.

Upadającą teorię należało jednak zastąpić inną. Otóż zdawało mi się, że wystarczy tylko zdać sobie wreszcie w całej pełni sprawę z istotnego znaczenia doświadczenia podstawowego Kocha i wyjść ze spostrzeżeń klinicznych nad rumieniem guzowatym, aby z łatwością dojść do jedynie słusznego poglądu na bieg spraw gruźliczo-goścowych. Tymczasem właśnie tego rodzaju wyjście nie mogło nastąpić dopóty, dopóki, jak to czytamy w jednym i tym samym, drugim tomie dużego niemieckiego podręcznika chorób dziecięcych, wydanego w r. 1931 przez Pfaundlera i Schlossmanna, jeden autor (Leichtentritt, s. 427) mógł jeszcze dowodzić, że rumień guzowaty nie pozostaje w związku etiologicznym ani z gościcem, ani z gruźlicą, lecz stanowi osobną chorobę zakaźną, chorobę *sui generis*, a para innych (Keller i Moro, s. 774) mogła omawiać to cierpienie (wraz z *keratoconjunctivitis phlyctenulosa*) dopiero na samym końcu całego szeregu możliwych przejawów klinicznych gruźlicy, wprost jako doczepkę, powstającą wprawdzie przeważnie na podłożu gruźliczym, ale wrzeczono występującą czasami także na tle niegruźliczym, a więc np. ropno-septycznym (s. 775) i dopóki pojmowało się je (s. 777) jedynie „jako objaw towarzyszący z reguły jakiemuś czynnemu procesowi gruźliczemu“, a nie jako postać zasadniczą spraw gruźliczo-goścowych, jako pierwowiez, prototyp, jakim ono jest w moim pojęciu (L. e, f, i, k 373). Toteż wbrew moim przewidywaniom, grunt okazał się zupełnie nieprzygotowanym do przyjęcia rzuconego przeze mnie ziarna, czego uderzającym wyrazem jest fakt, że

w stanowiącym uzupełnienie do wymienionego podręcznika zbiorowym dziele wydanym w r. 1942 przez Pfaundlera brakuje zupełnie rozdziału o gruźlicy. Widocznym w ciągu 11 lat zdaniami wydawcy nie się ważniejszego w tym zakresie nie wydarzyło, albo też nie znalazł się nikt, kto by był przygotowany do zabrania głosu w danej sprawie.

W międzyczasie odbywały się dalsze moje badania, których wyniki tylko częściowo mogły być dotychczas ogłoszone (L. l-s), a które pozwoliły lepiej wglądać w szczegóły toczącego się chorobowego procesu i na tej podstawie lepiej całe zagadnienie przemyśleć. Doprowadziło mnie to do poznania, że wszelkie sprawy gruźlicze łączą się ściśle ze zjawiskami gościcowymi. Wynika stąd konieczność omówienia ogólnego biegu tej właśnie wspólnej choroby gruźliczo-goścowej. Może więc obecnie uda mi się całe to zagadnienie ująć jaśniej i w sposób bardziej przekonujący, niż się to stało pierwotnie.

Szkic, który poniżej przedkładałem, nie stanowi oczywiście niczego ostatecznie ustalonego. W miarę postępujących badań będzie on musiał ulegać w wielu szczegółach poprawkom i wymagać niejednego uzupełnienia. Sądzę jednak, że jego idea zasadnicza zdoła się na stałe utrzymać.

2. Pełne uodpornienie powstaje w 4 tygodnie po zakażeniu

Na czoło dowodów za słusnością nowej teorii wysunę tym razem fakt, że uodpornienie przeciwgruźlicze — najsilniejsze, jakie jest w ogóle możliwe u danego osobnika (L. e 6, f 39, g 25, h 123, j 457, 462) — daje się stwierdzić w 4—6 tygodni po zakażeniu.

Wynika to z zupełną pewnością przede wszystkim z ogłoszonego w r. 1891 podstawowego doświadczenia Kochowskiego i jego modyfikacyj. Wobec ważność tego doświadczenia dla mojego poglądu przytoczę za Kellerem i Moro (s. 681) w dosłownym przekładzie pierwotny jego opis:

„Gdy się szczepi zdrową świnkę morską czystą hodowlą prątków gruźliczych, to potem rana szczepienna zalepia się i zdaje się w pierwszych dniach goić; dopiero w przeciągu 10—14 dni powstaje twardy guzek, który wkrótce się otwiera i tworzy do śmierci zwierzęcia miejsce wrzodziejące (a — muszę tu od siebie dodać — towarzyszy temu zserowacenie przynależnych galek chłonnych). Ale zupełnie inaczej przedstawia się sprawa, jeżeli się szczepi świnkę morską już gruźliczą. Najlepiej nadają się do tego zwierzęta, które 4—6 tygodni przedtem zostały zaszczerpione. U takiego zwierzęcia zalepia się także początkowo mała rana, ale nie tworzą się żadne guzki, lecz już następnego, albo trzeciego dnia występuje znamienna zmiana miejsca szczepienia. Staje się ono twarde i przybiera ciemniejsze zabarwienie, a przy tym nie ogranicza się to do samego miejsca szczepienia, ale rozszerza się na otoczenie aż do średnicy 0,5—1 cm. W najbliższych dniach okazuje się potem coraz wyraźniej, że zmieniona tak

*) Teorię przedstawioną tutaj wypowiedziałem po raz pierwszy w formie skróconej i przystępnej w pogadance pod tytułem: „Przewrót w naszych poglądach na bieg gruźlicy“ w obozie koncentracyjnym Sachsenhausen, dnia 1. stycznia 1940.

skóra jest martwinowa, zostaje ona w końcu od-
rzucona i pozostaje potem płaskie owrzodzenie, które
zwykle szybko i trwale się goi, a gruczoły chłonne
nie zostają przy tym zakażone. Wszczepione prątki
gruźlicze działają więc zupełnie inaczej na skórę
zdrowej, jak na skórę gruźliczej świnki morskiej“.

Koch stwierdza zatem, w stosunku do świnki
przedtem zdrowej, u świnki gruźliczej tylko inne od-
działywanie, które by można określić jako hiperergi-
czne, nie mówi zaś nic o jej uodpornieniu. Nie dał
on, jak podnosi Hübschmann (s. 473) właściwie
żadnego wytłumaczenia swego zjawiska, a, jak mówi
Calmette (s. 650) „przez długie lata ani Koch, ani
żaden inny badacz nie zrozumiał ważności, jakie to
zjawisko ma dla wytłumaczenia odporności przeciw-
gruźliczej“. Z doświadczenia — nieuzupełnionego do-
datkowymi badaniami — niepodobna było zresztą
przyjmować na pewne uodpornienia, gdyż można
było przypuszczać, że odpadająca martwinowa część
skóry usuwa tylko mechanicznie prątki, które pozos-
tają w pełni żywotne i zjadliwe.

O wiele jaśniej przedstawia się ta sprawa w opi-
sie tego samego doświadczenia Kochowskiego, po-
danym przez Redekera (s. 15). Prątki gruźlicze
wcierano tu w skórę świnek. U świnki przedtem zdro-
wej „powstaje dopiero po sporym czasie i powoli
otrętwiały wrzód, który już się nie goi. Mikroskopowo
widzi się najprzód zwykle zapalenie obcociąlowe,
przy którym prątki masowo się mnożą. Dopiero
w późniejszym przebiegu rozwija się swoista gruźli-
cza tkanka z komórkami nabłonkowatymi i olbrzymi-
mimi. Do końca niema silnych ostrych objawów“.

U świnki już poprzednio zakażonej „powstaje
wśród burzliwych objawów ogólnych zupełnie ostro
wysokiego stopnia zapalenie na miejscu wtarcia z idą-
cym głęboko rozszerzeniem naczyń. Prątki nie do-
chodzą do mnożenia się, znikają raczej bardzo szybko.
Dotknięta zapaleniem część skóry okazuje wysokiego
stopnia wysiękanie, ale na razie nie zawiera żadnej
wytwórczej tkanki. Jeżeli przy tym powtórnym za-
każeniu ostają się pojedyncze prątki, to około nich
tworzy się w późniejszym przebiegu tkanka gruźli-
cza. Całe zapalenie przebrzmiewa równie szybko, jak
powstało. Jeżeli przychodzi do przebiccia na zewnątrz,
to takie miejsce zabliźnia się szybko. Także wytwor-
zenie gruzelków około ewentualnych resztek prątko-
wych znika wkrótce wraz ze zniszczeniem tychże
resztek“.

Tutaj więc zupełnie na pewne stwierdzamy —
przeważnie od jednego zamachu dokonujące się —
doszczętne niszczenie prątków w tkance. Tym samym
pełne, czyli bezwzględne uodpornienie zwierzęcia na-
leży uważać za udowodnione. Stwierdzamy prócz
tego, że w związku z bakteriolizą prątków i uwolnie-
niem w ten sposób ich endotoksyn powstaje hiperer-
giczny odczyn tkanki, co dowodzi, że jest ona w wy-
sokim stopniu na te jady uczulona.

Do zupełnie podobnych wniosków dochodzimy
na podstawie wyników w odmianie doświadczenia
Kochowskiego podanej w r. 1914 przez Rista,
Kindberga i Rollanda (szereg autorów cytowa-
nych przez Calmette'a (s. 460) wykonywał zresztą
podobne doświadczenia już od r. 1910). Prątki w ilo-
ści 0,01 g, tj. około 400 milionów, wstrzykuje się tu

do otrzewny. U świnki zdrowej (cyt. za Calmettem,
655) już w 10 dni po wstrzyknięciu można na otrze-
wnej stwierdzać gruzelki; rozwijają się one bez obja-
wów ostrego zapalenia. Świnka już poprzednio za-
każona gruźlicą zapada po takim wstrzyknięciu ostro
na zapalenie otrzewnej i często wskutek tego ginie.
Jeżeli jednak przeżyje ten hiperergiczny odczyn, to
jej otrzewna nie okazuje później żadnych zmian
gruźliczych. Z wysięku powstającego podczas zapa-
lenia (cyt. za Calmettem, 461) prątki znikają
szybko, a znajduje się w nim za to formy ziarenko-
wate nietypowe, niekwasooporne, ale podobne do
odłamków prątków. Chodzi tu chyba niewątpliwie,
jak w rumieniu guzowatym, o kokkoidy odbarwia-
jące się, gdy stosuje się barwienie Ziehlowskie wed-
ług pierwotnego przepisu ze zbyt silnym odbarwia-
niem. Szczepienie tego wysięku na świeże świnki wy-
kazuje przeważnie zupełną jego jałowość.

Wyniki tych doświadczeń — podobnie pełne uod-
pornienie otrzymywali, jak o tym będzie mowa póź-
niej (r. 5 i 13; r. = rozdział), za pomocą BCG, Cal-
mette u jałówek, a Duprez u świnek morskich —
mają między innymi dlatego takie doniosłe znacze-
nie, że — jakby się można obecnie wyrazić — oba-
liły one z góry wypowiedziana dopiero w latach 1916
i 1919 teorię Rankego, który (str. 9, 38 i 143)
znał wprawdzie w pierwotnej postaci doświadczenie
Kochowskie i uznawał jego doniosłość, ale mimo
to także on jego istotnego znaczenia widocznie nie
rozumiał. Przemawiają one w szczególności przeciw-
dłom podstawowym twierdzeniem Rankego, mian-
owicie 1) że ustrój zakażony wytwarza uodpornienie
przeciwgruźlicze dopiero po całych latach choroby
gruźliczej (będziemy tak nazywali gruźlicę z jej trój-
okresowym przebiegiem, ciągnącym się zwykle od
dzieciństwa do wieku dojrzałego, albo będziemy mó-
wili o gruźlicy jako całości), w jej III-cim okresie,
zatem kiedy ona dobiega do wytworzenia odosobnio-
nych gruźlic pewnych narządów, ale że także wtedy
uodpornienie to nie osiąga wysokiego stopnia, nie
jest więc nigdy pełne (r. 199 i 2) że cały trójokre-
sowy przebieg choroby gruźliczej stanowi analogię
do nieprzerwanego, jednokierunkowego, cykli-
cznego przebiegu wszelkich innych ogólnych chorób
zakaźnych, a więc także chorób wysypkowych ostrych
(r. 7, 175, 198, 213), przy czym we wszystkich tych
chorobach wraz z gruźlicą uodpornienie bezwzględne,
lub względne zjawiać się ma w okresie III-cim, tj.
okresie przebrzmiewania i kończenia się choroby.
Gdy zaś z doświadczenia Kochowskiego wynika,
że pełne uodpornienie osiągnięte zostaje w czasie,
który by należało według podziału Rankego — ze
względu na ustanie rozrostu zespołu pierwotnego —
określić jako koniec I-go okresu, tj. okresu będącego
rzekomo analogią do okresu zwiastunów w choro-
bach ostrych, musimy z tego faktu wysnuć wniosek —
do tego jeszcze powrócimy (r. 4) — że ustrój musi
mieć już w tym czasie uodporniającą cykliczną po-
socznicę za sobą. Tym samym staje się jasne, że
gruźlica jako całość nie może być żadną miarą cho-
robą o przebiegu cyklicznym, a to wbrew nie tylko
Rankemu, ale także wbrew Behringowi, który
pierwszy wystąpił z tą rzekomo genialną koncep-
cją (H. 6).

To początkowe uodpornienie świnki należy uważać za bezwzględne

Wniosek ten wynika jasno z faktu, że prątki wtarte w zdrową skórę, przy czym do tkanki mogą się dostawać tylko niewielkie ich ilości i muszą się w niej rozkładać pojedynczo, lub w drobnych skupieniach, albo znów wstrzyknięte do otrzewnej w niezbyt wielkiej masie, przy czym rozkładają się one na bardzo dużą powierzchnię zupełnie zdrowej tkanki, zostają doszczętnie zniszczone. Jest rzeczą zupełnie nieusprawiedliwioną, żeby, jak to czynią m. i. Ranke (s. 13, 204), Keller i Moro (s. 682), Redeker (s. 13), przyjmować uodpornienie jedynie względne, a to na tej podstawie, iż nie doprowadza ono do zniszczenia prątków w ogniskach serowatych, pochodzących z pierwszego zakażenia świnki i nie powstrzymuje śmiertelnego biegu wszczepionej pierwotnie choroby. Wbrew zdaniu Rankego (s. 137, 154, 159, 215), który „z całą pewnością“ przyjmował uodpornienie humoralne, istnieje mianowicie obecnie co do tego jednorodność (Redeker, s. 14, L. j 462, p. niżej r. 8), iż uodpornienie w gruźlicy jest wyłącznie tkankowe, czy komórkowe. Otóż tego rodzaju uodpornienie nie może się oczywiście rozciągać na ser gruźliczy, który należy pojmować jako zakażone ciało obce, tkwiące w ustroju, ale do niego nie należące (L. g 21, h 117 i 449, j 463, k 339, s 5). Przecież już Ranke (s. 81) określał je jako martwak (sekwestr) Sam zaś w r. 1931 (L. a 10, b 422) porównywał to położenie ze stosunkami, jakie istnieją przy tworzeniu się popneumoniecznego ropniaka opłucnej. Przełomowy spadek gorączki pneumoniecznej, zniszczenie zarazków w pęcherzykach płucnych i ustępowanie z nich wysięku świadczą o pełnym ogólnym przeciwneumokokowym uodpornieniu. Mimo, że chodzi tutaj o uodpornienie niewątpliwie głównie humoralne, które powinnyby rozciągać się także na wszelkie wysięki, wpływ jego nie sięga jednak wcale do tworzącego się ewentualnie w opłucnej wysięku ropnego, a to dlatego, że środowisko to jest przekwaszone.

W obu przykładach, gruźlicy i zakażenia pneumokokowego, niesłusznie byłoby, gdybyśmy oceniali natężenie uodpornienia opierając się na ujemnych wynikach w pewnych nieprawidłowych warunkach miejscowych, w których uodpornienie nie może w ogóle wejść w działanie, lecz miarodajnymi muszą być dla nas te zjawiska odpornościowe, które rozwijają się w stosunkach prawidłowych, a więc w nienaruszonych, albo mało zmienionych żywych tkankach i w niezmienionym, lub niewiele zmienionym środowisku.

Te właśnie — z Kochowskiego doświadczenia wywodzące się — rozważania z r. 1931 stały się dla mnie punktem wyjścia dla wszystkich dalszych — tak bogatych w wyniki — prac nad gruźlicą, co najwymowniej świadczy o ich słuszności.

4. Uodpornienie nabyte przez świnkę jest wynikiem korzystnego przebycia przez nią cyklicznie przebiegającej posocznicy prątkowo-kokkoidowej.

Zupełnie niezgodne z rzeczywistością jest zapamiętywanie Rankego (s. 200 i ryc. schematyczna 20),

że w I-ym okresie, tj. „okresie odoobnionego zespołu pierwotnego“ sprawa chorobowa jest zjawiskiem ściśle miejscowym, Calmette (s. 202, 285) wykazał bowiem, że po wprowadzeniu na jakiegokolwiek drodze prątków gruźliczych do ustroju świnki morskiej zarazki te zjawiają się czasem już od pierwszych godzin, a zawsze od pierwszych dni we krwi zwierzęcia.

Droga zakażenia z ogniska płucnego idzie przez naczynia i gałki chłonne do głównego przewodu pierśowego i żylnego kąta. Poprzez serce prawe najazd zarazków zwraca się w pierwszym rzędzie przeciw płucm. Ale być może nie ma to większego znaczenia, gdyż zarazki krążące we krwi mogą się w niej rozkładać równomiernie.

Wyniki Calmette'a i równorzędne wyniki przytoczonych przeze mnie poprzednio innych autorów, między nimi także klinicystów (L. g 6, h 97), wreszcie wyniki badań bakteriologicznych w rumieniu sińcowatym (r. 8), musimy uważać za niezbitą dowód, że zakażenie gruźlicze równoległe z wytwarzaniem Parrotowskiego zespołu pierwotnego sprawdza od początku posocznice zakażenie ogólne. Tę zaś właśnie chorobę ogólną musimy uznać za sprawę zasadniczą i nieiako kierowniczą, gdyż toczy się ona w żywych tkankach i sokach ustroju i tylko ona może prowadzić do uodpornienia ogólnego i na tej drodze nie tylko do zniszczenia zarazków wszędzie poza zmianami serowatymi, zatem do wyleczenia posocznicej sprawy ogólnej, ale także do zahamowania szerzenia się stykowego wytworzonych poprzednio zmian serowatych zespołu.

Powstająca posocznica jest pierwotnie niewątpliwie prątkowa, czyli gruźlicza, a można ją z pełną słusznością uważać za zjawisko równorzędne z posocznicą durową, pneumokokową, lub meningokokową, ale nie z kilową. Podnieść jednak należy pewne szczególne jej rysy (L. j 460, l 5, m 4). Mnożenie się zarazki jest tu względnie powolne, co może wpływać na długość okresu wylegania. Ponieważ protoplazma jądowocząca prątka osłonięta jest błoną utworzoną z chityny, wosków i tłuszczów (Calmette, s. 648) i dlatego zarazek nie może wejść w bliższe zetknięcie z pierwszszą tkanek, a prócz tego wytwarzane przez niego jady w okresie przedalergicznym nie wywierają w nietkniętym poprzednio zakażeniem, czyli „dziewiczym“, tym samym nieuczulonym jeszcze, inaczej normergicznym ustroju wyraźniejszego oddziaływania, zatem prątek przedstawia się w tym czasie dla ustroju jako obojętne ciało obce. Krążące we krwi prątki są więc wychwytywane przez komórki układu siateczkowo-śródbłonkowego. Ponieważ się one jednak w nich rozmnażają, a prócz tego muszą przecież także wywierać na nie pewne działania jadowe (r. 10), doprowadzają je w końcu do rozpadu i dostają się w ten sposób znowu do krwi krążącej. Gra ta może się przypuszczać nawet parę razy powtarzać, a to aż do — znanego z przebiegu rumienia guzowatego — nagłego wystrzelenia w górę uczulenia przeciwjadowego i uodpornienia.

Z tą chwilą, jak to Takeuchi widział — co prawda już w 24 godzin po wstrzyknięciu zawiesiny prątków do ściany jelita — w kreskowych gałkach

chlonych królika (s. 582 i ryc. 29), a jak to sam stwierdziłem w rumieniu guzowatym (L. e i f, rycinie barwne 1—9), prątek, prawdopodobnie skutkiem szybszego dzielenia się, przechodzi w obronną, ale mało oporną, a także słabo kwasooporną — niekwasoopornym, albo słabo kwasoopornym jest przecież także prątek w hodowlach bardzo młodych (Calmette, s. 84) — postać reumatokokkoida, a posocznica gruźlicza w posocznicy gościcowej.

Wobec tego, że w uodpornionym ustroju prątki czy kokkoidy ulegają bakteriolizie, przez co uwolnione zostają zawarte w nich endotoksyny, oraz wobec faktu, że równoległe z uodpornieniem powstaje uczulenie ustroju na jady gruźlicze, posocznica ta sprowadzać musi pewne zmiany odczynowe we wszystkich tkankach ukrwionych, przede wszystkim zmiany samych naczyń. Natężenie tych zmian może być jednak w przebiegu posocznicy początkowej bezrumieniowej tylko podprogowe, tj. zmiany pozostają klinicznie nieme. Sprawa zresztą trwa przeważnie bardzo krótko i kończy się zupełnym wyleczeniem, a może także przypuszczalnie nie pozostawiać po sobie uchwytnych anatomicznie śladów.

Prątki, które w okresie wylegania wniknęły w dużych ilościach z serowatych zmian zespolowych do żywych tkanek otaczających, zostają z chwilą osiągnięcia uodpornienia i uczulenia zniszczone. Uwolnione z nich obficie jady wywołują miejscowo silne „hiperergiczne“ — histologicznie „nieswoiste“, ale w rzeczywistości swoiste, bo przecież gościcowe — okołogniskowe zapalenie, które przechodzi następnie w wytwórcze zmiany otarbiające.

Jak wysokie i bezwzględne zostaje przy tej pierwszej, czyli początkowej posocznicy osiągnięte uodpornienie — które też będziemy określali jako początkowe — i jak wielka zachodzi pod tym względem różnica w stosunku do późniejszych, zatem popoczątkowych posocznicy i uodpornień, to wynika jasno z bardzo ważnego spostrzeżenia Pagela (a, s. 62, 89, 97). Trzeba jednak zaznaczyć z góry, że Pagel, uczeń i wydawca pism Rankego, nie mógł oczywiście dać słusznego wytłumaczenia stwierdzonych przez się faktów. Nie znając będących podłożem zjawisk, powtarzających się posocznicy i łączących się z nimi uodpornień, zmuszony był mianowicie przyjmować jakieś tajemnicze biologiczne zjawiska miejscowe.

Stwierdziwszy (s. 61), że, w związku ze zmniejszającym się ku obwodowi stężeniem jądów przesączających się z ogniska gruźliczego, oboczne zapalenie otaczające to ognisko ma często układ warstwowy z następującymi po sobie zapaleniami: komórkowym, włóknikowym i surowiczym, Pagel (s. 62) mówi: „Co prawda, zastosowanie tych okołogniskowych prawidłowości nie zawsze jest bez zastrzeżeń możliwe. I tak w pewnych (pojedynczymi prątkami) drogą powietrzną w płucu świnki morskiej wywołanych ogniskach — także przy badaniu w kolejnych skrawkach — nie tylko nie stwierdziłem ku obwodowi żadnego zmniejszania się, ale stwierdziłem wzmaganie się natężeń zapalnych poszczególnych stref. Następuje tu po a) strefie względnie łagodnego zapalenia pęcherzyków z zachowaniem zrębu włókien sprężystych β) limfocytowa de-

markacja, po niej γ) pierścieni masowego zserowacenia ze znowu δ) przylegającym odgraniczeniem, potem ewentualnie znów ϵ) zserowacenie itd. Naturalnie nie chodzi tu o zwykłe zapalenie oboczne, lecz o pewien rodzaj rozszerzania się ogniska, rozszerzenia, które według wszelkiego prawdopodobieństwa wywołane jest w biegu tworzenia się ogniska przez pewne zmiany własności tkankowych przyrody nie mechanicznej, lecz biologicznej“. W innym znów miejscu Pagel (b, s. 11) mówi, że ta warstwowa budowa ogniska jest wyrazem „wybitnej chwiejności procesu“.

Jeżeli uwzględnimy to, co poprzednio (L. e 6, f 40) ogłosiłem o przyczynach otarbiania się płucnego ogniska pierwotnego u dziecka, mianowicie, że otarbianie to jest wynikiem osiągnięcia w przebiegu gruźliczej gorączki początkowej, czy rumienia guzowatego pełnego uodpornienia ogólnego — do tej sprawy jeszcze zresztą powrócimy (r. 8) — to wytłumaczenie zmiany Pagelowskiej nie napotka na żadne trudności. Po dostaniu się prątka do pęcherzyka płucnego i jego rozmnożeniu się tworzy się w płucach, jako jądro α przyszłej zmiany, drobne ognisko pierwotne w postaci niecharakterystycznego zapalenia. Jest to właściwe ognisko pierwotne, bo tylko ta część zmiany powstaje przed wytworzeniem początkowego uodpornienia. Równocześnie następuje posocznicy zakażenie ogólne, pierwotnie prątkowe, później kokkoidowe. Osiągnięte w ciągu tej początkowej posocznicy bardzo wysokie uodpornienie nie tylko doprowadza do szybkiego zakończenia ogólnego zakażenia, ale odbija się także na losach płucnego ogniska pierwotnego świnki i to — co musi uderzać pozorną opacznością u tego zwierzęcia tak bardzo podatnego na zakażenie gruźlicze — tak szybko i w tak wysokim stopniu, że mnożenie się prątków zostaje widocznie w jądrze zmiany zahamowane, nim zdolały one doprowadzić do masowego zserowacenia i dotknąć w większej mierze zrąb włókien sprężystych w ścianach pęcherzyków płucnych, a zrąb ten ostaje się także później, kiedy powstają nowe warstwy masowego już zserowacenia (γ , ϵ). Ale przecież tkanka jest w jądrze α w tej mierze uszkodzona, że — mimo osiągnięcia przez ustrój wysokiego uodpornienia ogólnego — prątki zawarte w niej nie zostają doszczętnie zniszczone. Zahamowane w dalszym wroście jądro zostaje odgrudzone od reszty ustroju wałem zapalnym limfocytowym β i w ten sposób cała sprawa przechodzi w uśpienie, a tym samym przestaje oddziaływać na resztę ustroju. Częściowo wskutek tego, ale przede wszystkim w związku z zakończeniem się sprawy ogólnej, uodpornienie zaczyna opadać i wreszcie obniża się do wartości podprogowej. Z tą chwilą prątki zawarte w jądrze zaczynają się znowu rozmnażać, przebijają z łatwością nieszczelny wał ochronny i wytwarzają — widocznie bowiem już pierwsze uodpornienie popoczątkowe nie wytwarza się tak szybko i nie osiąga tak wysokiego stopnia, jak początkowe — pas zapalny, w którym wysięk przechodzi w masowe zserowacenie, a równocześnie sprowadzają drugą z rzędu, a pierwszą popoczątkową posocznicy prątkowo-kokkoidową. Ta także przebiega cyklicznie, zatem kończy się korzystnie i — mimo powstania w związku

z nią tylko względnie słabego uodpornienia — zahamowuje dalsze wzrastanie ogniska pierwotnego, po czym zostaje ono znowu zamknięte pasem limfocytowym δ . Ta gra może się jeszcze powtarzać, ale przy wytwarzaniu coraz słabszego uodpornienia jedna z następnych posocznice zachowuje do końca charakter prątkowy, a tym samym sprawa kończy się jako gruźlica prosówkowa, a ściślej ogólna gruźlica o rozsianych dużych ogniskach zawierających znaczne ilości prątków.

Dane powyższe pozwalają nam ustalić różnice, jakie zachodzą w oddziaływaniu na zakażenie gruźlicze między świnką a człowiekiem i które sprawiają, że świnka na zakażenie to — mimo osiągnięcia pełnego uodpornienia — nieuchronnie ginie, gdy tymczasem człowiek wychodzi przeważnie ze sprawy obronną ręką. Pewne różnice istnieją prawdopodobnie w uzyskiwaniu uodpornienia początkowego. Jakby na to mianowicie wskazywały cechy jądra α , szybkość — a może także natężenie — uodparniania się są u świnki większe niż u dziecka i to byłaby jedyna różnica na korzyść świnki. Ale znów, jakby na to wskazywała szybkość, z jaką posocznice następują jedna po drugiej, osiągane uodpornienie zdaje się łatwiej u świnki opadać do wartości podprogowych. Zasadnicza — i może jedyna rzeczywiście doniosła — różnica tkwi jednak niewątpliwie w sposobie odgraniczania ogniska pierwotnego. U człowieka mianowicie ognisko zostaje szczelnie otorbione, jego masa serowata ulega zwapnieniu, a zawarte w niej prątki zostają w ten sposób unieruchomione. Tym czasem u świnki właściwe pierwotne ognisko α zostaje otoczone tylko nieszczelną warstwą nacieku limfocytowego β , a podobnie marnie zostają zamknięte także dalsze współśrodkowe zserowacenia γ i ϵ . U świnki istnieją zatem szczególne warunki sprzyjające periodycznemu, w szybkim tempie następującemu powtarzaniu się zarówno miejscowego rozszerzania się ogniska na otoczenie, jak i wychodzących z tych miejscowych zaognień posocznicznych zakażeń ogólnych. Jeżeli się zważy, że każda z tych posocznice sprowadza znaczne uszkodzenia tkanek,

to łatwo zrozumieć, że skutkiem ich powtarzania się organizm świnki staje się stopniowo coraz bardziej niewydolny i w końcu załamuje się zupełnie.

Temu stale się powtarzającemu biegowi choroby gruźliczo-goścówce u świnki należy jako przebieg wzorcowy u człowieka przeciwstawić oczywiście ten bieg, który u niego powtarza się najczęściej. Otóż, jeżeli weźmiemy pod uwagę fakt, że w warunkach miejskich, jak to wykazują próby tuberkulinowe, praktycznie biorąc wszyscy dorośli są gruźlicą zakażeni, ale przeważna ich większość nie o tym nie wie, bo nigdy nie cierpiała na przypadłości gruźlicze, to tym wzorcowym przebiegiem byłoby przebycie niepozornej gruźliczej gorączki początkowej bez jakiegokolwiek dalszych gruźliczych przejawów. To nie stanowi żadnej sprzeczności z faktem, że pierwotnie, jak o tym już wzmiankowałem (r. 1), określiłem rumień sińcowaty jako pierworzór posocznicy gruźliczo-goścówce, bo chodzi tylko o to, że ta pełna, bo wysypkowa postać posocznicy początkowej występuje przede wszystkim znacznie rzadziej od bezwysypkowej, że jest od niej klinicznie znacznie cięższa i że względnie często w niedługi czas po zakończeniu miewa tak groźne następstwa, jak gruźlicze zapalenie opon. Nie może ona więc dla tego stanowić właściwego przeciwstawienia dla gruźlicy u świnki. Oczywiście znaczna ilość przypadków choroby gruźliczo-goścówce ludzkiej nie odpowiada tak pojętemu wzorcowi, gdyż nie obejmuje on ani przypadków z przejawami II-go lub III-cio-rzędnymi gruźlicy „klasycznej“, ani przypadków z przejawami goścówcymi. Na uwagę zasługuje przy tym, że u dzieci małych, słabo uodporniających się może w niedługi czas po zakażeniu rozwinąć się prosówka grubo-ogniskowa, przypominająca zupełnie prosówkę stanowiącą zakończenie choroby świnki. Może w tych warunkach także, jak o tym wspomina Ranke (r. 10), przyjść do wtórorzędnego zserowacenia częściowo już wytwórczego ogniska pierwotnego. Otóż, na bieg tych wszystkich przypadków i zjawisk wniośki wysnute ze spostrzeżenia Pagelowskiego rzucają dużo pożądanego światła. (c. d. n.)

Dr TADEUSZ GIZA

Kraków

Rzadki przypadek rzeczywistej krzywicy późnej

(Tabl. I—IV)

Z Kliniki Dziecięcej U. J. w Krakowie. Dyrektor: Prof.
dr K. Lewkowicz

W odróżnieniu od wczesno-dziecięcej krzywicy późną spotyka się nader rzadko. W r. 1908 opisał Mięśowiec jeden przypadek tej choroby, w tym samym roku zestawił Looser wszystkiego 60 przypadków, włączając w nie młodzieńcze rozmięczenie kości (*osteomalacia juvenilis*). W 6 lat później (w r. 1914) podał Wieland 70 przypadków na owe czasy opisanych. Dopiero pierwsza wojna światowa przysporzyła materiału w tej dziedzinie. Równocześnie wyjaśniono stosunek krzywicy późnej do osteomalacji młodzieńczej. Od czasów Virchowa (1853) obo-

wiżywał bowiem pogląd dualistyczny. Różnica miała polegać na tym, że — jak pisał Virchow — „w osteomalacji co jest twarde staje się miękkim, w krzywicy natomiast twarde nie miękczeje“. Dalej w osteomalacji zmieniać się miała sama tkanka kostna, w krzywicy zaś chrząstka i okostna. Ale już w r. 1889 wykazał Cohnheim, że w osteomalacji przychodzi do takiego samego przerostu tkanki kostnawej jak w krzywicy. Ostatecznie rozstrzygnęły sprawę wyczerpujące badania histologiczne Pommera (1885) i Schmorla (1906—1920), którzy dowiedli, że nie ma istotnej różnicy między oboma schorzeniami. Pewne odrębności związane są jedynie z wiekiem. Krzywica jest chorobą dziecięcą (do 3 roku życia), na osteomalację zapadają dorośli. Krzywica późna przypada na lata od 4-go do 18—20-go roku życia. Na tym stanowisku stoi m. in. Hess, jeden z najlepszych znawców krzywicy, autor obszernej monografii w tym przedmiocie. Nie brak jednak odmien-

nych opinii: Kaufmann i Marchand zajmują pośrednie stanowisko między unitarystami i dualistami. Zwolennicy teorii dualistycznej powołują się m. in. na tzw. *osteomalacia infantilis*, ciężką postać odwapnień i zniekształceń kości, opisaną jeszcze w r. 1883 przez Rehna u dzieci w wieku 1—2 lat. Według Hessa chodzi tu o krzywicę powiklaną zaburzeniami w odżywianiu albo nawet gnilem.

Jeżeli zważyć, że część krzywicy późnych to bądź przeciągająca się krzywica wczesno-dziecięca, bądź jej wznowy, to do *rachitis tarda* w ściślejszym tego słowa znaczeniu niewiele wypadnie zaliczyć przypadków. Dlatego wydaje się nam pożytecznym omówienie przypadku zbadanego przez nas jeszcze w 1939 roku. Uważamy to za tym bardziej wskazane, że w przypadku tym przeprowadzono badania chemiczne, których brak ciągle jeszcze daje się odczuwać w krzywicy (Hess). W szczególności krzywica późna nie była dotąd — poza jedyną chyba publikacją Stearns i tow. — przedmiotem wyczerpujących badań co do zachowania się składników mineralnych i równowagi kwasowo-zasadowej.

M. J., nr karty chor. 57/39, lat 12, zgłosił się 13. II. na oddział chirurgiczny Szpitala św. Łazarza, skąd następnego dnia odesłano go do Kliniki Dziecięcej. Wywiady dotyczące choroby, zebrane od ojca, brzmią następująco: Przedtem zupełnie zdrowy, w lecie ubiegłego roku zaczął skarżyć się na bóle i osłabienie nóg. Od lipca nie mógł chodzić bez pomocy laski; przy próbach chodzenia odczuwał ból, nogi ugiwały mu się w kolanach i kostkach. Od listopada nie potrafił już nie tylko chodzić, ale nawet stać o własnych siłach. Jest jednym z siedmiorga dzieci, trzecim z rzędu. Do 18-go miesiąca życia karmiony był piersią. Przedtem nigdy nie chorował.

Badanie przedmiotowe. Wzrost karli (105 cm, p. ryc. 1); odżywienie dobre. Skóra śniada, jędrna, czysta. Kościec: głowa kształtna, obwód 53,5 cm; łuki żeber nieznacznie na zewnątrz odchylone; nasady kości długich silnie zgrubiałe; kolana koślawe. Gruczoły chłonne obwodowe powiększone, elastyczne, przesuwalne pod skórą. W płucach skąpe objawy nieżytowe i wykazaną rentgenologicznie miernego stopnia przerost gruczołów wnęk płucnych. Wątroba nieco obrzękła, migdałki nieznacznie powiększone. Narząd moczopłciowy zewnętrznie bez zmiany. Ze strony psychiki żadnych nieprawidłowości.

Badanie krwi wykazało Hb 100%, ciałek czerwonych 5,280.000, wskaźnik barwny 0,96, ciałek białych 16.800 (w tym: limfocytów 8%, obojętnochłonnych człononajdrzastych 50%, pętlowych i paleczkowych 28%, młodych 3%, kwasochłonnych 4%, monocytów 7%). Mocz wydzielany w ilościach prawidłowych nie zawierał składników patologicznych.

Badanie rentgenologiczne (dr Spritzer) wykonano w dniach 13. II., tj. w przeddzień przyjęcia do kliniki, 26. II. w siódmym dniu leczenia ergosterolem naświetlanym*, 14. III. bezpośrednio po ukończeniu 3-tygodniowej kuracji witaminowej i w 3 miesiące później 24. VI. 1939. Wykazało ono szereg typowych zmian w kościecu, a nadto pozwoliło badać

*) Podawano Vitavit Spiessa w ilości po 10 kropeł dwa razy dziennie.

proces gojenia się kości pod wpływem ergosterolu. Załączone ryciny uzmyslowią to najlepiej.

Rentgenologicznie najwcześniejsze zmiany występują w krzywicy na przymostkowych końcach żeber; jednak badanie ich jest technicznie trudne. Dlatego przeprowadza się je na kościach długich kończyn. I tu znów pierwsze zmiany zaznaczają się na obwodowych końcach kości udowych, dośrodkowych końcach kości goleniowych i piszczelowych oraz na obwodowych końcach kości łokciowych. Jak wiadomo zmiany dotyczą zarówno nasad (*epiphyses*) jak i trzonów (*diaphyses*) kości długich. U dzieci małych, u których nasady są jeszcze chrzęstne, najwcześniejsze zmiany stwierdza się na przynasadowych końcach trzonów (*metaphyses*). Tę część trzonu zbudowaną z tkanki kostnej odgranicza od nasady ostro zarysowana prosta lub lekko falista linia tymczasowego wapnienia. W krzywicy linia ta ma kontury zatarte, przebieg nieregularny. W naszym przypadku (ryc. 2, zdjęcie stawów kolanowych z 13. II.) nasady są częściowo skostniałe, linia tymczasowego wapnienia — wyraźna zwłaszcza na kościach udowych — jest nieciągła, poszarpana. Trzony są w całości odwapnione, część korowa ścięczała, istota gąbczasta rozluźniona. Części przynasadowe trzonów kości udowych i podudzi są kielichowato wyżłobione, o brzegu nieostrym, zamazanym.

Na ryc. 3 (zdj. z 13. II.) widzimy kości miednicy z daleko posuniętym odwapnieniem i kości udowe z pasmowatymi wyjaśnieniami poprzecznymi w szybkach. Są to bardzo znamienne dla krzywicy tzw. „warstwy przebudowy“ Loosera, powstające wskutek odwapnień w miejscach silnie obciążonych.

Na ryc. 4 (zdj. z 26. II.) widać obwodowe części kości przedramieniowych i częściowo kości rąk. Szczególnie znaczne są zmiany kości łokciowych, ale również kości promieniowe dotknięte są w wysokim stopniu; podobnie kości śródreżcy nie wolne są od opisanych wyżej zmian.

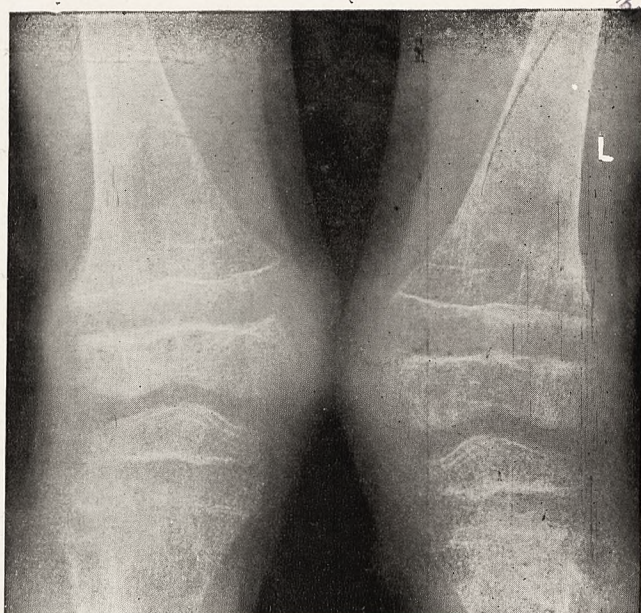
Ryc. 5, 6 i 7 (zdj. z 14. III.) odpowiadają rycinom 1, 2 i 3, dając obraz tych samych kości w okresie naprawy. Linie tymczasowego wapnienia nabierają ostrości (szczególnie dobrze widać to na kościach udowych), kielichowate wgłobienia przynasadowych końców trzonów wypełniają się; w przeświecającej przedtem części nasad odkładają się sole wapniowe, w następstwie czego część ta występuje teraz jako cień; podobnie zacieniają się miejsca odpowiadające „warstwom przebudowy“.

Jeszcze dalej posunięty proces naprawy śledzić można na ryc. 8 i 9 (zdj. z 24. VI.), gdzie widoczne jest już delikatne beleczkowanie i ostre obrysy nasad kostnych.

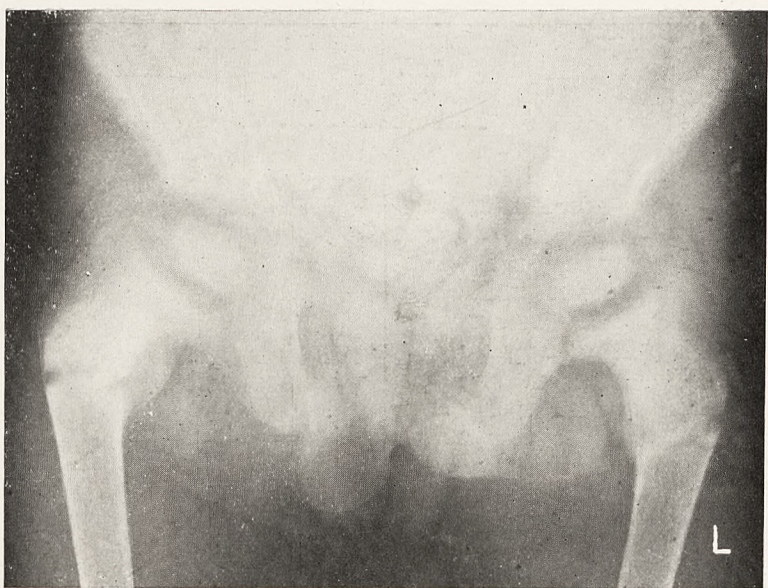
Badanie chemiczne polegało na kontroli przemiany mineralnej i równowagi kwasowo-zasadowej. W tym celu oznaczano zawartość wapnia i fosforu we krwi oraz w pokarmach, moczu i kale. Z danych poborów i wydaliny układano bilanse obu tych pierwiastków. Podobnie badano przemianę sodu, potasu, magnezu i chloru. O stanie równowagi kwasowo-zasadowej wnoszono na podstawie zachowania się rezerwy alkalicznej i chlorków krwi, tudzież opierając się na danych moczu (kwasocie, zawartości amoniaku, spólczynnikach amoniakalnych). Wszystkie te



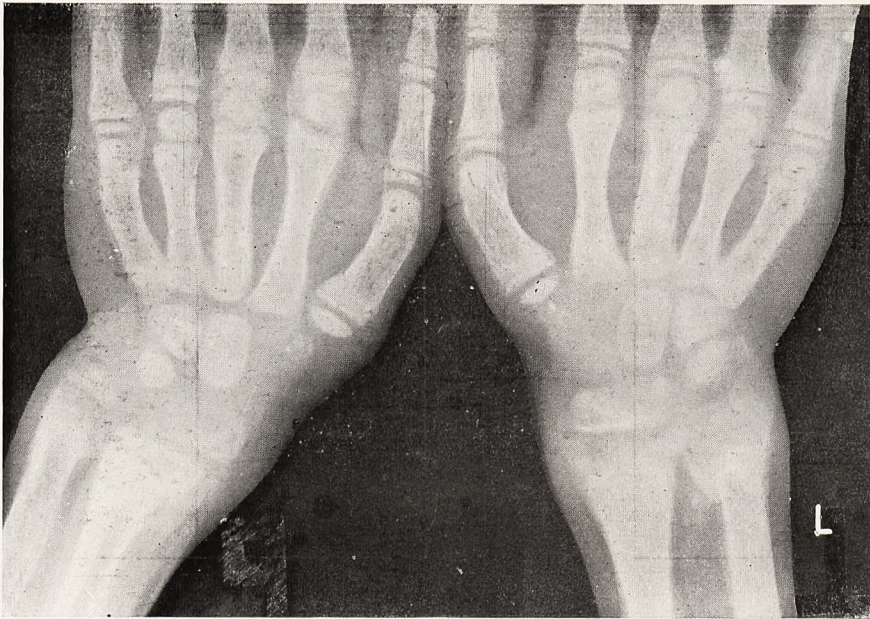
Ryc. 1.



Ryc. 2.



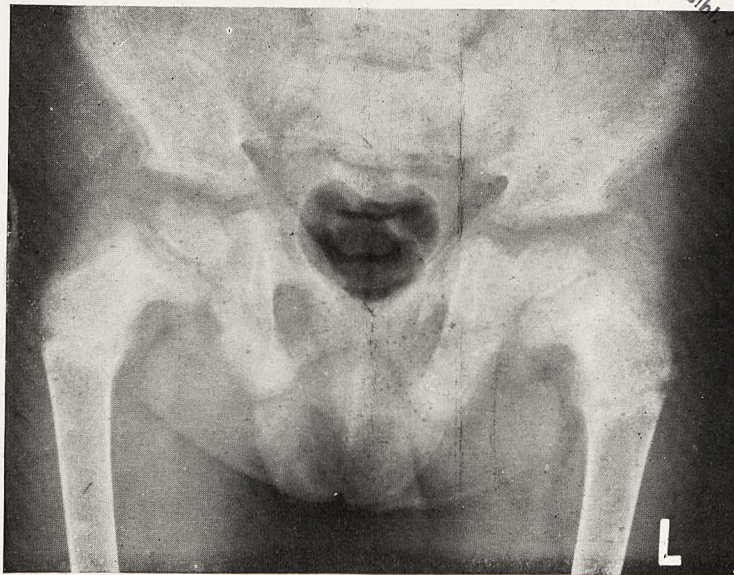
Ryc. 3.



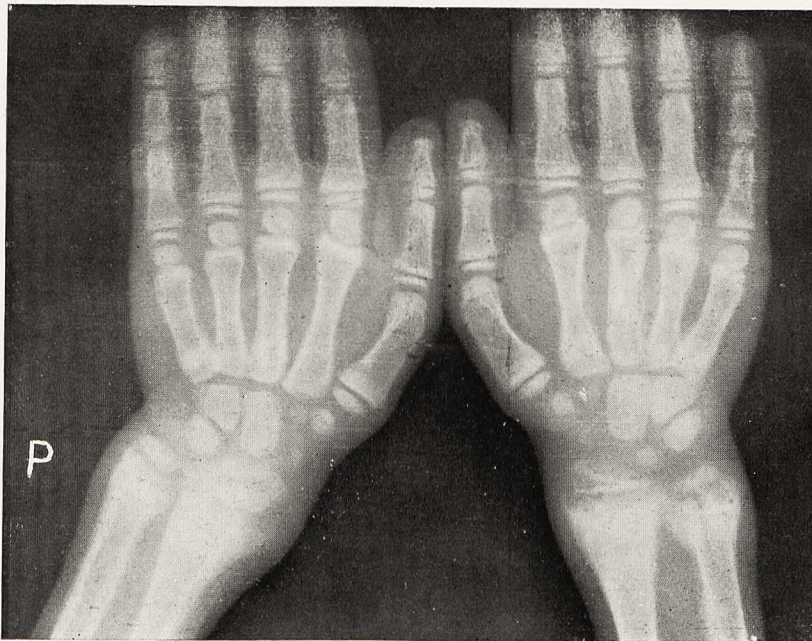
Ryc. 4.



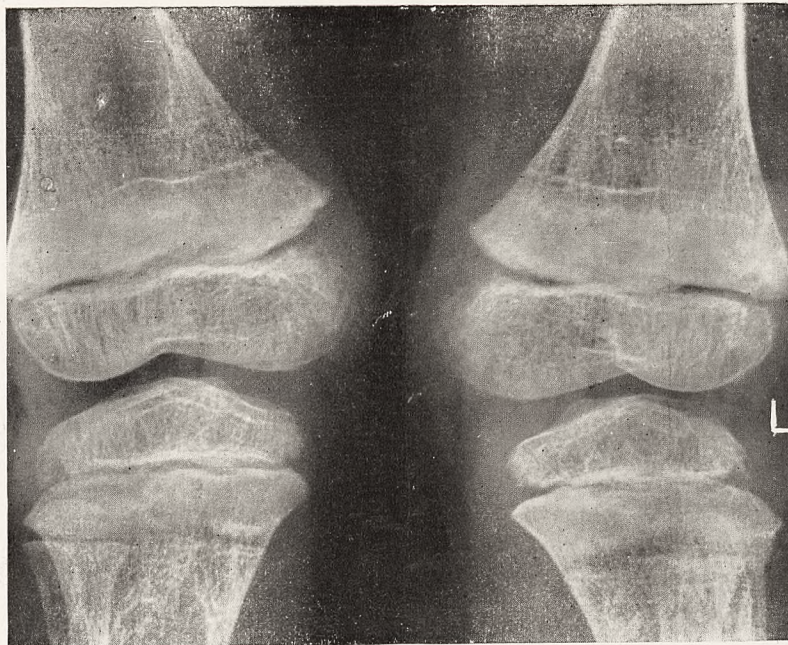
Ryc. 5.



Ryc. 6.



Ryc. 7.



Ryc. 8.



Ryc. 9.

badania przeprowadzono dwukrotnie: przed rozpoczęciem leczenia (I okres) i po trzyletniej kuracji witaminowej (II okres).

Przemiana mineralna. Wapń krwi nieznacznie obniżony w pierwszym okresie (8,7 mg⁰/₀), w drugim wzrósł o 17,2⁰/₀ wartości pierwotnej (10,2 mg⁰/₀). Podobny wzrost w okresie zdrowienia wykazało badanie fosforu nieorganicznego; poziom jego w pierwszym okresie odpowiadał w przybliżeniu dolnej granicy normy (3,6 mg⁰/₀); po podaniu ergosterolu podniósł się do 3,9 mg⁰/₀, czyli zawartość P nieorganicznego krwi zwiększyła się o 8,3⁰/₀. W tym samym stopniu wzrósł fosfor całkowity i całkowity rozpuszczalny w kwasach, natomiast fosfor lipidowy krwi nie uległ zmianie pod wpływem leczenia.

Iloczyn Ca × P krwi, wynoszący według Howlanda i Kramera w warunkach prawidłowych >40, w naszym przypadku w pierwszym okresie znajdował się znacznie poniżej (31,32), w drugim zbliżał się do granicy prawidłowej (39,78). Iloraz Ca/P (norm. ±2,0) wzrósł w drugim okresie z 2,4 do 2,6. Stosunek K:Ca krwi (prawidłowo ok. 2,0) zmniejszył się z 3,36 do 1,56. Stosunek sumy sodu i potasu do sumy wapnia i magnezu (wynoszący u osobnika zdrowego ok. 27,6) wyższy w pierwszym okresie (34,06), zmalał w okresie drugim (28,7).

Miles i Feng (jedyni według Hessa autorzy, na oznaczeniach których można polegać) znajdowali w osteomalacji najczęściej obniżenie poziomu wapnia krwi. Wiemy jednak, że i niektóre krzywice cechuje zmniejszenie tylko wapnia; dawny pogląd, według którego hypophosphataemia miała być rozpoznawczo najważniejszym objawem w krzywicy, upadł i dziś przyjmuje się trzy różne jej odmiany: z obniżonym wapniem przy prawidłowym fosforze, z obniżonym fosforem przy prawidłowym wapniu i trzecią postać, w której zarówno wapń jak i fosfor krwi są zmniejszone. W tych warunkach byłoby rzeczą niemożliwą różnicować między krzywicą późną i rozmiękczeniem kości na podstawie zachowania się obu tych pierwiastków we krwi.

Bilanse fosforowe i wapniowe pierwotnie ujemne, zmieniły się na dodatnie w okresie zdrowienia. W osteomalacji bilans wapniowy jest zwykle ujemny, fosforowy dodatni. W krzywicy wczesno-dziecięcej bilans wapniowy rzadko kiedy jest ujemny, zwykle jest „subnormalnie dodatni“; podobnie przedstawia się bilans fosforowy.

Wydalenie wapnia drogą nerek wzrosło w okresie zdrowienia o 250,6⁰/₀, równolegle zmalało wydalenie drogą jelitową o 87,4⁰/₀. Prawie w tym samym stopniu zmniejszyło się wydalenie fosforu z kałem (o 84,4⁰/₀); z moczem wydalili nasz pacjent w II okresie o 11,3⁰/₀ więcej. Chociaż łącznie wydalili chory fosforu w I okresie 771,3 mg, w II okresie 427,1 mg na dobę, a więc w okresie zdrowienia mniej, stosunek ilości wydalanych w moczu i kale (P moczu: P kału) zmienił się w II okresie całkowicie na korzyść moczu (z 319,8:451,5 na 356,0:71,1). Tego rodzaju wzmoczone wydzielanie fosforu drogą nerek (*hyperphosphaturia*) spotyka się zwykle u ozdrowieńców z krzywicy wczesno-dziecięcej.

Ponieważ w warunkach prawidłowych prawie cały wapń zatrzymywany przez ustrój idzie na budowę ko-

ści, a 1/10 do 1/4 fosforu zużyta zostaje na cele tkanek miękkich, ze stosunku ilości zatrzymanych wapnia i fosforu wnosić można o natężeniu wzrostu kości w porównaniu ze wzrostem innych tkanek. W kości stosunek Ca:P = 2:1. Jeśli ustrój zatrzymuje oba pierwiastki w tym samym stosunku, znaczy to, że kość rośnie szybciej niż tkanki miękkie. Stosunek 1,5:1 wskazuje, że wzrost obu odbywa się równomiernie. Jeżeli stosunek Ca:P wynosi mniej od jedności, tkanki miękkie rosną szybciej. W naszym przypadku wzajemny stosunek ilości zatrzymanych wapnia i fosforu w okresie zdrowienia wynosił aż 11,2. Świadczy to o bardzo intensywnym odkładaniu wapnia w kościach w tym okresie.

Magnez krwi zmalał w okresie zdrowienia 1,3 krotnie. Ponieważ wapń wzrósł równocześnie 1,2 krotnie, można powiedzieć, że jeden zmniejszył się tyle co drugi się zwiększył. Dwa te pierwiastki zachowywałyby się więc antagonistycznie. Bilans magnezu jest w obu okresach dodatni, w drugim silniej. Schloss znajdował dodatnie bilanse magnezu w krzywicy wczesno-dziecięcej, Mc Crudden w osteomalacji. Według Schülera i Birka przemiana wapnia i magnezu postępuje równolegle. Stwierdzenie, że w przypadkach ciężkiej krzywicy zarówno wapniowe jak i magnezowe bilanse były ujemne, przeczy — ich zdaniem — możliwości wyrównywania strat Ca przez Mg. „W każdym razie — mówi Hess — sprawy nie można uważać za rozwiązane, ponieważ badania są zbyt świeże i wyniki sprzeczne ze sobą“. Nasze wyniki świadczyłyby o możliwości występowania magnezu w tego rodzaju roli zastępczej.

Potas krwi zmniejszył się w drugim okresie o 42,1⁰/₀, natomiast sód nie zmienił się. Bilans pierwszego był w obu okresach ujemny, drugiego dodatni. Za lepszym wchłanianiem się obu z przewodu pokarmowego w okresie zdrowienia świadczy wzmoczone wydzielanie drogą nerek przy równoczesnym zmniejszeniu ilości odprowadzanej z kałem.

Równowaga kwasowo-zasadowa. W badaniu stanu równowagi kwasowo-zasadowej posługiwaliśmy się metodą pośrednią, oznaczając z jednej strony zasób zasad i chlorowy wskaźnik krwinkowo-osoczkowy krwi, z drugiej kwasowość istotną i potencjalną, zawartości dobowe amoniaku i azotu całkowitego moczu. Z danych moczu wyliczaliśmy współczynniki amoniakalne. Z porównania wyników pomiarów przeprowadzonych na krwi i moczu wypadałoby w pierwszej chwili, że są one ze sobą sprzeczne. Stosunkowo wysoka rezerwa alkaliczna (48,1) i niski chlorowy wskaźnik krwinkowo-osoczkowy (0,46), stwierdzone przy pierwszym badaniu (przy drugim badaniu RA = 44,1; Cl_{krw.}/Cl_{os.} = 0,50), przemawiały za alkalozą. Równocześnie wysokie współczynniki amoniakalne moczu (spółcz. NH₃: I. 14,54; II. 8,45; spółcz. NH₃ zredukowany (sp. Hasselbalcha): I. 22,17; II. 10,98; spółcz. György-Mainzera I. 17,28; II. 11,36) przeczyły temu. Jednak sprzeczność ta jest pozorna. Współczynnik amoniakalny wyraża wzajemny stosunek dobowych ilości azotu amoniakalnego i całkowitego*). Rośnie zatem zawsze,

*) $\frac{N \cdot NH_3}{N \text{ kalk.}} \times 100$ wynosi w warunkach prawidłowych 5—7. Spółcz. amoniakalny zredukowany (do pII moczu 5,8 ina-

gdy albo zwiększa się ilość amoniaku, albo gdy maleje ilość całkowitego azotu. Ta druga możliwość zachodzi w naszym przypadku. Przy pierwszym badaniu zanotowano $N_{\text{całk.}}$ 4199,6, przy drugim: 5631,3 mg na dobę, zatem wzrost o 34%. Różnicę tę spowodowała większa zasobność w białko diety spożytej przed drugim badaniem. Przeciw pozornemu zakwaszeniu w I okresie świadczą dalej stosunkowo wyższy pH (I. 6,64; II. 6,28) i niższa kwasota miazeczkowa moczu (I. 82,05; II. 116,88). W rezultacie stwierdzano pewne przesunięcie w stronę zasadową przy pierwszym badaniu, w porównaniu z badaniem drugim.

Biorąc na uwagę niższe miano wapnia, wyższą zawartość potasu krwi oraz pewne nastawienie zasadnicze soków w pierwszym okresie, zbadano chorego na możliwość tężyczki. Wszystkie próby (obj. nerwu twarzowego i in., obj. Trousseau, odczyn Erba) wypadły ujemnie.

Wnioski końcowe. Opisany przypadek dotyczy niewątpliwie krzywicy późnej. Świadczą o tym badania zarówno rentgenologiczne, jak i chemiczne. Można tu mówić nadto o krzywicy późnej w ścisłym słowa tego znaczeniu albo rzeczywiście. Pacjent bowiem nie przechodził w dzieciństwie żadnych cho-

czyj spółcz. Hasselbalcha wynosi w tych warunkach 2,3—5,5. Spółcz. György-Mainzera: $\frac{\text{Całkowita kwasota} + N.NH_3 - \text{zasadowość}}{N_{\text{całk.}}} \times 100$ waha się u osobnika zdrowego około 10,0.

rób, w szczególności chorób kości. Wzrost odpowiadający chłopcu pięcioletniemu, świadczy, że przez pierwsze cztery lata rozwijał się prawidłowo, a stwierdzone ostatnio zmiany kostne w stanie rozkwitu datować się mogły od wieku, w którym krzywica właściwa (wczesno-dziecięca) już się nie pojawia.

PIŚMIENNICTWO

Birk w/g Schülera; Cohnheim w/g Hessa; Giza T.: Über die Bedeutung des Phosphors und des Kalziums in Nierenkrankheiten und für die Entstehung von Rachitis und Tetanie auf Grund eigener Untersuchungen über den Phosphor-Kalkstoffwechsel kranker Kinder. Bull. Acad. Pol. Sc. Lett., Cl. Méd., Cracovie 1938, 265—291. — Troubles de l'équilibre acide-base dans le rachitisme et la tétanie infantile. Arch. Méd. Enf., Paris 1938, 41, 633—637. — Patogeneza krzywicy w świetle nowszych badań fizyczno-chemicznych. Pol. Gaz. Lek. 1938, nr 41, 823—824; Hess A. F.: Rickets including osteomalacia and tetany, Philadelphia 1929; Howland i Kramer w/g Hessa; Kaufmann w/g Hessa; Looser w/g Hessa; Marchand w/g Hessa; Mc Crudden w/g Hessa; Mięśowiec E.: O krzywicy późnej, Przegląd Lekarski 1908, Nr. 20 i 21, 271—273 i 287—290; Miles i Feng w/g Hessa; Pommer w/g Schmorla; Rehn J. H.: Über Osteomalacie im Kindesalter, Jahrb. f. Khlkde 1883, 19, 170—178; Schloss w/g Hessa; Schmorl.: Die pathologische Anatomie der rachitischen Knochenkrankung mit besonderer Berücksichtigung ihrer Histologie und Pathogenese. Erg. inn. Med. u. Khlkde 1909, 4, 401—454 i w/g Hessa; Schüler W.: Zur Kenntnis des Calcium- und Magnesium-Stoffwechsels bei der Rachitis. Monatsschr. f. Khlkde 1927, 36, 25—41; Stearns G., Oelke M. J., Boyd J. D.: Mineral metabolism in late rickets. Am. J. Dis. Child. 1931, 42, 88—101; Virchow w/g Hessa; Wieland w/g Hessa;

Doc. dr ZBIGNIEW OSZAST

Żywoty męczenników

I.

Wpadła mi w ręce książka, w której należało nam się jedno z pierwszych miejsc, a tymczasem nie zajęliśmy żadnego. Chodzi tu o zbiorową pracę, wydaną w 1937 roku pod redakcją Hansa Meyera (Brema)*. Książka ta, budząca swą treścią tak potrzebną nam dzisiaj wiarę w zwycięstwo prawdy, na blisko 170 stronach zawiera krótkie sylwetki badaczy, lekarzy, fizyków, techników, sióstr miłosierdzia, pielęgniarek i laborantów, którzy położyli swe siły, zdrowie i życie przy zwycięskim zdobywaniu szlaków na niebezpiecznej drodze, jaką kryło przed sobą olśniewające odkrycie promieni X i radu. Żgony tych ludzi, wywołane zostały ciężkimi oparzeniami powłok skórnych, uszkodzeniami krwi, czy też po największej części rakiem „rentgenowskim“, a zatem wszystkie szkodliwymi skutkami długotrwałego działania energii promienistej. W książce jest mowa o 170 takich bohaterach najrozmaitszej narodowości, z których są wyliczone w następującej kolejności: Niemcy (20), Belgia (4), Dania (5), Finlandia (1), Francja (27), Anglia (14), Włochy (10), Indie Holenderskie (1), Austria (6), Rosja (2), Szwajcaria (6), Czechosłowacja (5), Węgry (4) i Stany Zjednoczone

(39). Oczywiście tych ofiar było więcej, dużo więcej, niż zostało wyliczone. Podano tylko dostępne materiały, a książka poświęcona jest wszystkim, którzy ofiarnie oddali swe życie na usługi cierpiących.

A zatem wyliczeni zostali, tak jak opiewa tytuł tej złotej księgi („Ehrenbuch aller Nationen...“) wszyscy, prawie wszystkie narodowości, tylko... nie ma Polski. Jest Finlandia, jest Dania, są Indie Holenderskie, nie ma tylko Polski...

Chociaż redaktor książki, spełniając, jak pisze, dług wdzięczności wobec zmarłych, w przedmowie podkreśla wspólny wysiłek tych ludzi nauki bez względu na ich narodowość i chociaż zwraca szczególną uwagę na szlachetny cel ich pracy: niesienie pomocy w cierpieniach chorych, co siłą rzeczy znosi wszelkie różnice rasowe i granice terytorialne — to jednak nikt nas nie posadzi o jakiś wybujały nacjonalizm, jeśli za protestujemy przeciwko faktowi nieumieszczenia w tej książce w ogóle grupy polskiej. Wszak wielu Polaków zginęło w walce energii promienistej z chorobami (do tej sprawy wrócimy osobno w najbliższym czasie). Brak grupy polskiej jest jeszcze tym bardziej przykry i rażący, że naszą rodaczkę Marię Skłodowską-Curie umieszczono w grupie francuskiej. Winę aneksji w tym przypadku należy przypisać i redaktorowi książki, któremu chyba nie była narodowość odkrywcy zjawiska promieniotwórczości i autorowi sylwetki polskiej uczonej, Klaudiuszowi Regaud z paryskiego Instytutu Radowego. Wszak prof. Regaud był bliskim współpracownikiem Marii Skłodowskiej-Curie, prowadząc dział lecznictwa w Insty-

*) „Ehrenbuch der Röntgenologen und Radiologen aller Nationen“ — Bd. XXII, (Sonderbände zur Strahlentherapie), Urban und Schwarzenberg, Berlin—Wien, 1937 (str. 168).

tucie Radowym, ba, był nawet w Warszawie w 1932 r. na uroczystym poświęceniu Instytutu Radowego im. Marii Skłodowskiej-Curie.

Jest znaną rzeczą, że praca badawcza nad zjawiskami promieniotwórczości, nad odkryciem radu była dziełem obojga małżonków Curie, ale z chwilą, gdy prof. Regaud pisał życiorys Marii Skłodowskiej-Curie nie powinien był pozwolić na tę formę, w jakiej to zostało wydrukowane. Podanie mimochodem w życiorysie miejsca urodzenia Marii Skłodowskiej-Curie, faktu, że ją ucieszyło oswobodzenie ojczyzny z pęt niewoli, że oba kraje, Francja i Polska były jej równie drogie — nie może nas zadowolić...

II.

We wspomnianej książce znajdują się krótkie życiorysy ludzi, którzy stali się ofiarami nowej gałęzi wiedzy medycznej, posługującej się energią promienistą do badania i leczenia najrozmaitszych chorób, a przede wszystkim nowotworów złośliwych. Dzięki odkryciu promieni X, dzięki odkryciom Marii Skłodowskiej z jej mężem Piotrem Curie — nauka po dokonanych przez te odkrycia przewrocie dotychczasowych pojęć w fizyce i chemii, wkroczyła na nowe tory, otwierające przed biologią i medycyną praktyczną niezmiernie szerokie i coraz nowe możliwości, niespotykane dotychczas przy żadnym innym odkryciu.

W opracowywaniu sposobów zastosowania i użytkowania tej nowej postaci energii do celów leczniczych — zginął legion ludzi. Zginęli oni wskutek niedoskonałości pierwotnych sposobów stosowania energii promienistej, sposobów, które nieodpowiednio chroniły samych badaczy, czy pracowników przed szkodliwym działaniem nowego gatunku energii. Promienie te bowiem, jak się niestety po szeregu smutnych, tragicznych doświadczeń na „skórze“ samych badaczy przekonano, posiadają między innymi jedną bardzo charakterystyczną cechę: nie działają nigdy napróżno, nawet w najmniejszej ilości i posiadają zdolność sumowania się, tzn. że jeden insult promienny, choćby najblahszy i przypadkowy dodaje się do następnego i w sumie w zaleźności od intensywności tych poszczególnych naświetlań wywierają one swoje różne działanie. Jeśli tych naświetlań było dużo, za dużo i jeśli przekroczyły granicę wytrzymałości ludzkich tkanek, wtedy zsumowane wywierają działanie, wyrażające się uszkodzeniami krwi, oparzeniami skóry, zwyrodnieniem skóry i jej najgroźniejszym następstwem w postaci raka popromiennego, niepowstrzymanie kroczącego naprzód i zajmującego coraz to nowe odcinki ciała. Sprowadza on w końcu śmierć z powodu przerzutów i ogólnego wyniszczenia nowotworowego. Lekarzom, pracującym w początkach ery leczenia energią promienistą zanim wynaleziono odpowiednie środki, chroniące ich w czasie pracy przed szkodliwym działaniem promieni, grozi nieuchronna śmierć po kilku latach pracy w zawodzie radiologa. Większość spośród wyliczonych w omawianej książce to ludzie w sile wieku, od 35—50 lat.

Ginęli tragicznie.

Ich życie było tak heroiczne i wartościowe, że ośmielić się musimy podkreślić jego martyrologię

wbrew zasadzie Marii Skłodowskiej-Curie: „w nauce nie powinniśmy się interesować ludźmi, tylko faktami“.

Sygnałem rozpoczynającym tragiczne koleje ich życia było popromienne zapalenie skóry na rękach. Z reguły u wszystkich skóra po pewnym czasie zaczynała wysychać, łuszczyć się, pękać. Powstawały wybujałości naskórkowe i owrzodzenia, bolesne i nie gojące się pod wpływem żadnych środków — oznaki zbliżającego się nieuchronnie złośliwego zwyrodnienia, raka „rentgenowskiego“. Śmierć już gotuje się do skoku. Zaczynało się od amputacji jednego palca, drugiego, dłoni... Może niebezpieczeństwo zażegnane. Ale nie. Po kilku miesiącach, latach odzywało się nieszczęście — teraz na drugiej ręce. Znowu potrzeba amputacji. Usuwano znowu palce, dłoń, sięgano po całe ramiona.

Ludzie bez rąk!

Ale jakże mogło być inaczej. Jakże mogło być dobrze, skoro po szeregu amputacji, poprzedzonych dniami i nocami strasznych bólów, wracali do pracy. Z bohaterskim samozaparciem pracowali dalej. A proces nowotworowy nie wygasał, przycichał i podsypany ich dalszą pracą w niebezpiecznych warunkach parł niepowstrzymanie naprzód, zajmując coraz to nowe części ciała, wywołując coraz to nowe spustoszenia. Epilogiem musiały być coraz to nowe amputacje.

I gdybyż to koniec. Nieubłagane promienie toczą pożogę nieszczęść dalej. Oparzenia obejmują twarz, oczy. Trzeba im usuwać gałki oczne. Ale nawet straciwszy wzrok nie zaznają spokoju, gdyż wróg, zagnieżdżony w ich ciele na dobre czuwa, prowadząc do zapalenia opon mózgowych...

Ludzie pozbawieni wzroku!

Niektórymi potem muszą zająć się gminy. Trudno przecież zarobkować będąc pozbawionym wzroku i rąk.

Wypadają im zęby, znoszą okrutne bóle, giną z powodu białaczki, anemii złośliwej, której nie zdołają zapobiedz wielokrotne transfuzje. W ten sposób nie uratują żony swych mężów, ofiarując im swą serdeczną krew po kilkanaście razy. Ilość ciałek czerwonych spada w zastraszającym tempie...

Mnożą się straszliwe owrzodzenia na ciele, bóle wzmagają się z piekielną mocą, tak, że ci nieszczęśliwcy, jak o łaskę proszą o nową amputację. Ale to jest też ich jedyna prośba. Nie skarżą się pozatem nigdy. O nic innego nigdy nie proszą.

Giną wśród porażań kończyn, z powodu krwotoków z przeżartych promieniami naczyń, gasną powoli z powodu przerzutów i ogólnego wyniszczenia nowotworowego...

Ale mimo amputacji jednej ręki i początku choroby na drugiej, nie przerywają pracy. „Żyją przejęci pracą, jak we śnie“, upojeni atmosferą skupienia swych warsztatów pracy. Nie mogąc już pracować z powodu braku rąk, służą dalej swą pomocą, doświadczeniem i wnikliwymi wskazówkami. Bóle nie zdołają im odebrać entuzjazmu do dalszej pracy, nie stłumią w nich niespożytej energii z jaką mimo kalectwa pracują dalej, nie szcędząc resztek sił i zdrowia. Niektórzy poddawali się dosłownie kilkudziesięciu zabiegom operacyjnym, byle tylko móc

dalej pracować, składając tym samym świadectwo, jak niewyczerpaną skarbnicą woli i bezinteresowności potrafi być człowiek, który ukochał bliźnich swych i naukę. Jakże wzruszającym jest obraz jednego z tych męczenników, który przez wiele lat był obiektem na którym demonstrowano jakoś lamp do prześwietlań.

Każdy z nich był gnany jakąś obawą, że nie spełni swego zadania. Stąd mimo choroby pracowali dalej, byle skończyć. Nieraz całymi latami, naznaczeni stygmatem powoli rosnącej się śmierci, czekali z nadludzką cierpliwością na nią. A zbliżała się ona powoli w miarę, jak mnożyły się zabiegi operacyjne i jak ubywało ciała. W walce ze śmiercią pracowali prawie do ostatniej chwili, dopiero ciężkie schorzenie ogólnie odrywało ich od śmiercionośnego warsztatu pracy.

Wszyscy oni ginęli na posterunku nie tylko jako ofiary swego zawodu, przy pracy codziennej, niejednokrotnie w warunkach bardzo skromnych, źle wentylowanych pracowniach, których prototypem była stara szopa małżonków Curie z przeciekającym dachem przy ul. Lhomond — ale przede wszystkim na posterunku wiedzy. Oni wszyscy z mocy swego wielkiego ducha byli pionierami radiologii, oni zbudowali rozległy gmach tej nowej nauki. Każdy z nich w miarę swej inwencji twórczej rozszerzył świat naszego poznania, każdy wniósł jakąś zdobycz i ulepszenie do uprawianego przez siebie zawodu, który zastali surowym i pełnym zagadek. Celem ich życia właśnie było zdobywanie i odkrywanie tych tajemnic dla szczęścia potomnych. Oni też własnym cierpieniem pokazali, jak się mamy chronić przed szkodliwym działaniem promieni.

Ich tryumfy naukowe zrodzone zostały w męce i bólu i pogardzie śmierci, czatującej na nich w środku, którym innym przywracali zdrowie i życie.

Życiorysy tych ludzi, pisane serdeczną krwią przez ich przyjaciół, żony, uczniów, nauczycieli i towarzysztwa naukowe, podane są krótko w swym tragicznym i pięknym bohaterskim wyrazie. Najdłuższy w tej książce jest życiorys Marii Skłodowskiej-Curie.

Wraz z mężem ulegała wielokrotnie szkodliwemu działaniu odkrytego przez siebie promieniowania. Mieli oboje poparzone palce, które stale potem ropiały i łuszczyły się chorobliwie. „Jej szorstkie, stwardniałe ręce, głęboko poparzone przez rad“...

napisze potem jej córka Ewa, patrząc po raz ostatni w Sancellemoz na ręce swej matki. Tutaj należy też wspomnieć o śmiałym doświadczeniu Piotra Curie, który celowo dla przekonania się o tym szkodliwym działaniu radu, przyłożył go na pewien czas do swego ramienia, ulegając wskutek tego oparzeniu. Poza radem była Maria Skłodowska-Curie wystawiona na działanie promieni X, gdy w czasie pierwszej wojny europejskiej, jako kierowniczką wojskowej służby radiologicznej pracowała bez wytechnienia w szpitalach wojskowych. Ta praca doprowadziła w końcu do katastrofy. Umiera, jako ofiara długotrwałego działania ciał promieniotwórczych: Jej lekarz w sanatorium dr Tobé napisze: „Maria Curie zmarła w Sancellemoz dnia 4 lipca 1934 roku na skutek anemii złośliwej aplastycznej o przebiegu gwałtownym, gorączkowym. Szpik kostny nie zareagował prawdopodobnie dlatego, że zaszły w nim zmiany, spowodowane długoletnim wpływem promieni“.

Istnieje na świecie niewiele podobnych przykładów o życiu ludzi ginących z wiarą w ukochane idee. Żywoty Świętych umęczonych za wiarę, żywoty bohaterów narodowych, bojowników niepodległościowych, „żywoty męczenników“ Duhamela z pierwszej wojny europejskiej, i ostatnio żywoty bohaterów ze śmiertelnych obozów koncentracyjnych, utworzonych przez tych samych, którzy męczennikom nauki, poświęcającym życie na usługi nauki postawili pomnik w Hamburgu...

Tutaj na drodze, wiodącej do zdobyczy, które odrazu stają się dobrem wszystkich ludzi na ziemi, na tej drodze ciężkiej i niebezpiecznej nielitościwych promieni, nie przepuszczających nikogo bezkarnie — spotykamy bohaterów z urodzenia, z powołania, idących w czołwie, lecz z żelazną wytrwałością naprzód ze wzrokiem zapatrzonym w trudno osiągalny cel zdrowia ludzkości.

Dzisiaj błogosławimy ich i składamy im hold wszyscy.

Nie będę tutaj wymieniał nazwisk, gdyż musiałbym przytoczyć wszystkie bez wyjątku. Przecież w obliczu wielkiego dzieła dla dobra ludzkości spełnionego i w obliczu majestatu tragicznego życia tych ludzi — wszyscy oni byli jednakowo wielcy. Każdy z nich, lekarz, czy inżynier, pielęgniarka, czy technik, wszyscy oni są równie drodzy naszemu sercu.

Sercu przepelnionemu wdzięcznością i smutkiem.

O C E N Y

Dr JERZY POGONOWSKI

Uwagi krytyczne o książce prof. L. Zembruskiego „Dzieje kierunków, teoryj i doktryn filozoficzno-lekarskich“

Poniższe uwagi, choć na pierwszy rzut oka mogą się wydać czytelnikowi spóźnionymi, są jednak zawsze na czasie, gdyż medycy i lekarze w całej Polsce

uczą się historii medycyny z istniejących dwóch polskich podręczników: prof. Szumowskiego: „Historia medycyny filozoficznie ujęta“ (Kraków 1930—1935) oraz prof. Zembruskiego: „Dzieje kierunków, teoryj i doktryn filozoficzno-lekarskich“ (Warszawa 1935). Otóż medycy i lekarze nasi powinni wiedzieć o stosunku książki prof. Zembruskiego do książki prof. Szumowskiego.

Dzieło Zembruskiego poprzedza nie najdokładniej przytoczony, dobrze zresztą dobrany wiersz Asnyka o czei, należnej ołtarzom przeszłości,

Nie udało się jednak autorowi wnieść ołtarza doskonalszego od pracy, na której się w najważniejszej części wrecz wzorował, tj. „Historii medycyny filozoficznie ujętej“ prof. Szumowskiego. Taki, na pograniczu wręcz przepisania w wielu miejscach, stosunek dzieła późniejszego do wcześniejszego bije po prostu w oczy. W przypadkach zaś, w których dr Zembrzuski odstępował od pierwowzoru i daje poglądy własne, niekiedy nie miewa słuszności. Jedynie lepiej opracował historię medycyny polskiej, którą podał oryginalnie i dokładnie.

Prof. Szumowskiego znamionuje ostrożność w wypowiedzaniu sądów, Dr Zembrzuski zaś lubi sprawę natychmiast rozstrzygnąć, nawet gdy nie ma do tego danych — przypominając w ten sposób złośliwe słowa Boya-Żeleńskiego o wyroku wianu „damy starszej“.

W dziale książki historycznym układ dra Zembrzuskiego robi wrażenie opowiedzenia podręcznika prof. Szumowskiego „swoimi słowami“ — bez przytoczenia wzoru we właściwych miejscach. Dopiero przy Empedoklesie, czując, widząc, potrzebę okazania samodzielności, dr Zembrzuski rozstawia wzrokowo inaczej odpowiedniki filozofa, niż prof. Szumowski, przeciwstawiając np. ziemi — suchotę, itp.

O eklektyku Celsie przepisał dr Zembrzuski prawie wszystko z tekstu prof. Szumowskiego, na którego weale się nie powołał.

Niesłusznie nie pozwala dr Zembrzuski z „filozofii wiedzy lekarskiej“ czerpać dla siebie płodnych pierwiastków (str. 73), skoro wiemy, że wiele chorób powstaje psychorodnie i że teoria winna uwzględniać psychikę, a więc filozofia wiedzy mogłaby się okazać płodną.

Pisząc zupełnie tak, jak prof. Szumowski, o nadsładowcach Celsa i Galena, przy charakterystykach swych dr Zembrzuski pozostawia je bez przytoczenia prof. Szumowskiego, lub choćby tylko zaznaczenia swej odcieni, delikatnie to określając, za zależności.

Na str. 90—91 streszcza dr Zembrzuski za prof. Szumowskim św. Augustyna, bez przytoczenia jednakowoż pierwowzoru. Wreszcie, streściwszy bezkrytycznie (z przyjęciem nie zawsze właściwego pod względem historycznym podziału epok prof. Szumowskiego) za nim nerwice i psychozy „średniowieczne“, mistycyzm i stygmatyzm, dopiero in fine str. 96 zacytował dr Zembrzuski — jakby po raz pierwszy tu zeń korzystając — bardzo dokładnie prof. Szumowskiego. Jest to w nauce robota nierzetelna.

Pisząc o Mesmerze, o którym tak słusznie zaznaczył dr Tad. Bilikiewicz („Archiwum“ prof. Wrzowska t. XV) w swej ocenie pracy prof. Szumowskiego iż niedość uwzględnił obok jego ew. szarlatanerii — jego zalet, w szczególności nie wspominał „o jego pozytywnych zasługach jako twórcy psychoterapii i odkrywcy hipnozy, tak doniosłego środka leczniczego“ — zaciemnia jego rolę dr Zembrzuski pretensjonalnymi słowami „*Sapienti sat*“, choć właśnie, jak na mądrych i dla mądrych, za mało obaj historycy medycyny Szumowski i Zembrzuski napisali. Zato słusznie prof. Szumowski okazał się dużo liberalniejszy wobec Schellinga, niż atakujący filozofa przyrody niepomiernie ostro dr Zembrzuski (str. 159).

Zdumiewające, że o znakomitym Swietenie nie napisał dr Zembrzuski ani słowa.

Na str. 174 daje dr Zembrzuski ogólnym określeniem mętnym zakończenie części głównej, żeby ją łagodnie określić, kompilacyjnej.

O lekarzu Mikołaju z Polski, którego sprawę zbadał filolog klasyczny prof. Stan. Witkowski, zarówno dr Zembrzuski, jak i prof. Szumowski, nie piszą. A szkoda!

Są daty, w których się mylić nie wolno; do nich należy dla uczonego polskiego zwłaszcza — data założenia Wszechnicy Jagiellońskiej.

Na str. 199 chciał chyba dr Zembrzuski mówić o kierunku doświadczalnym fizjologii, a nie „filozofii“.

Na tle zestawień powyższych niemiłe uderza nader stronnicze wypowiedzenie się sprawozdawcy omawianej pracy dra Zembrzuskiego, a b. asystenta i w dodatku recenzenta „Historii“ prof. Szumowskiego, istotnego znawcy przedmiotu dra Tad. Bilikiewicza, który w ocenie swej w „Polskiej Gazecie Lekarskiej“ (z r. 1935) zaznaczył, że podejście dra Zembrzuskiego do przedmiotu jest ciekawsze i bardziej podniecające, pobudzające, niż podejście weterana jakoby, prof. Szumowskiego. Nie zgadza się to ze stanem rzeczy.

Złośliwy ów sąd ani o jotę nie zmieni położenia i nie odwróci rzeczywistego stosunku, jaki zachodzi pomiędzy rzetelnie napisaną, pionierską w Polsce i ciekawą dla świata „Historią medycyny filozoficznie ujętą“ prof. Szumowskiego, a o wiele mniej rzetelnie z niej — no, powiedzmy, w części głównej skompilowanymi „Dziejami kierunków, teoryj i doktryn filozoficzno-lekarskich“ dra Zembrzuskiego, za lekko biorące sprawę autorstwa.

ŚWIAT LEKARSKI W CZASIE OKUPACJI I NA PRZEŁOMIE

Dr OWSIŃSKI

(Dokończenie).

Działalność Wydziału Zdrowia m. Krakowa w czasie wojny, oraz niemiecka służba zdrowia z tegoż okresu

Szpital im. Narutowicza liczył blisko 500 łóżek. Wprawdzie był on przeznaczony na szpital dystryktu,

praktycznie jednak służył on Niemcom przebywającym w mieście. Mimo, że według miary stosowanej w Niemczech, na 1000 mieszkańców liczba łóżek szpitalnych miała wynosić 6, to w Krakowie już na skutek zajęcia dla Niemców szpitala Ubezpieczalni stosunek ten potroił się. Niestosunek ten później jeszcze wzrósł, gdy poza zajęciem kilku mniejszych szpitali prywatnych dla wojska i SS zajęto w szpitalu

św. Łazarza dla Niemców około 500 łóżek, a w M. Zakładach Sanitarnych pozwolono lokować Niemców. Liczba tychże w Krakowie zapewne nigdy nie przekroczyła 25.000.

Lekarze niemieccy, jak w innych dziedzinach zdrowia tak i w sprawie szpitalnictwa zarzucali Polakom różne niedociągnięcia i prowadzenie tzw. „polityki fasadowej“. Jakkolwiek niedociągnięcia istniały, to trudno stawiać zarzut, że Polacy mają kiepsko urządzone szpitale, gdy im się odbiera nowowybudowane i nowoczesnie urządzone szpitale, jak np. szpital Ubezpieczalni w Krakowie, a następnie te szpitale przedstawia się i fotografie ich umieszcza w pismach jako urządzone przez Niemców wzorowe szpitale niemieckie.

Odebranie Polakom przeszło 1000 łóżek szpitalnych nie skłoniło Niemców do tego, by po usunięciu Żydów, szpital żydowski oddać na cele szpitalne dla Polaków. Nie uczynili tego i urządzili w budynku skład mebli. A należy podnieść, że liczba ludności Krakowa w czasie wojny podniosła się z 225.000 na około 300.000 mimo ubytku 90.000 Żydów.

Gdy Niemcy w roku 1940 i później pomnożyli swe zdobycze wojenne i zaczęło im się wydawać, iż ziem Polski już nigdy nie opuszczą, przystąpili do rozbudowy administracji zdrowia. Oczywiście krok ten nie miał na celu lepszego zaspokojenia potrzeb zdrowotnych ludności polskiej, a służyć miał wyłącznie potrzebom nielicznych stosunkowo Niemców.

Stosunek Niemców do Polaków w dziedzinie zdrowia najlepiej scharakteryzować może zjazd lekarzy niemieckich Gubernatorstwa w Lublinie w jesieni 1940 r., na którym poważnie rozpatrywano zagadnienie prawno-politycznego charakteru ziem polskich, a mianowicie, czy należy ziemie polskie traktować jako kolonię. Wprawdzie nie postanowiono formalnie traktować Polski jako kolonii, ale w dziedzinie zdrowia Niemcy robili tylko to, by utrzymać do czasu zdolność ludności do pracy. Przydziały żywności były takie, żeby człowiek nie umarł z głodu. O ile chodzi o warunki mieszkaniowe, nie miano w stosunku do Polaków prawie że żadnych względów. Wychowanie fizyczne skreślono zupełnie spod opieki władz zdrowia, zabroniono ludności dostępu do ogrodów publicznych, ograniczono miejsce w tramwajach itd. To też jest zupełnie zrozumiałe, że w r. 1942 zakazali Niemcy wszelkiej działalności zapobiegawczej dla Polaków, wskutek czego zwinęto istniejące dwa ośrodki opieki dla Matki i Dziecka. Jeden z nich i kuchnię mleczną Polacy prowadzili dalej wbrew zakazowi.

Następca dra Reichla dr Buurman, był człowiekiem energicznym i pracowitym, ale przy swej działalności kierował się wyłącznie interesem Niemiec i własnym. Poświęcił on wiele czasu walce z chorobami płciowymi. Wiadomo, iż źródłem zarazy jest przede wszystkim prostitucja. W Niemczech walki z prostytucją jako taką nie ma, a tylko z chorobami w związku z nią wynikłymi. Rozporządzenie Gubernatora Generalnego z dnia 22 lutego 1940 r. sprawę walki z chorobami wenerycznymi w zasadzie upodobiło do praktyki w Niemczech, jednak policja niemiecka w całej rozciągłości stosowała nadal praktykę dawnej policji obyczajowej. Ten stan rzeczy zawierał

w sobie zarodek ciągłych tarć, na które lekarz polski był narażony. Wprawdzie dr Buurman nie potrafił doprowadzić do tego, by mu walkę z chorobami płciowymi pozostawiono jako wyłączny zakres działania, jak przesądzało to rozporządzenie, jednak zdołał od policji uzyskać chociaż tyle, że doszło do jakiejś takiej współpracy, bez której walka z chorobami płciowymi pozostałaby na papierze.

Na drodze przeprowadzenia dążeń Buurmana w walce z chorobami płciowymi leżało powołanie do życia drugiej poradni przeciwplciowej pod kierownictwem prof. dra Waltera w szpitalu św. Łazarza. Tymże dążeniom miał także służyć dom publiczny przy ul. Tarłowskiej, urządzony kosztem 750.000 zł., który jednak wskutek zakazu policji nie został uruchomiony. Czy policja przy wydaniu swego zakazu kierowała się polskim ustawowym zakazem istnienia domów publicznych, jest wątpliwe.

Buurman rozwinął dość szeroką inicjatywę. Spowodował wykończenie budynku przy pl. św. Ducha 3, przeznaczonego jeszcze przed wojną na Ośrodek Zdrowia i zajął go na umieszczenie swych niemieckich biur, oraz przychodni i poradni niemieckich, a mianowicie przychodni dla matki i dziecka, przychodni dla gruźlików, przychodni dla płciowo chorych i przychodni dentystrycznej dla dzieci. Przychodnia dla gruźlików oraz przychodnia dentystryczna zostały zaopatrzone w najnowsze aparaty Röntgena i inne, które w lipcu 1944 r. wywieziono do Niemiec. Jedynie nie udało się mimo usilnych starań uruchomienie pracowni bakteriologicznej z powodu braku głównych przyrządów, których nie można było nabyć. Przychodnię dla płciowo chorych przeniesiono później do domu przy ul. Karmielickiej nr 41.

Nie udało się Buurmanowi zamierzona budowa drugiej części gmachu administracyjnego, gdzie miał się pomieścić także polski Wydział Zdrowia, dalej zorganizowanie na szerokiej płaszczyźnie walki z gruźlicą przez urządzenie dwóch dalszych przychodni.

Niektóre plany Buurmana nie udawały się też i dlatego, że u miarodajnych decernentów miasta napotykał na niezrozumienie. Dało mu się to we znaki, gdy chodziło o środki finansowe na cele zdrowotne i organizację urzędu zdrowia. Decernent finansowy uważał urząd zdrowia jako zło konieczne. W dziedzinie organizacji wyłączono z działalności urzędu M. Zakłady Sanitarne, zarząd cmentarzy miejskich, wykaz porodów i zgonów, a przejściowo sprawy administracyjne urzędu zdrowia podporządkowano decernentowi Opieki Społecznej. Próbowano nawet wyłączyć z zakresu urzędu zdrowia agendy sanitarno-obyczajowe i przyłączyć je do zakresu działania decernenta policji.

Na czas urzędowania Buurmana przypada wyśiedlenie z miasta Żydów. Przy badaniu Żydów odnośnie do ich zdolności do podróży kierując się przede wszystkim własną korzyścią, zebrał z tego źródła duży majątek. Uwzględnił niekiedy życzenia żydowskiej Komisji sanitarnej. Równocześnie zabronił Polskiemu Wydz. Zdrowia prowadzenia wykazu zgonów, urodzin i zwalczania chorób zakaźnych u Żydów.

Na jego okres urzędowania przypada zorganizowanie służby Rat. San. OPL w mieście, oraz urządzenie jednorazowej zbiórki ziół leczniczych w r. 1940

Natomiast zerwał Buurman z zasadą dra Reichla ograniczenia się tylko do kontroli polskiego Wydziału Zdrowia. Postanowił znieść polski Wydział Zdrowia i zorganizować całkowicie niemiecki Urząd zdrowia. Trudno go było wstrzymać od tego zamiaru, chociaż nie miał widoków na sprowadzenie potrzebnych na to urzędników niemieckich.

Sprawa nowej organizacji urzędu wywiązała się wskutek przyłączenia do Krakowa 30 okolicznych wsi. Buurman postanowił na wzór miasta Berlina zorganizować centralę jako główny urząd zdrowia, a agendy lekarzy obwodowych zebrać w dzielnicowe urzędy zdrowia.

W toku zmian organizacyjnych został polski Wydział Zdrowia wprawdzie utrzymany, ale już tylko w charakterze polskiego oddziału, przy niemieckim urzędzie zdrowia. Urzędowi niemieckiemu podporządkowano Pracownię Chemiczną i Pracownię Bakteriologiczną, sprawy walki z chorobami płciowymi, sprawy tzw. policji i opieki zdrowia dot. Niemców, OPL, opiekę zdrowotną nad Niemcami oraz sprawy organizacyjne, personalne i finansowe. Oddziałowi polskiemu podlegały instytucja lekarzy miejskich obwodowych, oczyszczalnie, łaźnie, przychodnia elektroterapeutyczna, przychodnia przeciwjaglicza, Klinika dentystyczna szkolna dla Polaków, oraz zwinięte później obie przychodnie dla matki i dziecka, przy czym sprawy organizacyjne, personalne i finansowe rozstrzygane były w niemieckiej centrali.

Następca Buurmana dr Ohrloff nie miał energii pierwszego, względem Polaków chciał być neutralnym, o czym świadczy wielkie zainteresowanie się sprawą powołania do życia polskiej polikliniki w szpitalu pożydowskim, opóźnienie o kilka miesięcy wykonania zarządzenia rządu Gubernatorstwa w sprawie zwinięcia polskich urzędów zapobiegawczych i zrozumienie potrzeb polskich, w czym się ocale niebo różnił od swych kolegów — Niemców.

Ohrloff popierał wybitnie przejęcie przez miasto kąpieli w Swoszowicach, zaprowadził w celu zwalczania duru osutkowego system tzw. lekarzy blokowych. Na koniec jego urzędowania przypada pierwsza ucieczka Niemców, przy czym widoczna była chęć Ohrloffa pozostawienia na miejscu różnych aparatów, sprzętów i narzędzi lekarskich. W czasie jego urzędowania otwarto niemiecką klinię dentystyczną. Zainicjowane przez niego przejęcie przychodni przeciwgruźliczych na miasto nie udało się, głównie z tego powodu, że decernent finansowy tradycyjnie nie bardzo popierał tego rodzaju inicjatywę.

Ostatni decernent spraw zdrowia dr Jüngst był człowiekiem energicznym, brutalnym, wrogo nastawionym, groźącym „Libanem“, podejrzewający u wszystkich sabotaż, bezprawnie wysyłający młodszych lekarzy i personel sanitarny do robót okopowych. Przeprowadził ponowne przyłączenie M. Zakładów Sanitarnych do swego decernatu. Zajął się w styczniu 1945 r. poraz drugi bardzo gorliwie wywozem urządzenia lekarskiego urzędu zdrowia do Niemiec tak z Urzędu zdrowia jak i szpitali miejskich.

Wiele jest ujemnych skutków, jakie wywarła niemiecka administracja na sprawy zdrowia. Lekarze niemieccy nie znali obowiązującego prawa polskiego i w zasadzie nie chcieli go wcale stosować. Pociągnęło to za sobą zupełny bezład, który polskiemu Wydziałowi Zdrowia jego działalność i tak już okrojona zarządzeniami organizacyjnymi niezmiernie utrudnił. Tak lekarze urzędowi jak i urzędnicy niemieccy nie znali się na pracy administracyjnej, a improwizacja ich na tym polu doprowadziła do oplakanych skutków. Niewątpliwie „polotowi“ pracy Niemców przeciwstawiła się bierność Polaków ze względów patriotycznych i dlatego, że coraz wyraźniej widzieli dążenia niemieckie do usuwania ich z pracy.

Jeśli chodzi o konkretne przykłady niedociągnięć niemieckich, to wymienić należy następujące.

Walkę z chorobami zakaźnymi na odcinku niemieckim prowadzili Niemcy sami. Prowadzili ją chaotycznie i zaciemnili przez to obraz całokształtu sprawy. Towarzystwo przeciwgruźlicze wprawdzie Niemcy rozwiązali, ale nie postarali się o należyty byt istniejących przy Towarzystwie i nie mogących ulec zwinięciu przychodni przeciwgruźliczych. Opiekę nad zdrowiem stosunkowo nielicznej ludności niemieckiej organizowali na koszt i ze szkodą dziewięciokrotnie liczniejszej polskiej ludności Krakowa. Wspomniano już o szkodliwej polityce szpitalnictwa. Dodać należy jeszcze, że to szkodliwe postępowanie doprowadziło do chronicznego braku łóżek szpitalnych dla zakaźnie chorych, pozbawiając wykonawców służby zdrowia najistotniejszej broni w walce z chorobami zakaźnymi, jaką jest odosobnienie. Nie zdołali Niemcy usprawnić ani ratownictwa, ani przewozu chorych, ani należytego odswszawiania, które napotkało na nieprzewidywalne przeszkody z powodu braku środków przewozowych.

Wydział Zdrowia Dystryktu nie rozwinął również prawie żadnej inicjatywy, a nadzór nad pracą instancji pierwszej również nie zdradzał większej znajomości rzeczy.

Nie można więc w ogóle mówić o dodatnim wpływie Niemców na rozwój publicznej służby zdrowia. Walka z chorobami płciowymi była już krótko przed wojną przez polskie czynniki rządowe rozpatrywana i napewno byłaby znalazła odpowiednie rozwiązanie. Zauważone, lecz niezrealizowane, oraz zrealizowane wprawdzie ale chybione projekty jak np. otwarcie domu publicznego i polikliniki, nie mogły dać wyników. Wprowadzenie szczepień ochronnych nie było żadną nowością. Wreszcie wszystkie omówione ujemne strony gospodarki niemieckiej, wpływające z nastawienia Niemców, by za pomocą posuniętego do ostatnich granic wyzyskiwania żywiołu polskiego przysłużyć się tylko wyłącznie sprawie niemieckiej wpłynęły wybitnie ujemnie na rozwój spraw zdrowia publicznego. Wymaga wiele wysiłku, aby nawiązać do stanu z roku 1939.

Nie małą rolę w tym przykrym stanie rzeczy odegrali lekarze urzędowi niemieccy, którzy rolę swą w Polsce rozumieli jako rolę urzędnika niemieckiego, a nie lekarza, będącego stróżem zdrowia ludności.

Protokół

z posiedzenia naukowego z dnia 30 maja 1945 r.

Dr Jakóbiec Mieczysław (z Kliniki wewnętrznej U. J. prof. dra T. Tempki) przedstawił przypadek *granuloma fungoides*. W krótkim rzucie zobrazował prelegent przebieg choroby ze szczególnym uwzględnieniem zmian w narządzie krążenia (*pericarditis eae.*). Główny nacisk położył na badanie bioptyczne guza skórnoego, przedstawił w obrazie mikroskopowym (przy pomocy epidiaskopu) wygląd komórek, zwrócił uwagę na wspólne ich pochodzenie i na wyraźne cechy świadczące o ich przynależności do komórek nowotworowych pochodzenia mezenchymalnego. Następnie również z pomocą badania bioptycznego udowodnił obecność takich samych komórek w rozmazie z osadu płynu osierdziowego. W dalszym ciągu podniósł brak obecności zmian we krwi obwodowej.

W konkluzji głównie na podstawie badań bioptycznych prelegent wysunął twierdzenie, że sprawa chorobowa nosząca nazwę *granuloma fungoides* na wszelkie cechy stanowiące o jej przynależności do grupy nowotworowej o typie mięsaka.

W zakończeniu podniósł ważność będących jeszcze w okresie rozwoju badań bioptycznych i pionierską pracę Kliniki Wewnętrznej w tej dziedzinie.

W dalszym ciągu omawianego przypadku doc. dr Janina Kowalczykowa (Zakład Anatomii Patologicznej U. J.) przedstawiła wynik badania histologicznego.

W wycinku przesłanym do badania histologicznego z rozpoznaniem klinicznym *lymphosarcoma* stwierdziłam następujące zmiany: wycinek pochodzi ze skóry a częściowo z tkanki podskórnej. W nabłonku powierzchniowym wielowarstwowym płaskim poza wyraźniejszą pigmentacją komórek podstawnych nie stwierdziłam innych zmian. Skóra właściwa jest kilkakrotnie zgrubiała, w warstwie podnabłonkowej znajduje się naciek umiejscowiony dookoła naczyń, gruczołów łojowych, potnych i włosów. Naciek ten smugowato przechodzi ku podstawie skóry właściwej, do wiotkiej tkanki podskórnej, gdzie tworzy duże ogniska, częściowo zlewające się ze sobą. Nacieki tak rozmieszczone są nieco inne w warstwie podnabłonkowej a inne w warstwach głębszych. W obrębie małych i smugowatych ognisk przeważają komórki okrągławe o typie limfocyta, oraz znajduje się niewielka ilość komórek większych kilkakrotnie o jądrze z delikatnym zębem chromatyny. Stosunkowo dobrze są tutaj zabarwiono wszystkie komórki. W naciekach głębszych są liczniejsze komórki duże, zresztą identyczne z opisywanymi przez kol. Jakóbea w rozmazach. W głębi również zaznaczają się wybitne zmiany wsteczne komórek pojedynczych w postaci ziarnistego rozpadu jąder i obrazy masywnej martwicy całych części nacieków. Brzeżne części ognisk przedstawiają luźniejsze utkanie, jest tu większa różnorodność komórkowa poza opisanymi są widoczne komórki o typie rozpeczęniałych w płynie śródłonków. Tu również najlepiej widać nowo wytwarzające się paczki naczyń włosowatych. Na podstawie badania mikroskopowego wykluczyłam nowotwór o typie *lymphosarcoma* i wyraziłam pogląd, że sprawa należy do spraw mieszczących się w grupie ziarniniaka grzybiastego.

Ziarniniak grzybiasty ma wiele cech wspólnych z ziarnicą złośliwą, przede wszystkim typ odczynu tkankowego, budowę histologiczną nacieków. Nawet przy pobieżnym porównaniu widać podobieństwo komórek grzybicowych do komórek Sternberga w ziarnicy złośliwej. W przypadkach niwątpliwej ziarnicy złośliwej z zajęciem skóry, lub ziarniniaka grzybiastego z umiejscowieniem w układzie limfoidalnym to podobieństwo staje się tak wielkie, że niepodobna czasami oddzielić tych spraw od siebie. Stąd też w piśmiennictwie niektórzy autorzy identyfikują te dwie jednostki chorobowe. Pytanie jednak, czy ziarnica złośliwa i ziarniniak grzybiasty są tym samym schorzeniem jest błędnie postawione. Nie ulega bowiem wątpliwości, że obydwa schorzenia są odrębnymi, dobrze określonymi jednostkami nozologicznymi. Tak też nikt nie będzie dentyfikował gruczyli skóry z gruczylią narządów wewnętrznych. Czy przyczyna obydwóch schorzeń jest identyczna nie można rozstrzygnąć wobec niejasnej etiologii obydwóch schorzeń. Być może zresztą, że tylko typ odczynu tkankowego jest identyczny w obydwóch schorzeniach, ponieważ ustrój dysponuje tylko ograniczonym zasobem odczynów tkankowych.

Najistotniejszym szczegółem całego zagadnienia jest niwątpliwe stosunek ziarniaka grzybiastego do spraw nowotworowych. Czy ziarniniak grzybiasty powinien być zaliczony do spraw nowotworowych czy nie? Największa ilość argumentów przemawia za tym nowotworowym charakterem sprawy: po okresie długotrwałych zapaleń skóry może rozwinąć się sprawa nowotworowa. Naciekowy rozrost zmian w skórze, wrastanie do światła naczyń, zatarty z komórek grzybicowych i powstawanie przerzutów w narządach wewnętrznych, wreszcie sam charakter cytologiczny komórek grzybicowych — wreszcie *prognosis fatalissima*, to wszystko przemawia za nowotworem. Sprawa jednak nie jest tak prosta. Ważny gruczyli aby trzymać się prostych przykładów: wszakże i ziarnica gruczyli niszczy naciekowo tkanki, wzrasta do światła naczyń dając przerzuty w odległych narządach. Charakter cytologiczny pojedynczych komórek grzybicowych odpowiada komórkom Sternberga. Różnica polega na tym, że przerzuty gruczyli powstają z komórek miejscowych tubylecznych w miejscu przerzutu a czynnik chorobotwórczy, prątek gruczyli można stosunkowo łatwo oddzielić od materiału zatorowego, mas serowatych. W nowotworze natomiast rozwijają się w obrębie przerzutu komórki stanowiące materiał zatęjący, nie tubylecze. Jak jest w ziarniniaku grzybiastym? Czy przerzuty tworzą komórki przeniesione z prądem krwi? czy też naniesiony materiał jest czynnikiem pobudzającym bujanie miejscowych komórek? Czy zatem komórki ziarniniaka grzybiastego mają cechy komórek nowotworowych? Czy istnieje chromosomalnie uwarunkowane przekształcenie komórki ziarniniaka grzybiastego w komórkę nowotworową i taka zmieniona komórka ma zdolność przekazywania tej cechy komórkom potomnym?

Na te pytania nie mamy prawa dać obecnie wyczerpującej odpowiedzi.

Mój pogląd na tę sprawę, którego zresztą na razie nie mogę poprzeć dostatecznie uzasadnionymi argumentami, jest taki, że ziarniniak nie jest jednak nowotworem *sensu stricto*. Jest to coś, odpowiedniego do zwierzęcych nowotworów przesączalnych jak np. mięsaka Rousa. W tych nowotworach można czynnik rakotwórczy oddzielić przez odpowiednie postępowanie od komórek nowotworowych, mianowicie przez tzw. *elutio*, strącanie specjalnie przy pomocy wodorotlenku glinu. Przy pomocy tego czynnika można wywołać powstanie pokoleń komórek nowotworowych z komórek tkankowych ustroju. Czy nie można by czegoś podobnego zrobić w ziarniniaku grzybiastym. Nie są mi znane z piśmiennictwa podobne próby. Być może ziarniniak grzybiasty jest zbyt rzadkim schorzeniem.

W każdym razie ten pogląd należałoby traktować jedynie jako tzw. hipotezę pracy.

Doc. dr Zbigniew Oszasz (klinika dermatologiczna U. J.) podnosi, iż przypadek opisany dopiero co przez kol. Jakóbea i doc. Kowalczykową należy do grupy schorzeń niejasnych i prowadzących nas zdłownie w różnych kierunkach swymi obrazami klinicznymi, nieraz podobnie jak to robi kila. Oglądając tego chorego przed kilku tygodniami, stwierdziłam kilka guzów rozrzuconych na tułowiu, guzów skórno-podskórnych, zbitych, twardych, sino-czerwonych i jeden duży guz, wielkości pomarańczy o cechach tamtych guzów, umiejscowiony nad obojczykiem po stronie lewej. Reszta skóry była niezmieniona. To dawało obraz, jaki odpowiada *sarcocoma cutis*. Chory podawał jednak, że był już leczony. Mianowicie był leczony z powodu świądu, dla którego lekarz leczący go nie mógł znaleźć lekarstwa i powodu przy niezmienionej wtedy jeszcze chorobowo skórze. Nie znalazłby zresztą przy obecnym stanie naszych wiadomości.

I tak się ta sprawa nieraz rozpoczyna. Nietypowo, jak w naszym przypadku. Przypadek ten bowiem odbiega jeszcze innymi swoimi cechami od przebiegu klasycznego. Tutaj pojawiły się odrazu guzy. Jest to więc ta forma opisana przez Vidala-Broqua: *granuloma fungoides d'emblee* gdyż pojawienie się guzów nie zostało poprzedzone wielopostaciową wykwiłow, składających się z rumieni, pokrzywek, grudek i pęcherzyków — jaki to obraz ciągnąć się może całymi długimi latami, jako stadium *praemycoticum*, zanim poprzez stadium *infiltrationis* powstanie stadium *tumorum* i stadium *cachecticum*.

W przypadku powyższym powstały odrazu guzy, charakter kliniczny i anatomiczno-patologiczny których tłumaczy nazwę tego schorzenia. Jak widać skóra tułowia, szyja i brzuch u tego chorego są już usiane rozrzuconymi guzami skórno-podskórnymi ze zacerwienieniem skóry na szczycie. Jest to typ galopujący. 3 tygodnie temu, jak oglądałem tego chorego — poza kilkoma guzami o charakterze makroskopowym

nie specjalnie zapalnym — reszta skóry była niezmienniona. Teraz obraz zupełnie się zmienił. Ta właśnie postać *granuloma fungoides d'emblée* szybciej i częściej prowadzi do schorzeń narządów wewnętrznych. Sprawa przybrała charakter septyczny z gorączką.

A zatem jest to schorzenie ogólne. Cóż my o nim wiemy? Niewiele. Etiologia nie została do dziś dnia rozgryziona. Wentyluje się kilka możliwości. Mówi się o białaczkowych schorzeniach skóry i to o grupie białaczek atypowych. Mówi się o chronicznej zakaźnej sprawie granulacyjnej i wreszcie mówi się o sprawie nowotworowej, tym bardziej, że ogniska w przypadkach *granuloma fungoides* często przechodzą w guzy limfosarcomatyczne. W każdym razie badania bakteriologiczne, doświadczenia na zwierzętach i immunobiologiczne wypadły ujemnie, choć ostatnio nie jest znowu wykluczone, że z uwagi właśnie na te objawy ogólne — jest to chyba schorzenie charakteru zapalnego, wywołane przez jakiś specjalny zarazek.

I w tym przypadku obraz histologiczny, jaki opisał doc. Kowalczykowa, przebieg i obraz kliniczny każą nieodparcie myśleć o sprawie zakaźnej zapalnej. Tutaj w skórze ląduje jakiś dermatopowy *virus*, przy czym trudno jednak rozstrzygnąć ile przypisać czynnikiem zapalnym samym przez się, a ile toksycznym (jeśli chodzi o świąd).

W każdym razie jest to sprawa przewlekła, z reguły wiążąca do zejścia śmiertelnego. Rozpoznanie wcześniejsze i wczesne rozpoczęcie leczenia nie zmienia rokowania, które jest zawsze niepomyślne.

Leczenie nasze jest skromne. Spośród wielu środków najlepsze usługi, choć doraźne oddaje naświetlanie promieniami Rentgena. Guzy znikają szybko, stan ogólny chorego poprawia się, ale jest to niestety wynik przejściowy i nietrwały — nie powstrzymuje bowiem ten korzystny wynik przejściowy rozwoju dalszego choroby i guzy zniknąwszy w jednym naświetlonym miejscu pojawiają się w innym.

W końcu doc. Oszart podaje 2 obserwowane przez siebie w czasie wojny przypadki *granuloma fungoides*, z których jeden skończył się niepomyślnie, a o drugim brak wiadomości.

Prof. dr Franciszek Walter opierając się na wywodach poprzednich mówców, podkreśla charakterystyczne, a ważne (dla rozpoznania dane zarówno obrazu klinicznego ziarniniaka grzybiastego, jak również jego przebiegu). Są to długotrwały przebieg, a powolny rozwój zmian chorobowych, długotrwałe remisje, przewaga w występowaniu w początkowych okresach zmian skórnych a dołączanie się późniejszych zmian w narządach wewnętrznych, szybkie ustępowanie zmian po leżeniu, mimo, że poprzednio utrzymywać się mogły długo, i pojawianie się guzów skórnych z czasem rozpadających się. Zmianom tym towarzyszą objawy uporczywego swędzenia, zwłaszcza w okresach poprzedzających, pierwszym i drugim, pojawienie się następowe zmian guzowatych, podwyższona ciepłota i bezsenność. Przebieg ten, a także pojawienie się spraw ropnych kieruje myśl w stronę możliwości istnienia tła zakaźnego, jako czynnika etiologicznego. Jednakże pochodzenie ziarniniaka grzybiastego po dziś dzień nie jest rozstrzygnięte. Kliniczne podobieństwo do spraw białaczkowych, nie poparte jest ani obrazem krwi, w ziarniniaku grzybiastym nie spotykamy się z żadnymi typowymi obrazami krwi, a wybitna czułość objawów skórnych na leczenie promieniami Rentgena, skłonność do rozpadu zmian guzowatych, samorzutne ustępowanie tych zmian, długi przebieg cierpienia, wynoszący 10 i 15 lat, a więc dłuższy niż sprawy białaczkowe (3—5—7 lat), nie przemawia za przynależnością wzajemną obu tych schorzeń. Wprawdzie opisywano postaci ziarniniaka grzybiastego, w przebiegu którego stwierdzono 100—120 000 ciałek białych w 1 mm krwi, jednak w tych sporadycznych przypadkach mogły zachodzić pomyłki rozpoznawcze. Podobne różnice dają się stwierdzić w porównaniach z mięsakiem skóry, chociaż niektórzy autorowie podkreślają wspólność procesu z *lymphosarcomatosis cutis*, a to ze względu, że zmiany ziarniniaka grzybiastego histogenie raczej przemawiają za procesem przerostowym, a nie zapalnym. Jednakże guzy ziarniniaka grzybiastego, zarówno swym obrazem histologicznym i histogenezą, sposobem rozszerzania się, samoistnym wyleczeniem i wrażliwością na promienie Rentgena nie wskazują na cechy złośliwości i szybkiego postępu sprawy chorobowej charakteryzującej mięsak. *Lymphogranuloma malignum* Paltauf-Sternberg z wybiórczym snadowaniem w skórze może przypominać w obrazie histologicznym pewne cechy podobne do *granuloma fungoides*. Jednak nieobecność procesów stwardnienia (*sclerosis*) w utkaniu chorobowym i powyższej wymienione cechy charakterystyczne przebiegu, ustępowania zmian

i wrażliwości na leczenie nie przemawiają za istotnym tłem obu tych cierpień.

Stara teoria o zakaźnym pochodzeniu ziarniniaka grzybiastego oparta na sporadycznych dodatnich wynikach przeszczepiania materiału pochodzącego z guzów, na zwierzęta — nie zdołała się utrzymać. Wspomniane dziś przez doc. Kowalczykową możliwości nowych badań i sugerowanie kontrolnych szczepień materiałem wyodrębnionym z tkanki chorobowej w kierunku stwierdzenia jadu przesączalnego zasługują na baczną uwagę i na potrzebę ich wykonania; badania takie może mogły by potwierdzić przypuszczenia dawniejszych badaczy, opierających się na dodatnich wynikach szczepień na zwierzętach.

Polska szkoła dermatologiczna Krzyształowicza, której zapatrywania znalazły dziś oddźwięk w omawianych możliwościach etiologicznych kliniki prof. Tempki, uważała zgodnie z Paltaufem ziarniniak grzybiasty za nowotwór *sui generis*, odznaczający się wybitną dermatotropią. Powstawania zmian w narządach wewnętrznych w późniejszych okresach trwania zmian skórnych i tworzenie się guzów o podobieństwie do guzów złośliwych wskazywałyby na krwiopochodne przetrzuty.

Rozpoznanie kliniczne w przypadkach typu d'Aliberta-Bazin lub Hallopeau-Besnier w początkowych wczesnych i długotrwałych okresach — nastrożają bardzo znaczne trudności — typ *d'emblée* Vidala-Broqua może również nasuwać trudności rozpoznawcze, jak tego dowodzi dzisiejszy przypadek. Najcharakterystyczniejszym i nie budzącym większych wątpliwości jest obraz zespolowych zmian wczesnych naciekowych i późniejszych guzowatych. Obraz histologiczny guzów wykazuje polimorfizm w utkaniu. Charakter ziarniniakowy utkania tkankowego, umiejscowienie nacieku takie jak w demonstrowanych preparatach, tj. w głębszych i środkowych pokładach skóry właściwej, składającego się z ognisk łączących się w lite nacieki, złożone głównie z komórek okrągłych, podobnych do limfocytów, obecność różnorodnych komórek, a przede wszystkim omówionych dziś komórek ziarniniaka (choć nie charakterystycznych wyłącznie dla tej sprawy chorobowej), rozmieszczone w okach siateczki łącznotkankowej i poza nimi — nasuwa przypuszczenie, że ziarniniak grzybiasty może być wyrazem zaburzeń w układzie s. ś. Zanik substancji klejrodnej prawdopodobnie niszczonej przez te wspomniane komórki, przypominające komórki nabłonkowate, wskazuje na powrót do stanu embrionalnego (*syncythium*) utkania skóry właściwej, a przemawia za tym zaburzeniem obecność siateczki z obecnością stałych i wolnych różnopostaciowych histocytów.

Rozprawa nad dzisiejszym przypadkiem, wykazująca tak znaczne trudności w rozpoznawaniu i określaniu ziarniniaka grzybiastego wskazuje na konieczność ścisłej współpracy dermatologów nowoczesnych z internistami i na konieczność zapoznania się dermatologów z zasadami i metodami badań nauki o chorobach wewnętrznych. I w tej ścisłej współpracy leży przyszłość dermatologii.

Doc. dr L. Tochowicz z Kliniki wewnętrznej prof. Tempki przedstawia przypadek rzadkiego przebiegu białaczki szpikowej.

Chory lat 41, rolnik, zgłasza się do Kliniki dnia 7. V 1945 z tym, że odczuwa klucie w lewym boku, zadyszkę przy chodzeniu, ogólne osłabienie a ponadto zauważył powiększanie się brzucha i występowanie obrzęku. Obecna choroba datuje się od 1943 roku. We wrześniu 1943 roku chorey został uderzony w lewy bok spadającym koszem (napelnionym owocami o wadze 10—12 kg z wysokości około 8 metrów). Bezpośrednio po wypadku chorey nie odczuwał większych dolegliwości, nie przerywał swoich zajęć jako rolnik przez dalszych 6 dni. Nagle w 7 dniu po wypadku poczuł gwałtowny ból brzucha, a wzwany lekarz polecił natychmiast leczenie szpitalne. W 8 dniu po wypadku była przeprowadzona operacja, przy której stwierdzono dużą pękniętą śledzionę i wielką ilość wylanej krwi do jamy brzusznej. Śledzionę usunięto. Po zabiegu dokonano przetoczeń krwi około 500 cm i w trzy tygodnie później opuścił szpital w stanie względnie dobrym, jakkolwiek już do stanu przedoperacyjnego dotychczas nie powrócił. Przy wypisywaniu ze szpitala choremu powiedziano, że ma zgłaszać się do kontrolnego badania krwi ponieważ znaleziono u niego nadmierną ilość ciałek białych. 30 XI 1943 ciałek białych 65 000 a 23 III 1944 — 249 000. W 12 roku życia chorey przebył zakażenie ropne, wychodzące z obtarcia lewej nogi butem. Wówczas zropiały gruczoły w dolku kolanowym, pachwinowym, z ktychych, jak chorey podaje, łała się przez 6—8 tygodni ropa. Poza tym

na nie chorował. *Lu negat.* Pali nie dużo, pije okolicznościowo. Warunki względnie dobre. Dziedziczność bez znaczenia. Ojciec 80 lat, matka 70 lat, umarli. 4 siostry i 3 bracia żyją zdrowi.

Badanie przedmiotowe

Odechylenia od normy: wyniszczenie ogólne, odżywienie podupadłe, mięśnie i tkanka tłuszczowa zanikające. Chory blady. Gruźzoly szyjne, łokciowe drobne pojedyncze, pachowe i pachwinowe dość duże, pakietowate, ruchome nie zrosnięte z otoczeniem.

Klatka piersiowa: w dole wybitnie rozszerzona, granice płuc dość znacznie podwyższone, ruchomość ograniczona. Serce bez większych odsunięć od normy. Jama brzuszna — blizna pooperacyjna, poza tym wątroba olbrzymia, powiększona, sięga poniżej pępka, tak płatem lewym jak i prawym. Powierzchnia twarda, drobnoziarnista. Płynu w jamie brzusznej nie stwierdza się. Na lewym pośladku na szerokość dłoni poniżej lewego grzebienia miednicy stwierdza się guz podłużny, wielkości 2 pięści. Guz ten nie wykazuje żadnych cech zapalnych bez zaczerwienienia, bez obrzęku około niego, jakkolwiek jest chębotający i przy ucisku dość silnie bolesny. Chory podaje, że guz ten wystąpił w grudniu 1944 roku, tylko był znacznie twardszy. Od razu tu dodajemy, że 15 b. m. stwierdziliśmy podobny guz jednakże nie wykazujący chębotania po stronie prawej. Również i ten guz jest bolesny.

Badania dodatkowe

1) Mocz kwaśny, ciężar gat. 1020, białość — ślad, urobilinogen niewymierzalny, chlorki, cukier, diazo bez zmian, mikroskopowo co kilka pól widzenia wałeczek drobno-ziarnisty, 6—8 leukocytów i liczne krystaliki kwasu moczowego.

2) Badanie krwi: Hb 32⁰/₀; c. czerw. 2,300.000, wskaźnik 0,7, ilość płytek 1,200.000, czas krwawienia 10 minut, czas krzepnięcia początek 9 min., koniec 15 min., obraz białych ciałek krwi metamyelocytów 22⁰/₀; promylocytów 3⁰/₀; myelocytów 20⁰/₀; młode 11⁰/₀; pałeczki 21⁰/₀; wiele 16⁰/₀; limfo 1⁰/₀; eo 1⁰/₀; mono 5⁰/₀. Opadanie po 1 godz. 10, po 2 godz. 19.

12 V 1945 wydobyto około 200 cm płynnej czekoladowej treści z guza na lewym pośladku. Pod mikroskopem stwierdzono tylko masy rozpadłych i resztki różnopostaciowych ciałek białych, pojedyncze krwinki czerwone.

Bakteriologicznie ani metodą Grama ani Zhila żadnych bakterii nie wykazano.

Hodowla po 24 i 48 godz. jałowa.

9 V 1945. RN we krwi 24. Takata ujemny.

12 V 1945 punkcja mostka: obraz pod mikroskopem bardzo niewiele różniący się od obrazu odnalezionego na obwodzie.

23 V 1945 spunktowano naciek powstały w przebiegu obserwacji klinicznej na pośladku po stronie prawej. W punktacji tym obok komórek cechujących obraz przewlekłej białaczki szpikowej, a więc takich jak meta, myelo, promyelo i pojedynczych myeloblastów znajdujemy komórki, które różnią się od tych ostatnich tym, że jądro ich jest przejrzyste w stosunku do młodych cech zarodki, a mianowicie:

jądro tych komórek jest zbite, dobrze barwiące się na cjeomoniebiesko, rzadko tylko można w nim dostrzec się jąderka, natomiast protoplazma nie wykazuje względnie wykazuje bardzo minimalną ziarnistość, a stwierdzamy w niej raczej utkanie siateczki wypełnionej protoplazmą barwiącą się słabo niebiesko.

Przypadek ten de nonstrujemy po 1) z tego powodu, że stosunkowo rzadko stwierdzamy w przebiegu przewlekłej białaczki szpikowej nacieki w skórze. W przewlekłej białaczce jako w schorzeniu układowym przyjęć może do przemiany (metaplastji) a raczej do powrotu do stanu jej czynnościowego, który istniał w życiu płodowym. Wyrazem tego jest zachowanie się obrazu mikroskopowego punktu z powstałego nacieku, a więc w tkance podskórnej w naszym przypadku. Następnie widzimy, że w obrębie tego nacieku przychodzi do zanikania, obumarcia, do rozpadu elementów komórkowych tu powstałych. Znowu wydaje się, że mamy w danym przypadku okazję do obserwacji czynności układu siateczkowo-śródbłonkowego, jaka mu jest wyznaczona w życiu osobniczym, tylko zamiast heterolizy, autolizy i stąd powstanie płynnej treści w miejscu nacieku. Samo miejsce powstawania tego nacieku tłumaczyć należy tylko warunkami mechanicznymi, a mianowicie ciągły ucisk być może doprowadza do hyper i metaplastji tego układu mezenchymalnego. W naszym przypadku należałoby jeszcze podkreślić to, że wielki ubytek tego skupienia mezenchymalnego wraz ze śledzioną musi najprawdopodobniej wytworzyć pogotowie ustrojowe do wyrównania,

skompensowania tego ubytku wszędzie tam, gdzie jest ten układ mezenchymalny rozrzucony w ustroju. A więc dopatrzony się tu tego w ogroźnie przerosłej wątrobie i w tych naciekach, o których mówimy. Jaka jest łączność obserwowanego przypadku z urazem którego doznał? Wydaje nam się, że tu nie możemy dopatrywać się związku przyczynowego między urazem a powstaniem schorzenia. Białaczka istniała tu najprawdopodobniej przed urazem.

Mając na uwadze przebieg tego przypadku po wycięciu śledziony sprzed półtora roku musimy potwierdzić, że zabieg chirurgiczny przez wycięcie śledziony w przebiegu białaczki przewlekłych mija się z celem i nie tylko nie wpływa leczniczo na sprawę chorobową, ale raczej pogarsza ogólny stan chorego. Pozostaje jeszcze na razie bez odpowiedzi dalszy przebieg choroby, przy należyтым leczeniu promieniami Rentgena głównie zwracać będziemy uwagę na ogniska powstałe w tkance podskórnej, które są dla Kliniki bardzo dostępne przez łatwość sporządzania preparatów mikroskopowych.

Dr A. Sokołowski z Kliniki wewnętrznej prof. Tempki, przedstawia przypadek *poliarthritis chron. luetica*.

Chora, lat 49, zamężna, zgłasza się do Kliniki z powodu bólów i niemożności wykonywania ruchów w stawach barkowych, kolanowych, w prawym stawie nadgarstkowym oraz w stawach śródreżzowopalczkowych ręki prawej. Choroba rozpoczęła się w styczniu br., kiedy to po spędzeniu kilku dni w zimnym schronie wystąpiły bóle w kolanach. Bóle te po kilku dniach objęły także stawy barkowe, a po dwóch tygodniach także i stawy ręki prawej. Bóle dolegały i dolegały jeszcze obecnie chorej, głównie w nocy. Równocześnie z bólami wystąpiła gorączka i obfite poty. Z chorób przebytych chora podaje rwę kulszową lewostronną przed 5 laty, oraz ostre zapalenie nerek przed 3 laty. Wencr. negat. Pierwsza miesiączka w 13 roku życia, ostatnia przed pół rokiem. Przeżyła 1 poród prawidłowy na czasie, dziecko zdrowe, rodziców straciła we wczesnym dzieciństwie, matka zginęła w wypadku, ojciec zmarł na gruźlicę. Warunki życia korzystne, tytoniu ani alkoholu nie używa.

Badanie przedmiotowe: Powłoki bez zmian, w szczególności nie stwierdzono się żadnych zmian świadczących o przebytej kile. Poza tym z odechyłań od normy stwierdzano się rozległe zmiany karietyczne w zębach, skrócenie wypuku i zaostrenie szmerów oddechowych nad lewym szyjnym, oraz rozległe zmiany w zakresie narządu ruchu. Kończyny górne były przywiedzione do tułowia i unieruchomione w stawach barkowych. Kończyna górna prawa usztywniona w stawie nadgarstkowym, który wykazuje wyraźny obrzęk i zatarte konturów. Okolice stawów między kośćmi śródreżza i palcami ręki prawej silnie obrzękłe i zaczerwienione. Kończyny dolne wykazywały zmiany jedynie w zakresie kolan w postaci nieznacznego obrzęku. W zakresie wszystkich opisanych stawów oraz w zakresie kręgosłupa lędźwiowego żywa bolesność uciskowa oraz bolesność przy ruchach czynnych i biernych. W zakresie innych narządów zmian nie stwierdzono. Z badań dodatkowych odechylenia od normy wykazało: badanie krwi na odczyn Biernackiego: 100/116, badanie krwi na OWA: silnie dodatni, odczyn citoholowy dodatni, odczyn Meinicke'go dodatni. Badanie rentgenologiczne klatki piersiowej wykazało w obu szczytach i w okolicach podszczytowych zmiany krwio pochodne włóknisto-guzkowe o charakterze *thc. fibrosa densa*.

Badanie rentgenologiczne stawów kolanowego lewego oraz barkowego lewego poza nieznacznego stopnia odwapnieniem przylegającym do stawu części kostnych zmian nie wykazało.

Badanie neurologiczne i badanie okulistyczne zmian chorobowych nie wykazało. Odczyn Mestera dał wynik dodatni.

Na podstawie wyników powyższych badań nasunęły się dwie możliwości. Albo chodziło o podostłą sprawę gościecową u osobnika z *lues seropositiva*, albo też o zapalenie stawów na podłożu kilowym. Rozstrzygające poniekąd znaczenie miałyby tu zbadanie punktu stawowego na OWA. Jednakże uzyskanie punktu z powodu braku wysięku w większych stawach okazało się niemożliwe. U chorej zastosowaliśmy początkowo leczenie przeciwgościecowe w postaci uderzenia salicylowego w ilości 10 g *Natr. salic.* w ciągu doby *per os*, a następnie zastrzyków dożylnych codziennie w ilości 10—15 cm 10% roztworu *Natr. salic.* obok 4 g *Natr. salic.* dziennie *per os*. Ponadto, jak zwykle w takich wypadkach, przeprowadziliśmy równocześnie usunięcie zębów karietycznych. Pomimo tego leczenia chora w ciągu 4 tygodni wykazała jedynie nieznaczną poprawę. Dolegliwości i obrzęki, chociaż mniejsze, utrzymywały się nadal. Rozpoczęliśmy więc leczenie swoiste przeciwkilowe, podając chorej domięśniowo bismut w dawkach po 0,1

dożylnie Novarsolenem w dawkach po 0,15 do 0,3. Leczenie swoiste prowadziliśmy ostrożnie, ponieważ liczyliśmy się z możliwością odczynów swoistych. I rzeczywiście, po drugim zastrzyku Novarsolenem (0,3) nastąpiło zaostrzenie bólów i silniejszy obrzęk stawów, tudzież zwyżka ciepłoty do 38°. Po dwóch dniach objawy cofnęły się i nie pojawiały się już więcej po następnych zastrzykach. Stopniowo stan chorej poprawiał się, bóle ustąpiły prawie całkowicie, obrzęki cofnęły się. Dotychczas podaliśmy łącznie 8 zastrzyków bismutu i 1,5 g Novarsolenem.

W przypadku powyższym mamy oprócz zapalenia stawów na tle kilowym także grzliczą krwiopochodną sprawę w płucach, o przebiegu wybitnie dobrotliwym. Czy między obydwoma cierpieniami zachodzi jakiś stosunek i w czym się on wyraża, tego dzisiaj rozstrzygnąć nie można. Stwierdzić tylko należy, że nie mamy tu do czynienia z postacią zakażenia mieszanego kilowo-grzliczego w znaczeniu opisywanych przypadków współistnienia sprawy zapalnej stawowej na tle kilu obok takiejże sprawy na tle zakażenia rzeżączkowego. Nie możemy takiej postaci przyjąć z tego powodu, ponieważ nie mamy żadnych danych dla współistnienia sprawy swoistej grzliczej w stawach. Moglibyśmy natomiast w naszym przypadku przyjąć postać mieszaną kilowo-goścową, za czym przemawiałaby nieznaczna poprawa po leczeniu salicylowym, dodatni odczyn Mestera oraz wybitnie dobrotliwy przebieg grzliczy płuc, co spostrzegane było niejednokrotnie w przypadkach typowego, przewlekłego gościca stawowego, np. w przypadkach choroby Bechterewa, z równoczesną grzliczą płuc. Wspomnieć wreszcie należy o jednym jeszcze czynniku, który w naszym przypadku odgrywał prawdopodobnie rolę wyzwalającą, tj. okres przekwitania. Wiemy jak doniosłą rolę odgrywa on w patogenie schorzeń gościcowych. U chorej, którą przedstawiłem, dolegliwości stawowe wystąpiły w krótkim czasie po ustaniu periodów. Prawdopodobnie więc czynnik hormonalny nie był tu również pozbawiony wpływu.

Dr Fenczyn z Kliniki wewnętrznej prof. Tempki, przedstawia przypadek zespołu Felty'ego na tle grzliczym i omawia obraz chorobowy oraz etiologię na podstawie danych z literatury (rzecz ukaże się osobno w druku)

Protokół

z posiedzenia naukowego z dnia 6 czerwca 1945 r.

Dr M. Kubiczek (z Kliniki wewnętrznej prof. Tempki) przedstawia przypadek tzw. guza typu *Pancoasta*. Chodzi tu o 65-letniego mężczyznę skarżącego się od 4-eh miesięcy na silne stałe bóle w prawym barku, promieniujące wzdłuż całej ręki, kaszel oraz ogólne osłabienie. Przed przybyciem do Kliniki leczono chorego początkowo na serce, jednakowoż bez żadnej poprawy. Badaniem fizykalnym oraz rentgenologicznie stwierdzono jedynie objawy przemawiające za istnieniem procesu grzliczego włóknistego w prawym szczyście płucnym. Ponieważ jednak grzlicza sprawa przeczytowa nie tłumaczyła w dostatecznym stopniu objawów bólowych w zakresie barku i ręki, wysunięto podejrzenie, że chodzi tu o proces nowotworowy złokalizowany w szczyście płucnym w sensie tzw. guza *Pancoasta*. Podejrzenie to znalazło potwierdzenie w wyniku badania pulmonogramu, czyli zbadaniu mikroskopowym punktu uzyskanego drogą nakłócia szczytu płucnego za życia chorego. Pulmonogram wykazał obecność komórek nowotworowych. Nekroskopia potwierdziła później w zupełności rozpoznanie. Dokładny opis przypadku jak również odnośnie do symptomatologii guzów typu *Pancoasta* oraz w sprawie wartości klinicznej badania pulmonogramów ukaże się w najbliższym czasie osobna praca. Wyniki badania sekeyjnego oraz badania histopatologicznego, potwierdzające rozpoznanie kliniczne, przedstawiła doc. dr Kowalezykowa.

Dr M. Kubiczek (z Kliniki wewnętrznej prof. Tempki) przedstawił przypadek odosobnionego guza wychodzącego z lewej wnęki płucnej. Chory spostrzegany był w I. Klinice Chorób Wewnętrznych U. J. po raz pierwszy przed 7-miu laty i już wtedy stwierdzono u niego obecność dobrotliwego guza lewej wnęki płucnej. Po raz drugi spostrzegano chorego w r. 1945. Na podstawie długotrwałego dobrotliwego przebiegu sprawy chorobowej, obrazu rentgenologicznego, w wyniku szeregu badań dodatkowych, rozpoznano i tym razem proces o charakterze dobrotliwym. Przypuszczenie, że chodzi tu o rzadką izolowaną postać guzową płucną choroby Besnier-Breca, znalazło potwierdzenie w wyniku badania mikro-

skopowego punktu guza. Dokładny opis powyższego przypadku będzie ogłoszony w najbliższym czasie.

W dyskusji dr Szczeklik podaje opis swego przypadku i zapytuje o leczenie. Dr Kubiczek odpowiada, że stosuje leczenie ogólne i wspomina o próbach leczenia złotem.

Prof. Tempka podnosi konieczność współpracy dermatologów z internistami; przypadki choroby Besnier-Boeckha nie łatwo rozpoznawane są właśnie dowodem konieczności tej współpracy.

Dr Aleksandrowicz (z Kliniki wewnętrznej prof. Tempki) przedstawił przypadek *myeloma multiplex*.

U 56-letniej wieśniaczki rozwinął się w ciągu 6-cio miesięcznego trwania zespół chorobowy polegający na 1) dotkliwych bólach zwłaszcza w zakresie kości miednicy i kończyn dolnych, utrudniających a potem uniemożliwiających poruszanie się, 2) na samoistnych złamaniach kości, 3) na postępującym wyniszczeniu.

Z badań dodatkowych jedynie we krwi zaznaczają się odchylenia od normy. C. cz. 2,300.000, krwinki wykazują owalność i drepanocytozę. Drepanocytoza polega na ukazywaniu się we krwi ciałek czerwonych kształtu wrzeciona lub sierpu. Zjawisko to rzadkie w rasie białej, występuje często u murzynów. Na podstawie przeprowadzonych pewnych biologicznych prób, uważamy tę drepanocytozę w naszym przypadku za jedynie dalej posuniętą poikilocytozę w zakresie owalocytów.

Ilość ciałek białych 12.000 w tym 71% stanowią komórki tzw. limfoidalne, których początkowo jedynie na podstawie badania krwi obwod. nie umiałem różniczkować, a które okazały się zmienionymi komórkami plazmatycznymi. 11% monocytów, 17% neutrocytów, 10% eozynofików.

Odczynny Wassermana, Takaty, Weltmanna wypadły ujemnie. Wskaźnik refrak. 7,01, globulin 4,83, albumin 2,18. Oporność na NaCl 0,34—0,35. Rn, Indykan, chlorki, choresterol, bilirubina w normie.

Badanie radiologiczne wykazuje w kościach czaszki liczne okrągłe wyjaśnienia, dochodzące rozmiarem do wielkości groszku zielonego, przy czym brak odczynu ze strony otaczającej tkanki kostnej. Podobne zmiany spotyka się w kościach całego szkieletu. Największych rozmiarów rozrzedzenia spotyka się w kościach miednicy. Na bocznym zdjęciu mostka widoczne złamanie trzonu w dwu miejscach.

Rozstrzygającym w rozpoznaniu było zażyciowe badanie szpiku uzyskanego przez nakłucie kości miednicy i mostka. Badanie to wykazało przekształcenie plasmokomórkowe. Komórki plazmatyczne przerastając nowotworowo, przytłaczają inne układy szpikowe, co doprowadza do niedokrwistości i granulocytopenii.

W świetle tych bioptycznych badań staje się nam jasna natura zmian w kościach. Widzimy, że komórki plazmatyczne ulegając nowotworowemu przerostowi tworzą w kościach ogniska rozplenu, co doprowadza do niszczenia substancji kostnej i następnych bólów i złamań samoistnych. Ten stan choroby to plasmocytoma (niesłusznie tzw. powszechnie *myeloma*), w okresie daleko posuniętego niewyrównywania, w wyniku czego ujawniają się we krwi obwodowej komórki plazmatyczne, dając postać jawną czyli leukemiczną omawianego schorzenia. Stan ten pokutuje w podręcznikach pod niesłuszną nazwą białaczki plazmatycznej. Właściwszą nazwą, która by określała istotę naszego schorzenia a zarazem jego nozologiczne stanowisko to *reticulosis plasmacellulare manifestata*, czyli siatkowica plazmatycznokomórkowa jawną.

Na marginesie tego przypadku nasuwa się problem istoty komórek plazmatycznych. W ostatnich latach rozpowszechnił się pogląd jakoby komórki plazmatyczne współdziałały w tworzeniu pewnych ciał białkowych osocza. Przemawiać ma za tym zwiększenie ich liczby w szpiku w przypadkach, w których wzrasta globulinowa frakcja we krwi, jak w marskościach wątrobowych, myelomatach itd. Osobiście nie powiodło mi się spostrzeganie jakiejś równoległości między zwiększeniem liczby komórek plazmatycznych a przesunięciem stosunku albuminowo-globulinowego, czego wyrazem zazwyczaj ujemnie odczynu — Takaty i Weltmanna oraz białko Bence Jonesa w moczu. Przeto winno, moim zdaniem, to twierdzenie ulec pewnej rewizji.

Wątpliwość moje popiera jeszcze spostrzeżenie, że w przypadkach tzw. białaczki plazmatycznej, czyli jawnej siatkowicy plasmokomórkowej, odczynny test wypadają zazwyczaj ujemnie pomimo wybitnej proliferacji plasmokomórkowej, podczas gdy w chloroma lub *myeloma (s. reticul, plasm. compensata s. oc-*

culta) zawsze wypadają dodatnio. Zjawisko to spostrzega się w naszym przypadku jak i w szeregu kazuistycznych publikacji, na co jednak autorzy nie zwracali należytej uwagi.

Z powyższego wnoszę, że zmiany stosunku białek surowicy w przypadkach wyrównanej siatkowicy plazmokomórkowej, są wyrazem czynności zapory szpikowej, nie dopuszczającej komórek plazmatycznych do krwi obwodowej. Tym zwiększeniem globulin bronić się może ustrój przed zmianą składu soków ustrojowych. Gdy w swej nowotworowej dążności do rozprzestrzeniania się zostanie jednak „zapora“ przełamana, i komórki plazmatyczne przejdą do krwi obwodowej, traci ona swe dotychczasowe znaczenie. Próg zapory zaciera się i poziomy ulegają wyrównaniu. Dlatego gdy w przypadkach chloroma lub myeloma spotyka się dane komórki we krwi obwodowej, czyli gdy postać ukryta przechodzi w jawną, ina-

czej wyrównana w niewyrównaną, przesunięcia białek jako już „niepotrzebne“ wracają do normy.

Komórki plazmatyczne odgrywają jakąś niewyjaśnioną rolę w gruźlicy płuc ropadowej. We wszystkich bowiem 30 badanych przypadkach tbc. spostrzegalem w szpiku stale zwiększoną liczbę kom. plazm. a w dwu przypadkach tak krańcowo silny odczyn plazmatyczny, że obraz szpikowy nie różni się niczym od myeloma, jedynie przebieg i brak zmian kostnych przemawia za odczynem. Czy ten związek między tbc. a plazmacytozą jest wyrazem działania prątków na układ ś. s. czy też innych ustrojowych przejawów, trudno w tej chwili powiedzieć. Zagadnienie to jest tematem osobnej rozprawy.

Dr Fenczyn (z Kliniki wewnętrznej U. J. prof. Tempki) przedstawił mięsaka płuc (rzecz ukaże się osobno w druku).
(c. d. n.)

Z I Z B Y L E K A R S K I E J W K R A K O W I E

RZECZPOSPOLITA POLSKA

Ministerstwo Zdrowia Warszawa, dnia 9 lipca 1945
Nr Org. 43/45.

O K Ó L N I K Nr 10/45

Dotyczy zasiłków osiedleńczych dla personelu sanitarnego.

Do

Wszystkich Naczelników Wydziałów Zdrowia Urzędów Wojewódzkich

Z uwagi na znaczenie, jakie dla osób osiedlających się na ziemiach nowoprzyłączonych, ma zapewnienie im tam pomocy leczniczej, zarządzam:

1. Każdemu lekarzowi, lekarzowi-dentyście, farmaceucie, fclcezerowi oraz pielęgniarce, którzy udają się na ziemię przyłączone, celem osiedlenia się tam — będzie wypłacony bezzwrotny zasiłek na koszty podróży w kwocie 1.000 zł (jeden tysiąc złotych).
2. Do wypłaty tego zasiłku jest uprawniony Naczelnik Wydziału Zdrowia tego Województwa, w którym mieszka osoba wymieniona w pkt. 1. Naczelnik Wydziału Zdrowia jest obowiązany sprawdzić uprawnienia zawodowe osoby zgłaszającej się o wypłatę zasiłku, odebrać od niej pisemną deklarację, że zobowiązuje się ona wyjechać w ciągu dni 7 oraz osiedlić się w miejscu wskazanym przez Naczelnika Wydziału Zdrowia tego Województwa, do którego zostaje skierowana. Naczelnicy Wydziałów Zdrowia na ziemiach przyłączonych, zawiadamiają Naczelnika Wydziału Zdrowia, który zasiłek wypłacił, o zgłoszeniu się takiej osoby, celem umożliwienia ewidencji, czy osoby, które zasiłek otrzymały, istotnie na wzmiankowanym terenie osiedliły się. Na wydatki związane z wypłatą tych zasiłków, Ministerstwo Zdrowia otwiera równocześnie Urzędowi Wojewódzkim odpowiedni kredyt. Zarządzenie niniejsze dotyczy tylko takich pielęgniarek, które ukończyły 2-letnią szkołę pielęgniarstwa, albo posiadają kwalifikacje wyszczególnione w ust. I. art. 19 ustawy z dn. 21. II. 1935 r. o pielęgniarstwie — Dz. U. R. P. Nr 27, poz. 199, albo złożyły egzamin przewidziany w art. 20 tej ustawy. O ile zaś idzie o fclcezerów, powinni oni wykazać niewątpliwie, że przed wrześniem 1939 r. uzyskali prawo do wykonywania czynności fclcezerskich, na podstawie ustawy z dnia 1 lipca 1921 r. Dz. U. R. P. Nr 64, poz. 396.
3. Każdy lekarz, który osiedlił się na ziemiach nowoprzyłączonych i obejmie stanowisko w publicznej służbie zdrowia, wskazane przez Naczelnika Wydziału Zdrowia właściwego dla miejsca osiedlenia — otrzymuje jednorazowy zasiłek osiedleńczy w kwocie zł 3.000 (trzy tysiące złotych); każda pielęgniarka, fclcezer, akuszerka — zł 2.000 (dwa tysiące złotych). Ubiegający się o wypłatę zasiłku składa w Urzędzie Wojewódzkim pisemne zobowiązanie do wykonywania na tym obszarze praktyki zawodowej przez 2 lata i obejmowania w tym czasie stanowisk w publicznej służbie zdrowia, wskazanych przez władze sanitarne.
4. Naczelnicy Wydziałów Zdrowia Urzędów Wojewódzkich na ziemiach nowoprzyłączonych, zawiadamiają bezzwłocznie

Ministerstwo Zdrowia o liczbie lekarzy-dentystów, fclcezerów i pielęgniarek, jaka jest jeszcze potrzebna w poszczególnych województwach na ziemiach nowoprzyłączonych.

Minister:

(—) Dr med. Franciszek Litwin

CENNIK NALEŻNOŚCI LEKARSKICH W WOJEWÓDZTWIE KIELECKIM

Ogłoszone w Nr 1 Przeglądu Lekarskiego z 1 lipca 1945 stawki cennika należności lekarskich obowiązujące na terenie wojew. krakowskiego mają również moc obowiązującą na terenie województwa kieleckiego, albowiem wojewoda kielecki zatwierdził je zarządzeniem Nr 20—9/5/45 z 16 lipca 1945.

Cennik ten wszedł w życie z dniem zatwierdzenia go, tj. od 16 lipca 1945 i obowiązuje na terenie całego województwa kieleckiego w razie nie zawarcia z lekarzem oddzielnej umowy.

Izba Lekarska w Krakowie przypomina Kolegom, że Dekretem P. K. W. N. z 20 XI 1944 (Dz. U. R. P. Nr 12, poz. 62) oraz Dekretem P. K. W. N. z 22 XII 1944 (Dz. U. R. P. Nr 15, poz. 87) zostały wprowadzone miesięczne zaliczki dla wszystkich płatników podatku obrotowego i dochodowego. W myśl tych przepisów każdy płatnik jest obowiązany złożyć deklarację osiągniętego w ubiegłym miesiącu obrotu i dochodu do dnia 25 każdego miesiąca i wpłacić zaliczkę na te podatki, obliczoną na podstawie deklarowanego obrotu i dochodu.

W myśl zasad ustawy o podatku obrotowym cały rzeczywisty przychód brutto lekarza jest jego obrotem, zaś przychód ten po potrąceniu kosztów jego osiągnięcia, zachowania i zabezpieczenia stanowi dochód lekarza.

Izba Lekarska zwraca Kolegom nie tylko do wpłacania miesięcznych zaliczek, gdyż zaniedbanie tego naraża lekarzy na kary pieniężne, lecz nadto apeluje do lekarzy, aby podawali w swych zeznaniach kwoty rzeczywiście osiągniętych zarobków.

REWINDYKACJA STRAT LEKARSKICH¹⁾

Naczelnia Izba Lekarska rozesłała Izbowi Lekarskim odpisy okólników Biura Odszkodowań Wojennych przy Prezydium Rady Ministrów w sprawie rewindykacji strat lekarskich (gabinetów, urzędzeń, bibliotek lekarskich itp.), z prośbą o zebranie danych wśród wszystkich Kolegów, którzy ponieśli straty. Po otrzymaniu zebranych danych ze wszystkich Izb — Naczelnia Izba przesłała je do Ministerstwa Zdrowia.

Jednocześnie Naczelnia Izba Lekarska zaznacza, że powyższa ankieta nie wyklucza składanych zeznań w sprawie szkód wojennych, które należy składać bezpośrednio w zarządach miast czy powiatów.

¹⁾ Materiał w sprawie rewindykacji strat lekarskich nadszedł do redakcji tak późno, że termin 1 września, o którym mowa w piśmie Ministerstwa Zdrowia do Naczelnej Izby Lekarskiej dawno został przekroczony. To też ze swej strony zalecamy Kolegom jak najszybsze nadesłanie odpowiedzi na ankietę. (Przyp. red.).

Ministerstwo Pracy, Opieki Społecznej
i Zdrowia
w miejscu

Biuro Odszkodowań Wojennych przy Prezydium Rady Ministrów nie otrzymało dotychczas sprawozdania o przebiegu akcji rejestracji szkód wojennych, które dotyczą szpitali, ośrodków zdrowia, ubezpieczalni społecznych oraz innych zakładów i instytucji, podlegających Ministerstwu Pracy, Opieki Społecznej i Zdrowia.

Uchwały Konferencji Krymskiej stawiają zagadnienie odszkodowań wojennych w płaszczyźnie reparacyjnej, a więc nie tylko odszkodowań z dochodu społecznego Niemiec, co jest jedynie słuszne i naturalne wobec totalnego zniszczenia, dokonanego przez Niemcy w krajach czasowo okupowanych.

Zapowiedź powołania Komitetu Reparacyjnego w związku z niedalekim już końcem wojny powoduje konieczność przyspieszenia prac przygotowawczych w kierunku zebrania materiału w sprawie ustalenia rozmiaru, jakości i wartości szkód wojennych oraz rozmiaru i możliwości reparacji w naturze.

Proszę o wydanie odpowiednich zarządzeń w zakresie akcji rejestracyjnej, prowadzonej przez organa podległe Ministerstwu, przy uwzględnieniu poniższych wytycznych, koniecznych ze względu na uchwałę Konferencji Krymskiej.

Należy ustalić:

- 1) jakie przedmioty i w jakiej ilości zostały uszkodzone (częściowo, czy zupełnie), przy szczególnym uwzględnieniu urządzeń (gabinety, pomoce naukowe itp.),
- 2) jakie przedmioty (urządzenia) i w jakiej ilości zostały wywiezione i w miarę możliwości wskazać dokąd zostały wywiezione,
- 3) wysokość szkody wedle wartości z 31 sierpnia 1939 roku w złotych w zlocie,
- 4) jakie potrzebne przedmioty (urządzenia) dla restytuowania stanu przed uszkodzeniem,
- 5) czy nabyć je można w kraju i po jakiej cenie,
- 6) jaki jest koszt odbudowy technicznej zniszczonych budynków. Należy w tym kierunku działać w porozumieniu z Biurem Planowania i Odbudowy przy Prezydium Rady Ministrów.

Proszę, by Ministerstwo przeprowadziło przez swoje organa w terenie przy przyciągnięciu czynnika obywatelskiego, akcje ustalenia w przybliżeniu ilości osób, którym należałoby się renta z tytułu zabicia ich żywiciela lub pozbawienia go zdolności do pracy (zupełnie lub częściowo) oraz określić globalnie wysokość sumy zaopatrzenia inwalidzkiego, przy zastosowaniu obowiązujących norm ustawowych.

Wchodzi tu w grę zarówno inwalidzi wojenni, jak i ofiary reżimu okupanta.

Okupant, jak wiadomo, wywiózł idące w wiele setek tysięcy ilości obywateli polskich na pracę.

Należałoby ustalić globalnie zarówno te ilości osób wywiezionych, jak również w przybliżeniu wartość świadczonej przez nie pracy.

Okupant w kraju płacił robotnikom — Polakom — niższe stawki płacy, wobec czego konieczne jest globalne ujęcie tej niewypłaconej za okres okupacji części płac robotników i pracowników umysłowych.

Proszę o przepracowanie we właściwej instancji Ministerstwa zagadnienia strat gospodarstwa społecznego, spowodowanych niemożnością fachowego przygotowania kadr pracowniczych za okres okupacji, wywiezieniem i wyniszczeniem przez okupanta gospodarczych fachowców oraz przedstawienia wniosków w sprawie wyrównania tych braków przez przymusowe prace Niemców.

Proszę o przygotowanie materiałów, dotyczących wydatków opieki społecznej na rzecz ofiar hitlerowskiego terroru.

Proszę o przeprowadzenie we właściwej instancji Ministerstwa zagadnienia pogorszenia stanu zdrowotności kraju, wywołanego wygładzaniem ludności przez okupanta, niszczeniem przezeń szpitali i ośrodków zdrowia, przymusowym wieloletnim przebywaniem ofiar w obozach, bądź ukrywaniem się w lasach, piwnicach, bunkrach.

Należałoby w związku z tym stanem rzeczy zestawieć wzmoczone zapotrzebowanie urządzeń szpitalnych, sanatoryjnych, leków i środków odżywczych, których Niemcy miałyby dostarczyć w naturze.

Biuro Odszkodowań Wojennych
przy Prezydium Rady Ministrów
(—) Dr Emil Sommerstein

pieczęć okrągłą:
Biuro Odszkodowań Wojennych
przy
Prezydium Rady Ministrów

RZECZPOSPOLITA POLSKA

Ministerstwo Zdrowia Warszawa, dn. 27 lipca 1945 r.

Nr 24/45/Insp. Spraw.

Do
Naczelnej Izby Lekarskiej
w miejscu.

Przesyłam przy niniejszym odpisy rozporządzeń Biura Odszkodowań Wojennych przy Prezydium Rady Ministrów: Nr W./Szk./180/3/45 z dnia 27. 3. 45 r. i 1121/45 z dnia 25. 7. 45.

W związku z tym proszę o jak najszybsze zebranie odpowiednich wykazów szkód wojennych, poniesionych przez członków Izby i nadesłanie ich do Ministerstwa Zdrowia, Wydział Inspekcyjno-Sprawozdawczy w terminie do dnia 1 września r. b.

Przy przedmiotach wywiezionych lub zniszczonych należy dodać wartość ich w/g cen z 1. 9. 1939 r.

Niezależnie od powyższego nadesłać należy w najkrótszym czasie do Ministerstwa Zdrowia dane, dotyczące konkretnych możliwości rewindykacji wywiezionych przedmiotów lub zastępczego zaspokojenia ich braku (odnośnie załączonego okólnika Biura Odszkodowań Wojennych z dnia 25. 7. 45 r.).

2 zał. Minister
Dr med. Franciszek Litwin

Biuro Odszkodowań Wojennych

przy
Prezydium Rady Ministrów
Nr 1121/0

Warszawa, dnia 25 lipca 45.

Ministerstwo Zdrowia Publicznego
w miejscu.

Na podstawie ustalonego porozumienia z Biurem Rewindykacji i Odszkodowań przy Ministerstwie Przemysłu, zawiadamiam, że Biuro to dysponuje odpowiednim aparatem technicznym, który może dokonać rewindykacji wywiezionych obiektów, a także przeprowadzić zastępcze zaspokojenie w najbardziej pilnych potrzebach, nie tylko w zakresie przemysłu, ale i w innych zakresach.

W tym ostatnim wypadku współpraca z omawianym Biurem, może być podjęta, albo przez danie mu odpowiednich zleceń bez współdziałania fachowców Ministerstwa Zdrowia Publicznego, albo też przez wykorzystanie jedynie możliwości pomocy technicznej z jego strony (kwestia transportu, umożliwienie wyjazdu w strefy okupacyjne sowiecką, brytyjską, amerykańską, francuską, pomoc przy zabezpieczeniu obiektów itp.). Wówczas byłby konieczny udział odpowiednich fachowców ze strony Ministerstwa Zdrowia Publicznego.

Powołując się na swój okólnik w sprawach rewindykacji, oraz w celu skoordynowania tych spraw, proszę

- 1) o zawiadomienie, czy Ministerstwo Zdrowia Publicznego posiada już własny referat, czy Wydział, który zajmować się będzie rewindykacją i zastępczym zaspokojeniem najpilniejszych potrzeb,
- 2) czy wydział ten w powyższej akcji posługiwać się będzie swoimi fachowcami, czy też korzystać będzie wyłącznie z usług Biura Rewindykacji i Odszkodowań Wojennych przy Ministerstwie Przemysłu,
- 3) czy Ministerstwo Zdrowia Publicznego posiada już zebrany materiał, nadający się do rewindykacji, względnie zastępczego zaspokojenia. W wypadku pozytywnym, należy odpowiednio zestawienie powyższego materiału, przesłać do Biura Odszkodowań Wojennych przy Prezydium Rady Ministrów, jednocześnie przesłać kopię tego zestawienia do Biura Rewindykacji i Odszkodowań przy Ministerstwie Przemysłu.

Omaawiana sprawa jest bardzo pilna. Jeżeli Ministerstwo Zdrowia Publicznego nie posiada jeszcze odpowiednich komórek organizacyjnych oraz materiałów w tej sprawie, proszę o wydanie odpowiednich zarządzeń i zawiadomienie o tym Biura Odszkodowań Wojennych przy Prezydium Rady Ministrów.

Szef Biura Odszkodowań Wojennych
przy Prezydium Rady Ministrów
(Dr Emil Sommerstein)

WARUNKI PRACY LEKARZY

Na odezwę Redakcji w Nr 1 nadechodząc zaczyna ją z terenu odpowiedzi w sprawie warunków pracy lekarzy. Podajemy je w streszczeniu bez wymieniania nazwisk i miejscowości.

Redakcja
Dr B. P. wróciła zniszczona wojną do miasteczka, gdzie praktykuje prócz niej jeszcze kilku lekarzy. Urząd Skarbowy nalożył na nią za okres 3½ miesiąca zaliczkę na podatek obrotowy w kwocie 2.680 zł i 11.712 zł zaliczki na podatek dochodowy, razem 14.392 zł, czyli miesięcznie po 5.000 zł! Poszkodowana lekarka oświadcza, że w razie nie zdjęcia z niej tego horrendalnego haraczu muszona będzie zupełnie zrezygnować z praktyki lekarskiej.

Dr P. powołany został przez właściwą R. K. U. i wysłany do Rzeszowa w lipcu b. r. do Komisji Kontrolnej, gdzie wykonywał czynności po 10 godzin dziennie przez kilka godzin. Po powrocie, referent R. K. U. w Miechowie odmówił wypłacenia jakiegokolwiek diet za pracę w komisji poborowej nawet na obcym terenie i wyraził jedynie zdziwienie, że w Rzeszowie płacą za to po 100 zł dziennie.

Sprawa przydziału spirytusu

Izba Skarbowa w Krakowie Kraków 21 sierpnia 1945
Nr. IV. 7726/2/45

Do Izby Lekarskiej w Krakowie
ul. Krupnicza 11 a

Wskutek reskryptu Ministerstwa Skarbu z dnia 8. VIII. 1945 r., Nr. D. VI. 12980/3/871/45 Izba Skarbowa zawiadamia, że podanie z dnia 16. III. 1945 L. dz. 118/45 o przydział spirytusu dla członków Izby, po cenie I kategorii nie zostało uwzględnione.

Naczelnik Wydziału IV
St. Majewski mp.

Ministerstwo Aprowizacji i Handlu
L. dz. 12075. Warszawa 12. VII. 1945 r.

Do
Centrali „Społem“
Związek Gospodarczy Spółdzielni R.P.

w Warszawie
ul. Grażyny 13.

Dotyczy drożdży na cele lecznicze
Ministerstwo Aprowizacji i Handlu zobowiązuje wszystkie Spółdzielnie i sklepy rozdzielcze do sprzedaży drożdży na cele lecznicze na receptę lekarską do wysokości wyszczególnionej w receptce, z tym zastrzeżeniem, że punkt rozdzielczy może wydać petentowi pobierającemu drożdże na cele lecznicze jednorazowo ilość nie większą jak 100 gr, przy czym drożdże na ten cel wydaję dany punkt rozdzielczy w tych ilościach jakie mu zostały przydzielone do rozprzedaży na przydziały kartkowe.

Ministerstwo Aprowizacji i Handlu w danym wypadku bierze pod uwagę fakt, że pewna ilość konsumentów wstrzymuje się od wykupu drożdży kartkowych, celem jest więc by drożdże te zostały rozprowadzone na cele lecznicze. Sprzedaż drożdży na cele lecznicze trwa przez cały okres wydania drożdży kartkowych i po tej samej cenie I-szej kat. tzn. zł. 25 za 1 kg.

Lista strat

(c. d.)

102. Dr Kozłowski Michał z Sosnowca, zm. śm. nat. 6. V. 1940.

103. Dr Kuczewski Antoni z Zakopanego, zm. śm. nat. 8. II. 1941.
104. Dr Krokiewicz Antoni z Krakowa, zm. śm. nat. 12. II. 1941.
105. Dr Kirschenbaum Abraham ze Staszowa, zm. śm. nat. 5. V. 1941.
106. Dr Kupeczyk Berek z Koszyc, zm. śm. nat. 21. IX. 1941.
107. Dr Kowalski Seweryn z Tarnowa, zm. śm. nat. 28. V. 1944.
108. Dr Knauer Wilhelm z Brzeska, zm. śm. nat. 5. VII. 1944.
109. Dr Kropaczek Wilhelm z Krakowa, zm. śm. nat. 6. XII. 1944.
110. Dr Kranz Jakub, zm. śm. nat. w lecie 1943.
111. Dr Kurz Zygmunt, zm. śm. nat. w Płaszowie w lecie 1944.
112. Dr Kramarz Jakub z Wierzbnika, zginął w Oświęcimiu 28. VII. 1944.
113. Dr Kędziński Lucjan z Częstochowy, zm. śm. nat. 12. V. 1943.
114. Dr Kottas Adam z Dębicy, zm. śm. nat. 3. VII. 1943.
115. Dr Kwaśniewski Mikołaj b. wojewoda krakowski zginął w Oświęcimiu w maju 1940.
116. Dr Karasiński Stanisław z Krakowa, zginął.
117. Dr Kepler Wiktor z Krakowa, zastrzelony w Jaśle w październiku 1943.
118. Dr Kiełczewski Stanisław z Krakowa, zginął.
119. Dr Knaul Maksymilian z Krakowa, zginął.
120. Dr Lauer Aleksander z Krakowa, zm. śm. nat. 26. II. 1941.
121. Dr Liedtke Czesław z Oświęcimia, zginął w Dachau 7. IX. 1941.
122. Dr Lach Rudolf z Brzostka, zm. śm. nat. 6. X. 1942.
123. Dr Libaszewski Walerian z Przysuchy, zm. śm. nat. 3. IV. 1942.
124. Dr Leuchter Henryk z Krakowa, zginął w Tarnowie w lecie 1942.
125. Dr Lustig Julian z Krakowa, zamordowany we Lwowie 18. VIII. 1942.
126. Dr Leinkram Zygmunt z Krakowa, wywieziony do Belzca w r. 1942.
127. Dr Leinkram Michał z Krakowa, zginął w obozie koncentracyjnym w Niemczech.
128. Dr Libman Edward z Krakowa, wywieziony do Belzca w r. 1942.
129. Dr Lewinger Spira Gröna z Krakowa, zginęła w Oświęcimiu w r. 1943.
130. Dr Lazer Debora z Krakowa wywieziona do Belzca w jesieni r. 1942.
131. Dr Lachs Romuald z Krakowa, zginął w Warszawie w sierpniu 1944.
132. Dr Łopaciński Michał z Wysokiej, zm. śm. nat. 3. III. 1940.
133. Dr Łuszcz Bogusław ze Słupinowej, zm. śm. nat. 25. II. 1941.
134. Dr Łokczewski Kazimierz z Częstochowa, zm. śm. nat. 2. VI. 1941.
135. Dr Łepkowski Mieczysław z Secenia, zm. śm. nat. 26. IV. 1943.
136. Dr Łęczycki Aleksander z Krakowa, zginął we Lwowie 24. VI. 1941.

C. d. n.

W uzupełnieniu podajemy skład Zarządów dotychczas zorganizowanych obwodów w Województwach Krakowskim i Rzeszowskim z Okręgiem Kraków:

1. Kraków. Zarząd: Przewodniczący prof. dr Rutkowski Maksymilian, zastępca dr Stein Bolesław, sekretarz dr Godlewski Waclaw, zastępca sekretarza dr Marcinkowski Włodzimierz, członkowie Zarządu: prof. dr Walter Franciszek, Prymariusz dr Gołab Jan, dr Stypa Mieczysław i dr Leńko Jan.

2. Miechów. Zarząd: Przewodniczący dr Landy Aleksander, zastępca dr Pietruszewski, skarbnik dr Downarowicz, sekretarz dr Tolpa.

3. Rzeszów. Zarząd: Przewodniczący dr Szantruczek Hieronim, zastępca dr Nieć Teofil, sekretarz dr Grzegorzczak Józef, skarbnik dr Brzeski Alfred.

4. Tarnów — Dąbrowa. Zarząd: Przewodniczący dr Bielatowicz Marian, członkowie Zarządu: dr Waręda, dr Śliwonik, dr Krukar i dr Chwalibóg. Utworzono Komisję Naukową z drem Śliwonikiem na czele.

5. Chrzanów. Zarząd: Przewodniczący dr Schimmer Seweryn, zastępca dr Klaczak, sekretarz dr Janowska Janina, skarbnik dr Bobrzyński.

6. Krosno. Zarząd: Przewodniczący dr Lorenz Antoni, sekretarz dr Glazar Władysław.

7. Brzesko. Zarząd: Przewodniczący dr Runge Witold, zastępca dr Lubowiecki Jerzy, sekretarz i skarbnik dr Łabno Stanisław.

8. Zakopane. Zarząd: Przewodniczący dr Fischer Ludwik, zastępca dr Karwacki Mieczysław, skarbnik dr Łotocki Edward, sekretarz dr Sroczyński Stefan.

9. Nowy Targ. Zarząd: Przewodniczący dr Przetacznik Jan, zastępca dr Mech Władysław, sekretarz dr Wierzbicki Henryk, skarbnik dr Temecki Tadeusz.

10. Gorlice — Jasło. Zarząd: Przewodniczący dr Michalski, zastępca dr Różański.

11. Nowy Sącz. Zarząd: Przewodniczący dr Kozaczka Adam, członkowie Zarządu: dr Szymanek, dr Stuchłowa, dr Maciak, dr Leśniakiewicz, dr Kuśnierczyk, dr Bogusz.

Ogólna liczba członków, zarejestrowanych, w Okręgu Krakowskim 776.

1. Trudności organizacyjne są ciągle jeszcze znaczne z następujących powodów: niezmiennie utrzymujące się niedomagania komunikacyjne nawet przy względnie niedużych odległościach, ciągle przesiedlanie się lekarzy i liczne powoływania do służby wojskowej. Niektóre powiaty są w tej chwili niemal ogołocone z lekarzy.

2. W biuletynie nr 2 (patrz Przegląd Lekarski nr 1) wyszczególniliśmy przewidziane sekcje Związku. Pominięto tam jednak sekcję naukową. Tę zaś uważamy za bardzo ważną dla Obwodów, nie mających Towarzystw Naukowych Lekarskich.

Oczywiście w Obwodach o niewielkiej ogólnej liczbie członków nie będzie się tworzyło sekcji. Dla

tego byłoby pożądane, aby lekarze z takich małych skupień należeli do sekcji okręgowej w Krakowie, i tam skierowywali czy to swoje spostrzeżenia, czy to swoje dezyderaty. Sekcja w każdym wypadku zajmie się poruszonym problemem, co będzie z dużą korzyścią dla odpowiednich zagadnień.

Dla informacji podajemy, że w Okręgu Kraków poza sekcją medycyny społecznej są już czynne sekcje szpitalna i lekarzy szkolnych. Ruchliwa sekcja medycyny społecznej odbyła dnia 7. VIII r. b. piąte posiedzenie. Tematem były: „Zasady planu Beveridge'a“.

3. Na zapytania, skierowane do Izby Lekarskiej, czy należenie do Związku jest obowiązkiem lekarza, wyjaśniamy: formalnie, z punktu widzenia prawnego — nie. Jest to jednak obowiązek moralny i społeczny, zarówno wobec stanu lekarskiego w całości, jak wobec samego siebie.

Jeszcze ciągle zarzuca się powszechnie światu lekarskiemu nastawienie reakcyjne i społeczne. Jeszcze ciągle szermuje się łatwo i bez poczucia odpowiedzialności tymi zarzutami, rozciągając je na całą społeczność lekarską.

Należy raz skończyć z szerzeniem tej tak krzywdzącej opinii o przedstawicielach jednego z najbardziej ofiarnych zawodów — a droga do tego prowadzi tylko przez Związek. Jednostka nie zdziała tu nic i w najlepszym razie będzie uznana za wyjątek potwierdzający regułę.

Toteż każdy Obwód musi w swej pracy demonstrować *ad oculos* charakter społeczny i ofiarny swojej działalności, aby osiągnąć jej zrozumienie i docenianie przez inne społeczne organizacje.

4. Przeszkodą w naszych poczynaniach organizacyjnych jest ciągle jeszcze niemożność definitywnego ustalenia charakteru Związku Lekarzy. Jesteśmy jeszcze ciągle w walce o samodzielność naszej organizacji i o niezależność jej od Związku Pracowników Służby Zdrowia. W tej myśli przestaliśmy do Komisji Centralnej Związków Zawodowych następujący memoriał:

„Zawód lekarski, grupujący się w Związku Zawodowym Lekarzy R.P. stoi w obliczu olbrzymich zadań, jakie ma do spełnienia i trudności, jakie ma do przewyciężenia. Wraz z postępującym uspołecznieniem życia zbliża się uspołecznienie medycyny, rozwój masowego lecznictwa, upowszechnienie kultury zdrowotnej, organizacja publicznej służby zdrowia na zupełnie nowych podstawach. W dziedzinie nauczania i wychowania, ubezpieczeń społecznych, polityki socjalnej, populacyjnej, zdrowotnej i młodzieżowej jest niemal wszystko jeszcze do zrobienia, względnie ulepszenia, jeśli nie zasadniczego przedstawienia. Tylko intensywna, spokojna i zaburzeniami wewnątrz i zewnątrz organizacyjnymi nie zamącona praca zrzeszonego zawodu lekarskiego zdolna będzie wydać pożądane owoce.

Praca ta po uzgodnieniu w łonie Centralnych Władz Związku Lekarskiego musi być ponadto uzgadniana i skoordynowana z pracami Izb Lekarskich oraz Ministerstwa Zdrowia. Organizacja służby zdro-

wia natrafiałaby na przeszkody, gdyby prace zamiast toczyć się na terenie fachowo-lekarskim, toczyły się na terenie zawodowo niezróżnicowanego ogólnego Związku pracowników służby zdrowia.

Centralna Komisja Związków Zawodowych przyjęła za podstawę organizacji poszczególnych działów pracy jedną organizację w skali ogólnokrajowej — mianowicie Związek Zawodowy.

W tej myśli w dziale VI p. t. „Użyteczność publiczna i usługi“ Komisja Centralna utworzyła pod literą c dział pod nazwą „Związek Zawodowy pracowników służby zdrowia“.

Zaszeregowanie do tej jednej grupy i zorganizowanie w niej wszystkich pracowników, którzy mają bliższy lub dalszy związek z zagadnieniami zdrowia publicznego, z których jedni są pracownikami umysłowymi, a inni fizycznymi, którzy reprezentują całą skalę kwalifikacji od najniższej do kwalifikacji o poziomie bardzo wysokim, byłoby dla pracy, jaką mają wykonać lekarze w nowej demokratycznej Polsce wprost zgubne.

Dlatego Związek Zawodowy Lekarzy R. P. zwraca się do Centralnej Komisji Związków Zawodowych z prośbą, aby ta w interesie społecznym utworzyła w dziale VI osobną zawodową grupę lekarzy, niezależnie od związku zawodowego wszelkich innych pracowników służby zdrowia, ujętych pod literą c. Wszak Komisja Centralna sama uznaje, że od jej wytycznych mogą być odchylenia, uwarunkowane bądź wagą, bądź znaczeniem, jakie dana gałąź pracy ogrywa w życiu gospodarczym kraju, bądź pewnymi tradycjami organizacyjnymi, i dała temu publiczny wyraz.

Lekarze, zorganizowani w jednym Centralnym Związku Zawodowym, który obejmie całą Rzplta staną się dźwignią olbrzymiego postępu w kierunku udostępnienia zdobyczy kultury zdrowia całemu społeczeństwu, — gdy tak, jak Związek Zawodowy Nauczycielstwa Polskiego, nie będą zmuszeni ani do zerwania ze swoim statutem, ani ze swymi tradycjami, staną do współpracy w ruchu inteligentnym i robotniczym dla powszechnej korzyści, do współgospodarowania krajem, co jest istotnym powołaniem Związków Zawodowych.

Uznając ideę jedności świata pracy i jego ruchu zawodowego, lekarze muszą jednak mieć te warunki, od których zależy owocność ich pracy“.

5. Ze względu na jego aktualność podajemy Kolegom do wiadomości sprawozdanie z podróży orientacyjnej na Dolny Śląsk Koleżanki dr M. Czarnota-Bojarskiej:

„W dniach od 15 do 29 lipca r. b. odbyłam podróż po ważniejszych miastach Dolnego Śląska w celu

zorientowania się jakie są tam warunki osiedlenia się dla lekarzy. Byłam w nast. miastach: Wrocław, Lignica, Jelenia Góra, Wałbrych (Waldenburg), Koźle.

Przede wszystkim muszę zaznaczyć, że warunki komunikacji są nader ciężkie i kosztowne. Połączenie z Wrocławiem, Lignicą, Jelenią Górą jest tylko samochodowe, przy czym trzeba „łapać okazję“.

Warunki wyżywienia — od Wrocławia na zachód b. trudne. Wolnego handlu prawie nie ma, trzeba jedynie poprzestać na stołówkach (tylko dla pracujących), gdzie jedzenie jest skape. W Lignicy np. w stołówce wojewódzkiej obiad zupa i garść fasoli (koniecznie mieć własną łyżkę).

Warunki mieszkaniowe we Wrocławiu, Lignicy, Koźlu — zle z racji zburzenia domów (Wrocław), albo zajęcia mieszkań przez Armię Czerwoną (Lignica, Wałbrych). Natomiast w Jeleniej Górze, a podobno i w południowych miastach można otrzymać ładne, urządzone mieszkania.

Zapotrzebowanie na lekarzy duże — ogromny brak specjalistów na całym Dolnym Śląsku, oraz lekarzy administracyjnych w północnych jego rejonach (Trzebnica, Wołów, Głogów itd.).

Szpitala b. liczne (w południowej części około 40), porządnie urządzone, niektóre wspaniałe (np. w Nowej Rudzie lub Ząbkowicach), w braku specjalistów-Polaków zatrudniają jeszcze lekarzy — Niemców.

Każdy lekarz, który pragnie osiedlić się na Dolnym Śląsku powinien zgłosić się do naczelnika wojewódzkiego wydziału zdrowia dra Bogdana Snarskiego w Lignicy. Posadę otrzyma każdy na warunkach nast.: wyżywienie w stołówce lub przy szpitalu dla siebie i rodziny, mieszkanie oraz pensja według norm urzędniczych, narazie wypłacana zaliczkami.

Na praktykę prywatną na razie trudno liczyć, gdyż ludności polskiej mało, a Niemcy leczą się u swoich lekarzy.

W ostatecznym bilansie moich spostrzeżeń uważam, że jakkolwiek praca lekarza na Dolnym Śląsku nie przedstawia obecnie korzyści materialnych, — może być jednak bardzo pożyteczna ze względów ideowych i zawodowych, gdyż jest tam teren, stojący pod względem techniki szpitalnej na b. wysokim poziomie.

Na zakończenie dodaję jeszcze, że dr Snarski poinformował mnie o istnieniu bardzo licznych, pięknie położonych i urządzonych sanatoriów, które obecnie są w większości nieczynne, ale nadają się do uruchomienia“.

W I A D O M O Ś C I B I E Ż A C E

OD REDAKCJI

Po blisko sześciu latach grobowego milczenia odezwał się wreszcie głos lekarski na łamach wznowionego „Przeglądu Lekarskiego“. W najcięższych warunkach przygotowywane prace naukowe wyszły na światło dzienne i zapełniać będą regularnie stro-

nice naszego wydawnictwa. Musimy odrobić sześć lat zamarłego życia naukowego i zawodowego. Zniszczenie bibliotek i wydawnictw, brak podręczników, papieru drukowego i przerwa w zagranicznych kontaktach naukowych sprawiły, że czasopismo lekarskie jeszcze przez dłuższy czas będzie jedynym organem publikacyjnym dowodzącym, że żyjemy, pracujemy

i przez naszą pracę składamy cegiełki na budowę gmachu Rzpłtej.

Pismo powstało jedynie dzięki ofiarności Kolegów i Koleżanek, którzy złożyli datki na fundusz prasowy. Za tę ofiarność, która dowodzi zrozumienia potrzeb nauki i stanu lekarskiego, składamy ofiarodawcom podziękowanie.

Jednak ofiary na fundusz prasowy nie wystarczą, gdyż pismo nie otrzymało dotychczas żadnej subwencji, która pozwoliłaby przetrwać najcięższy okres początkowy. Prenumeraty wpływają niestety bardzo nieliczne. Bez nich wydawnictwo nie dałoby się utrzymać. Dlatego apelujemy do wszystkich, aby tłumnie i niezwłocznie zgłaszali prenumeratę, wpłacając ją równocześnie z zamówieniem wprost w Administracji lub blankietem P. K. O. na nr konta IV-310.

Wyjaśniamy przytem, że ofiary na fundusz prasowy nie są równoznaczne z prenumeratą, a uprawniają jedynie do zniżki w cenie prenumeraty (150 zł. zamiast 180 zł. kwartalnie).

OD ADMINISTRACJI

Z powodu niezarejestrowania się w Izbie Lekarskiej lub nie zawiadomienia jej o zmianie adresu względnie opuszczeniu obszaru Izby, wielu Kolegów nie otrzymało pisma, mimo, że złożyło dar na fundusz prasowy.

Administracja bierze odpowiedzialność za prawidłowe doręczanie pisma tylko po podaniu jej dokładnego adresu.

Prenumeratę można wpłacać: 1) blankietem PKO Nr konta IV-310, 2) przekazem pocztowym wprost do Administracji Kraków Krupnicza 11a m. 11, 3) bezpośrednio w Administracji. — Lekarze zatrudnieni w szpitalu św. Łazarza w Krakowie, wpłacać mogą prenumeratę na razie u kierownika biura personalnego tego szpitala, p. Czernichowskiego.

O zmianie adresu należy donosić bezpośrednio do Administracji.

KRAKÓW POWRACAJĄCYM RODAKOM

Na terenie Krakowa powstał Komitet niesienia pomocy powracającym do kraju z niewoli, obozów koncentracyjnych i obozów pracy. Przedstawiciel Izby Lekarskiej kol. Lebioda wziął udział w konferencji w sprawie współpracy poszczególnych grup zawodowych, która odbyła się dnia 25 lipca pod przewodnictwem wiceprezydenta miasta Krakowa p. Dziwlika. Przedstawiciel Izby Lekarskiej zdał sprawozdanie z dotychczasowej akcji krakowskich lekarzy tak na cele ogólne, jak też na rzecz powracających członków lub rodzin swej grupy zawodowej, przyrzekając także dalszą akcję zarówno finansową jak i fachową. Poddał jednak krytyce dotychczasową organizację udzielania pomocy lekarskiej, stwierdzając jej wielotorowość i brak zcentralizowania i zharmonizowania tej akcji. Istnieje szereg instytucji, jak zasłużony P. C. K., P. U. R., Związek Więźniów Politycznych i szereg innych organizacji, które udzielają pomocy lekarskiej powracającym do kraju. — Rozbudowa tak szeroka aparatu pomocy lekarskiej — zwłaszcza jego strony administracyjnej — pochłania

niepотrzebnie znaczne sumy. Postanowiono sprawę tę bliżej rozpatrzyć.

Podając powyższe sprawozdanie do wiadomości ogółu lekarskiego, Zarząd Izby Lekarskiej zwraca się do Koleżanek i Kolegów, aby poparli akcję niesienia pomocy powracającym do kraju i składali indywidualnie ofiary pieniężne na konto „*Kraków powracającym Rodakom*“ w Komunalnej Kasie Oszczędności m. Krakowa ul. Szpitalna, w Komunalnej Kasie Oszczędności pow. krakowskiego ul. Pijarska, w Banku „Społem“ Rynek Główny.

× DOKUMENTY HAŃBY NIEMIECKIEJ MEDYCYNY

Sylwetki niemieckich lekarzy w obozie koncentr. w Płaszowie.

Dr Jäger, Obersturmführer, typowy zimny łotr. Podczas wizytacji szpitala nigdy nie wypuszczał pary z ust, natomiast po wizycie zawsze przychodziły zarządzenia „selekcji chorych“ przeznaczonych na... śmierć. Zasluga tego kata jest wybudowanie dwóch specjalnych pokojów, w których wyznaczeni przez niego ludzie zamęczali chorych — przeważnie płucno-chorych na śmierć.

Dr Blanke, Hauptsturmführer. Typ cynicznego bandyty i nienasyconej bestii w ludzkim ciele. Pospolity złodziej, który ze szpitala krał leki i odżywki (mleko kondensowane, marmoladę, cukier itp.), które więźniowie żydowscy otrzymywali z Żydowskiej Samopomocy Społecznej. Łup wywoził i sprzedawał po paskowych cenach w Krakowie lub w Niemczech. Korupcjonista i łapownik. W obejściu pozornie gładki, podczas wizytacji nawet nie podnoszący głosu — w chwili wysiedleń wpadał jak rozjuszone zwierzę na oddziały szpitalne, bił i kopał lekarzy i dzieci. Gdy jego zdaniem dzieci nie dość szybko przygotowywano do odmarszu do „komina“, dawał rozkaz „gimnastyki“ dla lekarzy, której urozmaiceniem bywało stale tarzanie się po ziemi, wskakiwanie do brudnego stawu i gnoju itp. — Pod jego pieczęcią odbyło się stratowanie na śmierć dra Goldblatta, który miał odwagę zwrócić się do niego z prośbą o pozostawienie go w pracy w charakterze lekarza, jaką pełnił od przeszło dwóch lat. Rozkazy jego były wykonywane przez siepaczy SS, pseudosanitariuszy, zwanych S. D. G. (Sanitätsdienstgrad) w randze podoficerów. Były to dzikie zwierzęta, nigdy nie nasycony sadyści, alkoholicy, psychopaci. Katowanie więźniów, bicie i kopanie było ich codziennym zajęciem. Dwóch z nich (Kaulfluss i Liedt) stratowało dra Goldblatta w porozumieniu z drem Blanke.
(Według wywiadu z drem A. B.).

Warszawa. W rocznicę masakry dokonanej przez Niemców w szpitalu Wolskim przy ul. Płockiej 24, odbyła się w dniu 5. VIII b. r. msza żałobna na miejscu stracenia przy ul. Górczewskiej i akademia w sali szpitala.

Dn. 5 sierpnia 1944 Niemcy wpadli do szpitala i zastrzelili na miejscu dyrektora dra Piaseckiego, dra Zeelanda i kapelana szpitala, wywlekli około 100 mężczyzn, chorych i lekarzy i rozstrzelali ich na ul. Górczewskiej. Pozostawili na miejscu jedynie 90 najciężej chorych z 1 lekarzem i jedną pielęgniarką, a resztę wypędzili ze szpitala.

W gmachu umieszczono tablicę pamiątkową z nazwiskami 68 poległych, wśród nich 12 lekarzy i lekarek, 18 stud. medycyny oraz 33 osób personelu szpitalnego.

(Wedł. K. C. z 8. VIII 45).

LEKARZE CZECHOSŁOWACCY PRZECIW „NAUCE“ NIEMIECKIEJ

Zebranie ogólne Związku lekarzy czechosłowackich, które odbyło się ostatnio w Pradze, uchwaliło protest przeciwko ponownemu otwarciu uniwersytetu w Bonn nad Renem, gdzie m. in. nauczanie ma być rozpoczęte na wydziale lekarskim. Lekarze czechosłowaccy uzasadniają swój protest udowodnionym niezbicie faktem, iż profesorowie medycyny z Bonn brali udział w nieludzkich i bezczeszczących naukę eksperymentach dokonywanych na więźniach obozu koncentracyjnego w Dachau. Lekarze czechosłowaccy żądają dokładnego zbadania roli profesorów wykładających na wydziale lekarskim w Bonn.

Zginęli na posterunku. Do chwili wkroczenia Niemców na Węgry i obalenia rządu Kallay'a Komitet Węgiersko-Polski rozwijał ożywioną działalność opiekuńczą nad uchodźstwem polskim na Węgrzech. Komitet ten udzielał pierwszej pomocy finansowej i odzieżowej, a poradnia lekarska znajdowała się w jego lokalu. Opieka lekarska była dobrze zorganizowana i opierała się w razie potrzeby o szpitale, kliniki i sanatoria węgierskie.

W chwili wkroczenia wojska niemieckiego, dnia 19 marca 1944 znajdowali się w poradni gen. dr Kollataj i dr Teofil Kandeffler. Oprawcy gestapo wdarli się do lokalu i obu lekarzy zamordowali strzałami z pistoletów automatycznych. Sędziwi generał-lekarz otrzymał 5 kul, siedząc spokojnie przy biurku, a dr Kandeffler przebywał w sąsiednim pokoju. Podobno dr Kollataj na wezwanie oprawców nie podniósł rąk w górę, lecz usiłował im tłumaczyć, że weszli do poradni lekarskiej...

(Według L. S. z Dz. P. 29. 8. 45).

Polskie Two Szpitalnictwa. Założone na 8 lat przed wojną Pol. Two Szpitalnictwa wznowiło swą działalność z inicjatywy dra J. Rutkiewicza, dra W. Przywiczera i inż. W. Borawskiego, rozpoczynając ją zebraniem organizacyjnym w Mtwie Zdrowia. Powołano Zarząd, w skład którego weszli: inż. Borawski, prof. dr Grzybowski, inż. Krauss, prof. dr Melanowski, dr Miszewski, dr Przywiczera, dr Rudziński, dr Rutkiewicz i dr Stankiewicz.

Kontrola epidemiczna na granicach. Naczelny Nadzwyczajny Komisariat do Walki z Epidemiami przy Mtwie Zdrowia czyni starania w kierunku utworzenia kordonu sanitarnego na granicach jako ochrony przed epidemiami na punktach wjazdowych do Polski. Przewidzianych jest około 250 punktów etapowych wyposażonych w urządzenia przeciwepidemiczne. Niestety, nie został dotychczas uruchomiony kredyt w kwocie preliminowanej 76.000.000 zł tak, że grozi niebezpieczeństwo spóźnienia się z akcją zapobiegawczą.

NOWI LEKARZE DLA NOWEJ POLSKI

Pod tym tytułem pojawiła się w prasie notatka prof. Dr E. Grzegorzewskiego, którą cytujemy w całości za Dziennikiem Polskim z 3. VIII 45:

W ramach sieci wyższych uczelni ma powstać w Gdańsku Akademia Lekarska. Postanowienie Rady Ministrów potwierdza i powierza prowadzenie Akademii Ministerstwu Zdrowia, działającemu w porozumieniu z Ministerstwem Oświaty i podług wytycznych, obowiązujących Wydziały Lekarskie Uniwersytetów.

Ogromny niedobór lekarzy wymaga jaknajszybszego przeciwdziałania. Do przeciętnej, środkowo-europejskiej normy — 1 lekarz na 1500 mieszkańców — brak nam ponad 8.000 lekarzy.

To też obok czynnych już wydziałów lekarskich w Krakowie, Warszawie, Poznaniu i Lublinie uruchamia się polskie uczelnie w miejsce dawnych niemieckich we Wrocławiu, Gdańsku i tworzy się nową w Łodzi.

Akademia Gdańska oprócz normalnego wykonywania programu studiów stawia sobie za cel ponadto wiele osiągnięć szczególnych. Przede wszystkim będzie realizowana reforma studiów lekarskich, która dojrzała już przed wojną i została sformułowana w konspiracji. Głównymi cechami reformy są: wzmoczenie intensywności studiów przez właściwą ich organizację, wzmoczenie praktycznego przygotowania studentów, aby opuszczając uczelnię, byli zdolni do samodzielnej pracy oraz podkreślenie w teorii i praktyce społecznej roli medycyny i lekarza. Szczególny wysiłek będzie skierowany na współdziałanie z młodzieżą, która już od początku ma wziąć czynny udział w pracach wstępnych przy urządzaniu zakładów naukowych, domu akademickiego, biblioteki, stołówki, ma pomóc w zbiorach we własnym majątku itd.

Zasadniczą wytyczną w pracach uczelni jest stworzenie młodzieży ludowej, młodzieży mas pracujących warunków „równego startu“, dania możliwości wydanej pracy w możliwie najlepszych warunkach, na jakie może zdobyć się odradzający się kraj. Szczęśliwe położenie nadmorskie będzie wykorzystane nie tylko do zaprawy morskiej studentów, ale i kształcenie lekarzy portowych, okrętowych i tropikalnych. Położenie to będzie wykorzystane także jako środek wychowawczy, aby za pomocą studiującej młodzieży chłopskiej i robotniczej związać głęboki ład kraju z morzem, tętnąc szeroki wiew morski w nasze wioski i miasteczka. Zetknięcie się we wspólnej pracy miejscowej młodzieży rybackiej, kaszubskiej z młodzieżą z innych części Polski zatrze różne uprzedzenia dzielnicowe, które jeszcze tu i ówdzie pokutują.

Zespół nauczający dobiega się z różnych uczelni, lecz cechuje go wspólny zapał do pracy pionierskiej, wspólne dążenie do pracy naukowej, wspólne umiłowanie idei demokratycznej.

Zespół przeważnie młody, pochodzący już z polskich szkół naukowych, ma stworzyć placówkę, poświęconą prawdzie naukowej i wychowaniu humanitarnemu tam, gdzie doniedawna stały przybytki nienawiści i kłamstwa.

Tworzenie wyższej uczelni na terenie zniszczonym, doniedawna wrogim, nie jest zadaniem łatwym. Przeszkód jest dużo, każdy napotyka na trudności. Aprowizacja, mieszkanie, pomoce naukowe, transport — jakże dobrze znane pionierom są te wyrazy, oznaczające przeszkody, trudności i walkę na każdym kroku, o każdy krok naprzód.

W tej walce nie będziemy sami z młodzieżą. Pomogą nam władze, czynne siły społeczne, pomoże każdy, kto chce lepszej przyszłości dla narodu. Wspólnym wysiłkiem — także i na tym odcinku walkę wygramy.

POMOC SANITARNA SZWECJI

Wicemistrz Zdrowia prof. Dr Jerzy Morzycki po powrocie ze Szwecji oświadczył w wywiadzie prasowym, że Polska może liczyć na znaczną pomoc Szwecji w zakresie sanitarnym, w lekach i urządzeniach szpitalnych. Częściowo już otrzymaliśmy zapasy surowicy przeciwydymiennej i preparatów sulfamidowych drogą lotniczą. W przyszłości większość darów przesyłana będzie statkami jądowymi do Gdyni po węgiel. Poza tym istnieją możliwości zakupu. Produkcja szwedzka odznacza się solidnością i nie uznaje namiastek, a wszystkie artykuły szwedzkie mają wysoką wartość. Z naszej strony możemy odwzajemnić się Szwecji dostarczając jej szczeniaki.

wia w sprawie dostarczenia leków najbardziej potrzebnych leków, aparatów i sprzętu sanitarnego. Ustalono zasady transportu przez polskie porty i rozdział leków oraz urządzeń szpitalnych. Minister zdrowia, Dr Fr. Litwin przedstawił ciężką sytuację służby zdrowia, zniszczenie szpitali, brak łóżek, pościeli, leków, szerzenie się chorób zakaźnych, gruźlicy i niedobór kilku tysięcy lekarzy. Dr Holle zapewnił, że Polska liczyć może na pomoc większą nawet niż się spodziewa. Ameryka może przysłać nawet lekarzy, pielęgniarki, sprzęt, leki i mleko kondensowane dla dzieci. Spisane zostaną odpowiednie umowy. Na razie przychodzą transporty poprzednio przygotowane.

Narada w Mtwie Zdrowia trwała zaledwie 50 minut, w ciągu których załatwiono zasadniczo sprawy ogromnej wagi dla zdrowotności publicznej. Zapotrzebowanie będzie pokryte przez dostawy wielomilionowej wartości. Minister Zdrowia zgłosił m. i. zapotrzebowanie na leki przeciwweneryczne, surowiec, aparaty roentgenowskie, mikroskopy, strzykawkę, witaminy i preparaty wapniowe, urządzenia szpitalne i laboratoryjne; ambulansy, karetki pogotowia, zmotoryzowane wozy dla kolumn dezynfekcyjnych, motocykle dla lekarzy itd. Leki zostaną przysłane po ustaleniu kolejności dostaw. Te środki, które są już gotowe na rynku zagranicznym, będą przysłane w ciągu 2 miesięcy, inne w terminie 6 mies. od daty zamówienia. Transporty będą obecnie kierowane do portu gdańskiego. Przedstawiciele UNRRA interesowali się, jaki materiał leczniczy dośzedł już do Polski w przesyłkach ogólnych. Otrzymane szczepionki przeciwtyfusowe i strzykawkę poszły do Katowic i Łodzi. Z Przesyłek UNRRA do Łodzi, Katowic, Sosnowca, Chorzowa i Radomia, część pozostawia się na miejscu, a większość odchodzi do Warszawy, gdzie Mtwo Zdrowia przeprowadza podział na cały kraj. Surowiec przechowuje się w chłodniach. (W/g K. C. z 8. VIII. 45).

O BADANIA LEKARSKIE REPATRIANTÓW

Ze Wschodu i Zachodu przybywają do Polski codziennie setki i tysiące repatriantów.

Te wędrowki trwać będą jeszcze przez szereg miesięcy. Przewidując związane z tym okoliczności, Zrzeszenie Lekarzy Ubezpieczalni Społecznej w Warszawie uderzyło na alarm z powodu grozy zawleczenia do Polski nowych chorób zakaźnych i zwraca się do Ministerstwa Zdrowia w sprawie zorganizowania badania sanitarnego w punktach wjazdowych do kraju.

Każdy repatriant — żądają lekarze — powinien być badany przez lekarza polskiego. Człowiek chory, wracający do kraju, musi być kierowany do leczenia, nie do ciężkiej, ponad siły, pracy. Tymczasem wpuszcza się do kraju ludzi, o których nie wie się, czy są zdrowi i nikt się tym nie interesuje. Polska powinna zastosować u siebie słuszne przepisy międzynarodowe emigracyjno-immigracyjne, nakazujące badania lekarskie mas ludności migrującej. (Kur. Codz. 19. VIII. 45).

Na Akademii Lekarskiej w Gdańsku uruchomiono 1-szy kurs wydziału lekarskiego. W stadium organizacji znajduje się wydział farmaceutyczny.

* * *

W Gdyni rozpoczęła pracę Poliklinika Garnizonowa przy Szpitalu Morskim.

P. C. K. otrzymał 14.000 porcji surowicy przeciwbłoniczej i przeciwżółtwej jako dar obywateli wysp brytyjskich, którzy złożyli datki na „Fundusz Pomocy Warszawie” zorganizowany przez Lady Sinclair. Surowica przesłana została dwoma samolotami R. A. F.

* * *

Lecznictwo ubezpieczeń społ. — Minister O. S. Jan Stańczyk w wywiadzie prasowym oświadczył, że „oddzielenie lecznictwa od działu emerytalnego ubezpieczeń społecznych nie nastąpi. Ministerstwo dąży do możliwie największego scalenia wszystkich rodzajów ubezpieczeń, które mają zapewnić pracującym pomoc i opiekę w czasie choroby czy też niezdolności do pracy skutkiem choroby lub inwalidztwa”. Nie chcemy powtarzać starych błędów, które widzę w tworzeniu szeregu odrębnych instytucji ubezpieczeniowych kłócących się między sobą o to, która i w jakim wypadku ma udzielać pomocy ubez-

pieczonym. W dodatku istniejące odrębnych wzgl. zbyt luźnie ze sobą powiązanych instytucji ubezpieczeniowych, to masa urzędników i nadmiar urzędowych papierków. Ubezpieczony zaś gubi się w lesie różnorodnych przepisów i odsyłany jest od jednej instytucji do drugiej, w końcu zniechęcony zakłanie i zrezygnuje ze swoich słusznych praw. Dla społeczeństwa jest całkiem obojętne z jakiego tytułu korzysta niezdolny do pracy człowiek z pomocy. Społeczeństwo bowiem przyjmując na siebie obowiązek oddania pewnej części dochodu społecznego na zapewnienie bytu starcom albo chorym nie jest zainteresowane w tym, aby ustalać te tytuły i zależnie od nich szereg instytucji, lecz by potrzebujący pomocy otrzymał ją szybko i w sposób prosty oraz by fundusze, które idą na opiekę społeczną nie były zbytby obciążone bezproduktywnymi kosztami administracyjnymi. (W/g Dz. P. z 4. IX. 45).

Przyp. Red. Sprawa włączenia lecznictwa ubezpieczeniowego w resort zdrowia posiada olbrzymie znaczenie dla prowadzenia jednolitej polityki zdrowotnej w kraju, a ponieważ społeczeństwu nie zależy na tym, z jakiego tytułu korzysta z pomocy, rozwiązanie tej sprawy w interesie zdrowotności publicznej nie powinno natrafiać na trudności.

ZJAZD LEKARZY W ŁODZI

W Łodzi obradował ogólnopolski zjazd lekarzy, którego celem było omówienie zorganizowania opieki lekarskiej na wsi. Na zjeździe obecny był minister zdrowia dr Litwin oraz prezes Stronnictwa Ludowego Bańczyński.

W toku obrad wygłosił przemówienie min. Litwin. „Zdaje sobie sprawę — mówił on m. in. — ze znikomości służby zdrowia na wsi. Zyczyłbym sobie, aby poza wysunięciem braków, zjazd szukał nowych dróg dla rozwiązania zagadnień związanych ze zdrowiem narodu. Traktuję wasze obrady, jako pomoc dla Ministerstwa Zdrowia”.

W referacie zasadniczym na temat opieki lekarskiej na wsi, dr Kaepczak stwierdził, że nie można czekać, aż Polska będzie miała tylu lekarzy, by odpowiednia ich ilość mogła się osiedlić na wsi. Narządzie więc problem opieki lekarskiej na wsi należy rozwiązać przez racjonalne i planowe rozmieszczenie lekarzy w terenie. Lekarz winien wykonywać tylko te zabiegi, które wymagają jego wysokich kwalifikacji. Wszelkie inne czynności winen spełniać personel pomocniczy, na którego szkolenie wystarczy kilka miesięcy.

W dalszym ciągu zjazdu omówiono palące problemy, od rozwiązania których zależy podniesienie zdrowotności wsi. Do nich należy opieka lekarska nad matką i dzieckiem, walka z gruźlicą, leczenie chorób wenerycznych i wreszcie zwalczanie jaguicy. Duże znaczenie ma również walka z alkoholischem, szerszym na wsi świadomie przez okupanta.

Zjazd wysunął szereg dezyderatów i wniosków, które przedłożone zostaną Ministerstwu Zdrowia.

(Dz. P. 24/8 45).

UCHWAŁY ZRZESZENIA LEKARZY UBEZPIECZALNI SPOŁECZNEJ W WARSZAWIE

Na nadzwyczajnym walnym zgromadzeniu Zrzeszenia Lekarzy Ubezpieczalni Społecznej w Warszawie, w niedzielę dnia 12 VIII b. r. przyjęto jednogłośnie wniosek zarządu, domagający się zjednoczenia ubezpieczeń chorobowych, wypadkowych i mwalidzkich w jednym resorcie Ministerstwa Zdrowia, przekształcając je na Ministerstwo Zdrowia i Ubezpieczeń Społecznych.

Motywy tej inicjatywy jest fakt, że „stosunki zdrowotne, panujące na odcinku pracy, zwłaszcza w stolicy, wymagają najręchlejszej poprawy”. Stan rzeczy obecny wykazuje „całkowite niedopatrzenie i lekceważenie spraw zdrowia, oraz brak kompetencji ze strony tych w resorcie państwowym czynników, którym się powierzone”.

Dotychczas Ubezpieczalnie Społeczne należały do Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej. Stosunki lekarzy, jako czynnika fachowego i społecznego lecznictwa, z zarządem Ubezpieczalni wywoływały jeszcze przed wojną szereg głębszych zadrażeń.

(K. C.).

podjęło zdolność świadczeniową ubezpieczeń społecznych w wysokim stopniu. Składka jest własnością instytucji, jest integralną częścią składową zarobku i przetrzymywanie składek równa się zatrzymywaniu wynagrodzenia a nawet sprzeniewierzeniu publicznych pieniędzy.

Przyp. Red. Już po zamknięciu num. wpłynęło sprawozdanie Dr M. Ciećkiewicza ze zjazdu. Z braku miejsca odkładamy je do Nr 5.

Wrocław. Wydział medyczny Uniwersytetu we Wrocławiu rozpoczyna działalność już z początkiem

bieżącego roku. Z 40 budynków zniszczonych jest około 30%.

Pomoc Szwajcarii dla Polski. Szwajcarski Komitet koordynacji i pomocy dla Polski (Zürich) przeznaczył na pomoc materialną dla Polski w dziedzinie zdrowotności kilkadziesiąt milionów franków szwajc. Mężem zaufania tego Komitetu na Polskę został prof. dr Mieczysław Michałowicz.

NA WZNOWIENIE „PRZEGLĄDU LEKARSKIEGO” ZŁOŻYLI:

500 zł (e. d.)

Dr dr Kowalczyk Jan i Janina — Kraków.

200 zł

Dr Temecki Tadeusz — Nowy Targ. Dr Bordziowski, dr Korodko — Kozienice.

100 zł

Prym. dr K. Karelus, dr Jaworski Władysław, dr Janotka Henryk, dr Miś Marian, dr Merz Marian. dr Małkiewicz Edward, dr Landy M. — Kraków.

Pow. Chrzanów:

Dr Klaczak Antoni, Szczakowa; dr Miklaszewski Mieczysław, dr Fedach Wiktor, dr Lorenz Wanda, dr Biłyk Bogdan, Jaworzno; dr Kumieliński Jan, dr Babrzyński Władysław, dr Schimmer Seweryn, dr Heftman Władysław, dr Paczowska Janina, Chrzanów; dr Kuchta Jan, Siersza.

Pow. Myślenice:

Dr Wydrowicz Józef, Łutkowice; dr Lesicki Eugeniusz, dr Markowski Adam, Dobrezyce; dr Boryczko Aleksander, dr Boryczko Stanisław, dr Szumski Władysław, Myślenice.

Pow. Mielec:

Dr Berger Eugeniusz, dr Cięciała Teodor, dr Frank Apolinary; dr Gawęda Lucjan, dr Płonka Władysław, dr Lipski Klaudiusz, dr Maraszewski Stanisław, dr Pietrzykowski Jan, dr Sznol Eugeniusz,

dr Raczek Wiktor, dr Kasproicz Tadeusz, dr Piskozub Czesław, Mielec.

Pow. Nowy Sącz:

Dr Bogusz Stanisław, dr Czulowski Eugeniusz, dr Decowski Bronisław, dr Dolnicki Roman, dr Krzywiecki Józef, dr Kozaczka Adam, dr Kuśnierczyk Wacław, dr Lankosz Józef, dr Maciak Franciszek, dr Markowski Władysław, dr Rachny Jerzy, dr Rajca Stanisław, dr Migdałowa Stanisława, dr Śmieszek Jan, dr Stuchły Helena, dr Szymanek Zdzisław, Nowy Sącz.

Pow. Nowy Targ:

Dr Gardziłowicz Zenon, dr Górską Natalia, dr Krupiński Tadeusz, dr Mech Władysław, dr Pawski Zygmunt, dr Przetacznik Jan, dr Spieszny Józef, dr Szczerba Józef, dr Baranowski Tadeusz, Nowy Targ.

Pow. Ostrowiec Świętokrzyski:

Dr Kawiński Jerzy, dr Kotowicz Irena, dr Ducateau Henryk, dr Brandt Maria, dr Filus Zygmunt, dr Fitzner Adam, dr Foremniak Aurelia, dr Machowska Zofia, dr Metelski Norbert, dr Morawiecki Maciej, dr Wagner Bronisław, dr Węgliński Zygmunt, dr Samulik Maria, dr Kwiatkowski Antoni, dr Smoliński Zbigniew, dr Bilski Albin, Ostrowiec Świętokrzyski.

Pow. Biała:

Dr Suknarowski Franciszek — Kęty. (e. d. n.)

Sprostowanie numeracji stronic:

Odbiorcy pisma zechcą w Nrze 2 sprostować we własnym zakresie numerację stronic, zaczynając od stronicy 21 a kończąc na 44.

PAŃSTWOWY ZAKŁAD ZDROJOWY W BUSKU-Zdroju, województwo kieleckie

KĄPIELE SIARCZANO-SŁONE i MUŁOWE

Wskazania lecznicze: reumatyzm i artretyzm we wszelkich postaciach. — Zesztywnienie stawów pozapalne i pourazowe. — Gruźlica chirurgiczna. — Przewlekłe choroby skórne i układu nerwowego (ischias, nerwobóle, wiał rdzenia, porażenia i niedowłady).

Sezon do 31 października 1945 r. Ostatnia stacja kolej. Kielce, skąd autobusem do Buska-Zdroju.