

LEKARZ KOLEJOWY

KWARTALNIK

ORGAN ZRZESZENIA LEKARZY KOLEJOWYCH

KOMITET REDAKCYJNY:

Dr. Jan Bermański (Gdańsk). — Dr. Wacław Biehler (Warszawa).
Doc. Andrzej Demianowski (Lwów). — Dr. Gubrynowicz (Warszawa).
Dr. Hanke (Katowice). — Dr. Ludwik Kaliciński (Warszawa). — Dr.
Józef Mazurek, przewodniczący. — Dr. Ignacy Mojkowski (Warszawa).
Dr. Michał Niedźwiedzki (Poznań). — Dr. Artur Ossoliński (Stanisławów). — Dr. Kazimierz Piotrowski (Kraków). — Dr. Siatecki (Radom).
Dr. Emanuel Tomaszewski (Wilno). — Dr. Emil Zadurówicz (Sambor).

Redaktor: *Dr. med. Józef Mazurek.*Administrator: *Dr. med. Wacław Gronowski.*

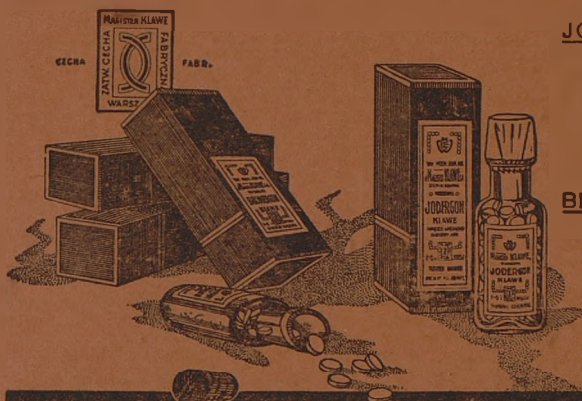
WARSZAWA

Adres Redakcji Chmielna 38 m. 4.

Adres Administracji Al. Jerozolimska 6. m. 8.

JODERGON : BROMERGON

MAGISTRA KLAWE



JODERGON - ZWIĄZEK JODOWO-ORGANICZNY. NIE UPOŚLEDZA TRAWIENIA, NIE DRAŻNI ŻOŁĄDKA, STOSUJE SIĘ W CHOROBY SERCA, NACZYŃ, BŁONY SUROWICZEJ, NARZĄDÓW ODDECHOWYCH, KILĘ, DNIE I OTYŁOŚCI.

TABLETKA - Q, 05 J.

BROMERGON - BROMOWO-ORGANICZNY ZWIĄZEK, STOSUJE SIĘ: PRZY PADACZCE, HISTERJI, PŁASAWICY, DYCHAWICY NERWOWEJ, BEZSENNOŚCI, BÓLACH GŁOWY, NERWICY SERCA I T. P.

TABLETKA - Q, 1 B.

LITERATURA ORAZ PRÓBY NA ŻĄDANIE

TOWARZYSTWO PRZEMYSŁU
CHEMICZNO-FARMACEUTYCZNEGO,

d. **MAGISTER KLAWE**, S.A., WARSZAWA.

LEKARZ KOLEJOWY

Nr. 3

SIERPIEŃ

1931 r.

Schorzenia układu nerwowego i psychicznego wśród funkcjonariuszy P.K.P. i ich rodzin w Dyrekcji Wileńskiej*)

podał

Dr. CZESŁAW SYCIANKO

Ordynator Szpitala Kolejowego w Wilnie

Referat, który mam zamiar wygłosić tu dzisiaj przed tak dostojnym zgromadzeniem, jest zsumowaniem rezultatów sześcioletniego prowadzenia oddziału dla nerwowo chorych w szpitalu kolejowym na Wilczej-Łapie i analizy tych spostrzeżeń, które przytem wyłoniły się. Okres ten obejmuje czas od 1-go VII. 1925 r. do 28. VI. 1931 r.

Zdaniem mojem ogólnopolski Zjazd lekarzy kolejowych jest organem najbardziej kompetentnym, posiadającym największy autorytet i największe doświadczenie jako ciało zbiorowe do zabierania głosu w sprawach tu poruszanych przezemnie. Z drugiej strony macie Państwo niemal codziennie z temi zagadnieniami do czynienia i nieraz w praktyce staje przed wami trudne zadanie, jak rozwiązać te lub inne kwestje, jak wyjść z tej lub innej sytuacji, niedalekim więc będę chyba od prawdy, sądząc, że zagadnienia poruszane tu przeze mnie żywo zainteresują to zebranie fachowców, którem jest odbywający się tu dzisiaj Zjazd; żywsza dyskusja może przyczynić się do rozwiązania niejednego zagadnienia w sprawach sanitarno-kolejowych.

Dzisiaj, gdy nad wyraz ciężkie warunki ekonomiczno-gospodarcze zaostrzyły ad maximum walkę o byt, a krwawa pożoga wojenna, w której zginęło dziesięć milionów istnień ludzkich, spowodowała do minimum poszanowanie życia jednostki, wywołała ogromne zdziwienie w sposobach tej walki i obniżenie poziomu etycznego mas, musiała więc powstać reakcja nie tylko w zbiorowym organizmie, jakim jest spo-

*) Referat wygłoszony na Zjeździe Zrzeszenia Lekarzy Kolejowych w Wilnie dnia 28 VI 1931 r.

łączeństwo, ale i w organizmie jednostek. Zareagował na się rozumieć najżywiej i najprędzej najwrażliwszy nasz organ-układ nerwowy i psychiczny, wytwarzając cały szereg schorzeń, co tem łatwiej przyszło, że po wielkiej wojnie światowej układ ten okazał się mniej odpornym jako osłabiony przez niedostateczne odżywianie, przez ciężkie, bezprzykładne w dziejach historii zmaganie się wojenne, a częściowo zatrucie się alkoholem i innemi narkotykami.

Powstał tak zwany wiek nerwowy, kiedy to społeczeństwo, składające się w znacznej swej części z ludzi z mocno nie zrównoważonym układem nerwowym, zbyt silnie i szybko reagujących na wszelkie bodźce zewnętrzne, z osobników ogromnie skłonnych do afektacji, okazało się zbyt podatne na schorzenia systemu nerwowego i psychicznego.

Kontyngens naszych chorych znacznie się powiększył, a jednocześnie z tem powstaje coraz więcej różnych zagadnień, na które musimy dać koniecznie tę lub inną odpowiedź, w ten lub inny sposób do nich się ustosunkować. Niektóre z tych kwestji chciałbym tu dzisiaj poruszyć.

Lekarz kolejowy nie może ograniczać swej pracy do zagadnień li tylko czysto terapeutycznych; jest on także urzędnikiem P. K. P. i jest obowiązany stać na straży zagadnień społecznych P. K. P., t. j. mieć zawsze na względzie dobro społeczne we wszystkich czynnościach P. K. P. Wszelkie uchylenia w tej kwestji mogą spowodować bardzo smutne skutki nie tylko dla pojedynczych osób ale i dla całego społeczeństwa.

Umiejętna i należycie umotywowana klasyfikacja pracowników kolejowych ma tutaj duże znaczenie i na tę sprawę tak ważną dla kolejnictwa chciałbym zwrócić uwagę tych, w czym rękę spoczywa ta klasyfikacja, t. j. lekarzy kolejowych.

Wyżej wymienione motywy posłużyły powodem, że się podjąłem niniejszej pracy.

W dostępnej mi ani polskiej, ani francuskiej literaturze prób podobnego ujęcia nie spotykałem. Wogóle w medycynie doby ostatniej statystyczne ujęcie ilości schorzeń, częstości ich, nie jest dostatecznie opracowane za wyjątkiem li tylko dziedziny chorób zakaźnych, co do których dane statystyczne podaje Departament Służby Zdrowia, akuratnie co miesiąc w bieżącej prasie lekarskiej.

Powstaje pytanie, czy opracowywanie takich danych w dziedzinie chorób nerwowych i umysłowych jest potrzebne, czy może mieć jakieś znaczenie w sensie społecznym wogóle, a dla kolejnictwa w szczególności.

Mniemam, że tak. Dowodem tego służy oddawna już podejmowana praca statystyczna co do ilości schorzeń psychicznych wśród zaludnienia oddzielnych okręgów nie tylko w krajach zachodnich o wysokiej kulturze (jak Szwajcaria, Irlandja, Szkocja, Francja i inne), ale i nawet w Rosji przedwojennej, tak nisko stojącej pod względem kulturalnym były przez samorządy robione liczne próby ujęcia statystycznego, osiągnięcia tą lub inną drogą danych cyfrowych co do zachorzeń umysłowych. W tym celu były organizowane specjalne lotne komisje, które objeżdżały różne okręgi i zbierały tam bardzo szczegółowo dane tak co do ilości chorych psychicznie wogóle, jak i wpływów rodzaju zajęcia, stanu materialnego, wieku i innych warunków na rodzaj i częstość powstawania tych schorzeń. Miało to na celu nie tylko uświadomienie sobie ilości chorych umysłowo w tym lub innym okręgu dla zapewnienia tym chorym odpowiedniej ilości miejsc psychiatrycznych, ale i dążyło do wyjaśnienia związku między warunkami bytowania, a powstawaniem tych schorzeń.

Każde większe sprawozdanie szpitalne podaje nie tylko ogólny ruch chorych ale i dane cyfrowe o rodzaju i ilości tych schorzeń w zależności od rodzaju zajęć chorego i innych momentów. Zebrany tą drogą materiał statystyczny należycie opracowany rzuca pewne światło na zależność liczby schorzeń umysłowych od warunków bytowania.

Choroby nerwowe jednym swoim skrzydłem, a mianowicie tem, na które składają się tak zwane psychonerwice, jak to: neurastenja, hysterja, psychastenja, nerwica urazowa i inne, blisko przylegają do chorób umysłowych; a i ta część, która zawiera w sobie cierpienia o podłożu organicznem (cierpienia mózgu), swemi komplikacjami i objawami nieraz ma dużo wspólnego z chorobami umysłowemi nie tylko w substracie anatomo-patologicznym, ale i etiologicznie i patogenetycznie jest spokrewniona z chorobami psychicznymi.

Dalej — mógłby ktoś postawić pytanie, czy zawód kolejarza, warunki jego pracy w kolejnictwie mają jakieś specjalne cechy, wpływające na układ nerwowy, żeby aż należało ten rodzaj zajęcia wyodrębnić od innych zawodów i szukać jakiegoś specjalnego powinowactwa między tego rodzaju zajęciem, a cierpieniem układu neuro-psychicznego. I na to pytanie trzeba dać odpowiedź twierdzącą.

Prawda, nie można dopatrywać się wielkiej różnicy pomiędzy rodzajem pracy rachmistrza W-łu Finansowego lub Taryfowo-Handlowego, a rachmistrem jakiegoś Banku albo kancelistą urzędu skarbowego; ale dla każdego nawet laika jest oczywistą różnica między pracą takiego kancelisty, a pracą kierownika Ruchu na stacji lub

maszynisty pociągu pośpiesznego lub nawet odpowiedzialnością i napięciem nerwowem stróża torowego, drobna nieuwaga którego, przecenienie drobnej rozkręconej śrubki, może wywołać nieobliczalne następstwa. Maszynista, kierownik Ruchu muszą przez cały czas pełnienia swoich obowiązków trzymać w ogromnem napięciu całą swoją uwagę.

Te więc specjalne warunki pracy kolejowej, trzymające układ nerwowy w silnem napięciu, szybko go wyczerpują i robią łatwo podatnym na różne schorzenia.

Praca niniejsza jest próbą u hwycenia związku między rodzajem zajęcia, a schorzeniem, o ile wogóle taki związek egzystuje.

Materiał, na którym opieram niniejszą moją pracę, jest, jak już zaznaczyłem, obserwacja materiału na oddziale nerwowym.

Oddział nerwowy szpitala kolejowego składa się z trzech sal dla chorych i jednej separatki pojemności łącznie na 25 — 27 chorych, gabinetu dla elektroterapii, oddziału dla hydroterapii, składającego się z sali natrysków, katedry Winternitza i oddzielnych kabinek z waniami. Personel lekarski tego oddziału stanowią: jeden lekarz ordynator, dwie siostry, jedna dla fizykalnych metod leczenia i jedna oddziałowa i 2 pielęgniarki.

Ruch chorych na tym oddziale przedstawia tablica na następnej stronicy.

Jak widać z tej tablicy frekwencja naszych chorych ma stałą tendencję do powiększania się z roku na rok tak co do ilości chorych stałych,¹ jak i ambulatoryjnych, a² równomiernie z tem zwiększa się ilość zabiegów leczniczych.

Co się tyczy rodzaju schorzeń, to kwestję tę mam zamiar szerzej omówić. W myśl wypowiedzianych przed chwilą poglądów podjąłem próbę ujęcia cyfrowego ilości poszczególnych rodzajów schorzeń i wpływu specjalnych warunków pracy kolejowej na przebieg ich, o ile one zachodzą, a w związku z tem na epikryzę cierpienia i nasze ustosunkowanie się do niego.

Muszę tutaj na wstępie zaznaczyć, że statystyka moja ma bardzo poważne usterki. Przedewszystkiem nie wszyscy chorzy nerwowo i psychicznie przechodzą przez oddział nerwowy szpitala Wilczej Łapy. Pewna część, stosunkowo może niewielka, lecz się w innych szpitalach i klinikach tak w Wilnie jak i innych miejscowościach, skierowywana tam przez lekarzy rejonowych albo na prośby samych chorych lub w nagłych wypadkach. Część chorych trafiała na inne oddziały naszego szpitala z powodu chwilowego braku miejsc na oddziale nerwowym lub w takich wypadkach, gdzie schorzenie nerwowe miało podłoże gośćcowe albo intoksykacyjne, nerwice wydzielnicze

Tablica ruchu chorych

| R o k | Przybyło | | | Wypisało się | | | | Ilość dni szpitaln. | Ilość dni szpitaln. na 1 chorego | Przeciętna dzienna ilość chorych | | | Ilość porad ambulatoryjnych | Ogólna ilość chorych w szpitalu | Stosunek chorych nerwowo do ogółu ilości chorych w szpitalu |
|-------|-------------------|---------------------|-------|--------------------|---------------------|--------|-------|---------------------|----------------------------------|----------------------------------|------------------------------|----------------------------|-----------------------------|---------------------------------|---|
| | Pracowników kolei | Członków ich rodzin | Razem | Pracowników kolei. | Członków ich rodzin | Zmarło | Razem | | | | Ilość zabiegów elektroterap. | Ilość zabiegów hydroterap. | | | |
| 1925 | 44 | 28 | 72 | 34 | 20 | 1 | 55 | 1755 | 28 | 13,5 | 850 | 445 | 390 | | |
| 1926 | 114 | 47 | 161 | 113 | 50 | 2 | 165 | 5163 | 29 | 14,3 | 3825 | 2102 | 720 | 3300 | 5% |
| 1927 | 186 | 59 | 245 | 188 | 60 | 5 | 253 | 6754 | 26,4 | 23,5 | 4115 | 3202 | 841 | 3526 | 7% |
| 1928 | 189 | 81 | 270 | 187 | 74 | 7 | 268 | 7452 | 26,5 | 24,8 | 4425 | 3305 | 868 | 3558 | 8% |
| 1929 | 186 | 86 | 272 | 182 | 79 | 3 | 264 | 6933 | 26,3 | 25,1 | 4975 | 3645 | 832 | 3590 | 8% |
| 1930 | 208 | 76 | 284 | 190 | 77 | 5 | 272 | 7563 | 25,7 | 25,3 | 4964 | 2002 | 864 | 3304 | 9% |
| 1931 | 145 | 53 | 198 | 141 | 65 | 2 | 208 | 5062 | 25,5 | 23,5 | 3312 | 985 | 489 | | |
| | 1072 | 430 | 1502 | 1035 | 425 | 25 | 1485 | 40682 | | | 26466 | 15686 | 5004 | | |

o podłożu neurastenicznym, a co bywa najczęściej w wypadkach współistnienia cierpienia nerwowego z cierpieniem układu wegetatywnego.

Nie można jednakże twierdzić, by te okoliczności silnie obniżały cyfrę moich chorych.

W ciągu tych sześciu lat przybyło na oddział nerwowy szpitala 1072 pracowników kolejowych i 430 osób członków ich rodzin. Według danych W.ł-u Osobowego Dyrekcji Wileńskiej ilość pracowników kolejowych uprawnionych do korzystania z pomocy lekarskiej jest mniej więcej około 14.000. Na cyfrę powyższą składają się pracownicy etatowi i nieetatowi stali. Kontyngens więc stały i niepodlegający znacznym wahaniom.

Biorąc za podstawę, że rodzina każdego pracownika składa się z 3, 5 osób i że każdy pracownik posiada taką rodzinę, będziemy mieli ilość upoważnionych do korzystania z bezpłatnej pomocy lekarskiej $14.000 \times 3, 5$ co stanowi ≈ 49.000 , liczymy okrągłą cyfrę 50.000. Wśród tych 50.000 chorowało nerwowo 1500, co stanowi na tysiąc 30 chorych. Tutaj trzeba zaznaczyć, że cyfra ta obejmuje tylko tych chorych, którym potrzebna była kuracja szpitalna, to jest wypadki cięższe. Główna zaś masa chorych leczy się ambulatoryjnie. Jak widać z tablicy ruchu chorych, ilość chorych ambulatoryjnie i ilość zabiegów terapeutycznych jest pokaźna.

Jakież więc schorzenia układu nerwowego i psychicznego składają się na owe 30 promille?

Klasyfikując schorzenia układu nerwowego, nie mogłem trzymać się żadnego wzoru, gdyż jak to już zaznaczyłem, odpowiedniej statystyki nie znalazłem. Gdziekolwiek tylko można spotkać wzmiankę, że tyle a tyle osób podlega zachorowaniu na tę lub inną chorobę nerwową lub psychiczną.

Układając więc statystykę, brałem za wytyczne substrat schorzenia, jego podłożę, dzieląc na choroby organiczne i nieorganiczne — psychonerwice. Zasada może nieco stara, ale uświęcona tradycją, głęboko zakorzeniona w koncepcji naszej i daleko więcej niż inne racjonalniejsza.

Do grupy cierpień organicznych mózgu zaliczam schorzenia mózgowe i rdzenia pochodzenia luetycznego i metaluetycznego, a więc kiła mózgu, endoarteriitis obliterans, wiał rdzenia, rozmiękczenie mózgu kiłowe, zapalenie opon mózgu, porażenie nerwów czaszkowych pochodzenia luetycznego. Ta grupa stanowi 12% wszystkich schorzeń układu nerwowego.

Kontyngens tych chorych składa się prawie wyłącznie z pracowników kolejowych; członkowie rodzin stanowią w tej grupie nie

więcej jak 2⁰/₀. Tutaj muszę podkreślić jeden fakt: wśród tej grupy najbardziej licznie jest reprezentowany Wydział Ruchu Podczas gdy na inne Wydziały łącznie przypada koło 50⁰/₀ tych chorych, drugie 50⁰/₀ zajmują pracownicy W-łu Ruchu, chociaż ogólna liczba pracowników tego Wydziału stanowi nie więcej jak jedną trzecią wszystkich pracowników Dyrekcji Wileńskiej. Czem to wytłumaczyć? W etiologii luetycznych i metaluetycznych schorzeń oprócz tła podstawowego (kiły) jeszcze różne inne okoliczności odgrywają znaczną rolę. Niektórzy autorzy skłonni są upatrywać pewne formy spirochete pallida, które mają specjalną predylekcję do centralnego układu nerwowego, tak zwane spirochety neurofillne, czy neurotropne. Głównie atakują one system nerwowy. Oprócz tak zwanego neurotropizmu i indywidualnej predyspozycji i dziedziczności wszyscy niemal autorowie zgadzają się na to, że w powstawaniu i rozwoju neurosyfilisu ogromne znaczenie ma przemęczenie umysłowe, stałe i silne napięcie systemu nerwowego, wyczerpujący ten system tryb życia.

A gdzież, jak nie w służbie ruchu jest większe napięcie systemu nerwowego, kiedy to nieraz od stopnia uwagi, zdolności, od szybkiej orientacji i przedsiębiorczości zależy życie i zdrowie setek ludzi. Jaki inny rodzaj służby połączony jest z tak częstymi dyżurami, z nocnem czuwaniem tak wyczerpującem system nerwowy. Jakaż jest różnica między napięciem nerwowem takiego kierownika Ruchu, maszynisty pociągu pośpiesznego, zwrotniczego na dużej stacji podczas pracy, a napięciem nerwowem kancelisty, rachmistrza lub rzemieślnika, którzy w każdej chwili mogą oderwać swoją uwagę od pracy?

Ogólnie znanym jest faktem, że schorzeniom luetycznym układu nerwowego daleko częściej podlega tak zwana inteligencja, niż ludzie zajęci pracą fizyczną. Duże znaczenie ma też stosunek do alkoholu. Alkoholizm jest jednym z momentów zmniejszających odporność systemu nerwowego, a niestety zużycie alkoholu wśród funkcjonariuszy Ruchu jest dosyć znaczne.

Te oto przyczyny zdaniem mojem w znacznej mierze wpływają na to, że wśród funkcjonariuszy Ruchu jest daleko większy odsetek neurosyfilisu niż w innych rodzajach służby. Powstaje tutaj bardzo poważne pytanie, jak ma władza sanitarna ustosunkować się do funkcjonariuszy kolejowych chorych na syfilis nawet w tych wypadkach, gdzie jest to klinicznie stwierdzone?

Punkt H § 4. San. .1. ustanawia, że wszystkie istniejące w chwili badania choroby płciowe, choroby płciowe przebyte, o ile nie są w zupełności wyleczone, wyłączają przyjęcie do służby kolejowej lub pozostawanie na niej. Czyż człowieka znajdującego się w stanie stałej

i głębokiej remisji z zaleczonym syfilisem, o ile nie było defektów psychicznych, mamy prawo kwalifikować jako trwale niezdolnego do pracy na P. K. P.; czy chorego z wiałdem rdzenia, którego cała choroba polega na tem, że ma ataksję dolnych kończyn, a poza tem posiada zupełnie nieuszkodzoną sprawność umysłową, możemy kwalifikować jako niezdolnego nawet do pełnienia funkcji kancelisty?

Stosowanie do tego rodzaju chorych punktu H byłoby niewłaściwe, prędzej mogłaby być mowa o punkcie K tegoż § 4 (organiczne choroby mózgu, rdzenia i nerwów obwodowych), ale i tego przepisu trzymać się ściśle nie można, gdyż skala organicznych uszkodzeń mózgu jest bardzo szeroka: poczynawszy od jakiegoś zezopowania drobnej gałązki art. fossae Sylvii lub nawet spazmu jej, naruszającego funkcje tego lub innego odcinka mózgu, często już po 10 — 14 dniach zupełnie wyrównyującego się, do olbrzymich tumorów, zajmujących pół czaszki lub olbrzymich wynaczynień, uciskających substancję mózgu na ogromnej przestrzeni. Tutaj winna być stosowana jaknajszersza indywidualizacja; kwalifikować może tylko Komisja Główna z udziałem specjalisty neurologa na podstawie badań klinicznych.

Wracając do zachorzeń luetycznych to w myśl wypowiedzianych przeze mnie wyżej poglądów co do wpływu rodzaju zajęcia na rozwój neurosyfilisu — winna być przyjęta zasada, że chorzy na syfiliś w każdym jego okresie nie mogą być dopuszczani do służby Ruchu Trakcji.

Tu są wskazane jaknajczęstsze, przynajmniej raz na rok badania funkcyjnarjuszy celem ustalenia, czy nie zachodzi zmniejszona sprawność umysłowa lub potrzeba oszczędzania się. Te formy syfilisu, gdzie system nerwowy nie jest zaatakowany, t. j. kiła pierwszego rzędu i drugiego mogłyby być dopuszczane do pracy w innych rodzajach służby.

Te swoje postulaty opieram nie tylko na przesłankach teoretycznych, ale i praktycznych. Jak pokazuje praktyka szpitalna 60% neurosyfilisów, zwłaszcza tam, gdzie układ psychiczny nie był zaatakowany, daje po specyficznym terapii dosyć znaczną poprawę. W 3% wypadkach nastąpiła śmierć, a były to wypadki tak zwanego syfilisu złośliwego lub skombinowanego z daleko posuniętym luesem wisceralnym. W 6% wypadków trzeba było chorych przenieść na inny oddział z powodu tegoż luesu wisceralnego.

Nieco może przydługoz zatrzymałem się na schorzeniach luetycznych układu nerwowego, ale jest to cierpienie, które bardzo często spotyka się wśród naszych chorych, jednocześnie jedna z najcięższych chorób nerwowych, a zarazem najbardziej może poddających się za-

biegom terapeutycznym. Często zachodzi trudność w rozpoznawaniu tych schorzeń, gdyż wszystkie specyficzne reakcje nie mogą służyć za dostateczną podstawę dla opierania na nich dajnozy, jak naprzykład w moim materiale nie więcej jak 70% klinicznie stwierdzonego syfilisu dało dodatnią RW.

Ogromna kalejdoskopowość przebiegu tych cierpień stawia w trudnej sytuacji komisję rejonową. Dlatego też, reasumując wyżej powiedziane o neurosyfilisie, zaproponowałbym, by wszystkie te wypadki, gdzie zachodzi najmniejsze podejrzenie na neurosyphilis, były skierowane do Komisji Głównej i w żadnym wypadku niedopuszczane do pełnienia funkcji związanych z ruchem pociągów.

Ogromnie zbliżona do poprzedniej grupy jest grupa organicznych cierpień mózgu, nie mająca w swej etyologii zakażenia kilowego. Na grupę tę składają się nowotwory mózgu, mózdzku i pnia mózgowego, ropnie mózgu, rozmiękczenie pnia mózgowego. Co do ilości wypadków, to grupa ta stanowi 3% ogólnej ilości schorzeń układu nerwowego. W stosunku do ogólnej liczby pracowników kolejowych i ich rodzin wynosi 1.5 wypadków na tysiąc. Były to wszystko postacie daleko posunięte, nie mogące już być operowane. Tem się zapewne tłumaczy ta niska stosunkowo cyfra schorzeń i wysoki procent śmiertelności (50%); reszta wypisuje się bez poprawy albo z bardzo nieznaczną poprawą.

Do grupy organicznych cierpień mózgu zaliczam miażdżycę naczyń mózgu i wogóle schorzenia tych naczyń; do tej grupy odnoszą się też wszelkie wynaczynienia do substancji mózgu lub na jego powierzchnię, jak również zaccopowania naczyń mózgowych. Tutaj też mamy znaczny odsetek śmiertelności (12%), koło 30% daje względną poprawę.

Cierpienia rdzenia, myelity, stwardnienie rozsiane, nowotwory rdzenia, a przede wszystkim traumatyczne uszkodzenia stosu paccierzowego nie przekraczają 4% ogólnej liczby schorzeń.

Zapalenia opon mózgowych tak epidemiczne, jak i gruźlicze stanowią nieznaczny odsetek naszych chorych, a to dlatego, że jako cierpienia przeważnie wieku dziecięcego bywają kierowane do szpitala dziecięcego.

2% ogólnej ilości schorzeń stanowią cierpienia nerwów czaszkowych, najbardziej zaś licznie reprezentowane są cierpienia nerwów obwodowych. W grupie nerwów czaszkowych mamy przeważnie porażenia oddzielnych nerwów głównie pochodzenia reumatycznego lub neuralgię tegoż pochodzenia. Cierpienia nerwów obwodowych razem z rwą kulszową stanowią 27% wszystkich chorych oddziału nerwowego

(410 wypadków), ale cyfra ta nie odpowiada rzeczywistości. Faktycznie ilość tych chorych jest znacznie większa, gdyż jak już to zaznaczyłem, część tych chorych zajmuje miejsce na innych oddziałach lub leczy się ambulatoryjnie. Lwia część tych cierpień powstaje na tle gościcowym; znaczna część na tle intoksykacyjnym, wreszcie nieznaczna część jest pochodzenia mechanicznego (uciskowego lub traumatycznego). Cierpienia nerwów obwodowych pochodzenia gościcowego lub intoksykacyjnego dają w przybliżeniu w 3% wypadkach wyzdrowienie, w 21% znaczną poprawę i tylko ostatnia grupa około 6% daje bardzo nieznaczną poprawę lub wcale jej nie daje. Co do środków terapeutycznych, to najlepsze rezultaty dają: elektroterapia, diatermia, wanny świetlne, a przede wszystkim parówki tak bardzo ulubione przez naszych pacjentów; ze środków pomocniczych stosowana jest proteino-terapia. Muszę tu zaznaczyć, że z chorych tej grupy 90% stanowią pracownicy kolejowi.

Oddzielną grupę stanowi padaczka, do której zaliczam padaczkę samoistną (oraz typy Kożewnikowa i Jacksona), nie wchodzi tutaj padaczki na tle kiłowym ani alkoholowe.

Otóż ten typ czystej padaczki, klinicznie skonstatowanej, stanowi 3% ogólnej ilości chorych t. j. wszystkiego 48 wypadków; jeśli przyjmujemy ilość funkcjonariuszy kolejowych i ich rodzin Dyrekcji Wileńskiej mniej więcej około 50 000, to wyniesie 1 na tysiąc. Cyfra stanowi znacznie mniejsza niż ta, którą podają w tej kwestji statystyki, zresztą bardzo ubogie (mniejwięcej 2,5 promille). Czem to wytłumaczyć? Przede wszystkim moja statystyka obejmuje tylko te wypadki, gdzie schorzenia były skonstatowane klinicznie na mocy niepodlegających kwestji objawów. Punkt M § 4 San. .1. najzupełniej wyraźnie ustanawia, że wszelkie schorzenia „epileptyczne“ czynią chorego zupełnie niezdolnym do służby na P. K. P. Otóż trudności rozpoznawcze z jednej strony, a moment decydujący tego rozpoznania z drugiej strony stawiają lekarza w trudnej sytuacji. Najbardziej decydującym objawem jest napad drgawek, który ma jednakże specjalny charakter. Nie będę tutaj dłużej zastanawiał się nad charakterem tych napadów, zaznaczam tylko, że tylko ogólne zsumowanie wszystkich objawów klinicznych obserwowanych tak podczas napadu jak i w przerwach między nimi i wszechstronna ocena ich może dać materiał dla ustalenia rozpoznania. Lekarz rejonowy nawet w najszczęśliwszym wypadku, kiedy to mógłby obserwować cały przebieg napadów od początku do końca, nie zawsze byłby w stanie postawić od razu prawidłowe rozpoznanie, a taki szczególnie szczęśliwy zbieg okoliczności zdarza się nadzwyczajnie rzadko. Przeważnie towarzysze pracy,

a głównie zwierzchnik komunikuje lekarzowi rejonowemu o napadzie, ten skierowuje chorego do szpitala bez żadnych danych anamnestycznych, bez opisu obserwowanych przez niego objawów, jedynie z rozpoznaniem epilepsji ze znakiem zapytania. Nad tem, jakie znaczenie dajagnosticzne ma podobny dokument, chyba nie potrzebuję rozpisywać się, a jest on w większości wypadków jedynym dowodem. Jak wiemy, napady epileptyczne rzadko bywają często, najczęściej zdarzają się w bardzo nierównych odstępach, raz na miesiąc, raz na dwa tygodnie, nawet raz na kilka miesięcy. Trudno jest takiego chorego trzymać na oddziale, aż dopóki nie nastąpi napad. Trzeba więc opierać rozpoznanie padaczki na innych objawach drugorzędnych, jak to: konstytucja epileptyczna, stany zamroczenia, objawy porażenia ponapadowe, ostrej ataksji i temu podobne. Takie postępowanie może być usprawiedliwione i tem, że wszystkie powyżej przytoczone objawy kliniczne zawsze świadczą o poważnem organicznem cierpieniu mózgu zwłaszcza u ludzi dorosłych, czy to o guzie mózgu czy wodogłowi, czy o cierpieniach układu nerwowego pochodzenia intoksykacyjnego — endogennego — padaczka luetyczna, lub egzogenego — zatrucia alkoholem, a te schorzenia w myśl przepisów zawartych w San. 1. czynią osobnika trwale niezdolnym do służby na P. K. P. Nawet histerja z napadami drgawek i chociaż częściowem zamroczeniem czyni chorego trwale niezdolnym do służby. Należałoby tylko w punkcie M § 4 dodać po słowach „schorzenia psychiczne i epileptyczne..... jako też” „schorzenia psychiczne, epilepsja tak samoistna jak i objawowa, drgawki padaczkowate, jako też i t. d.....” Uprawniałoby to nas do dyskwalifikowania osobników, co do których stwierdzono napady padaczkowate przy jednoczesnem istnieniu objawów podrażnienia mózgu. Bo tak czy owak osobnicy, którzy podlegają napadom padaczkowatym, nie mogą służyć na P. K. P. Przyjęcie takiej formuły ułatwiałoby nam w niektórych wypadkach rozwiązanie kwestji nerwicy urazowej, tej strasznej plagi kolejnictwa, do omówienia której przechodzę.

Wśród chorych mego oddziału cierpienia te stanowią 5⁰/₀ ogólnej liczby schorzeń; jeśli weźmiemy pod uwagę, że spotyka się je wyłącznie wśród samych funkcjonariuszy kolejowych, to okaże się, że na tysiąc tych pracowników jest 5,3 chorych na nerwicę urazową.

Dlatego jednakże, by ściśle określić, co zaliczamy do tej grupy, trzeba możliwie ściśle zdefiniować pojęcie o tej nerwicy.

Literatura tego cierpienia jest bardzo obfita, głównie rozrosła się ona podczas wielkiej wojny światowej, kiedy to wszystkie schorzenia układu nerwowego i psychicznego o niejasnem podłożu anato-

micznem, powstające po wszelkiego rodzaju urazach, jak to: kontuzjach powietrznych, zasypaniach ziemią, zatruciu gazem, wstrząsach nerwowych i temu podobne zostały traktowane jako specjalny rodzaj cierpienia. Nie czas i miejsce tutaj zastanawiać się nad tem, jakie ewolucje w ciągu ostatnich lat dziesięciu przechodziła ta teoria; ograniczę się tylko do tego, jak się przedstawia koncepcja nerwicy urazowej w obecnej chwili i jak ją należy obecnie pojmować.

Kompleks objawów, powstających w układzie nerwowym lub sferze psychicznej bezpośrednio po urazie lub w najbliższym czasie, a nie mających wyraźnego podłoża anatomicznego nazywamy nerwicą urazową. Jest to psychopatyczny odczyn na uraz i na ten lub inny sposób dochodzenia o odszkodowanie za nieszczęśliwy wypadek. Składają się więc na niego dwa momenty — etiologiczny i teleologiczny. Te dwa momenty wpływają i na przebieg cierpienia. Tam, gdzie zachodzi ewentualność jakiegokolwiek odszkodowania w tej lub innej postaci, przebiega ono zupełnie inaczej niż tam, gdzie podobna możliwość nie zachodzi. W pierwszym wypadku zaciąga się ona coraz bardziej, narastają wciąż nowe i nowe objawy, a są one wyrazem odczynu indywidualnego neuropatycznego lub psychopatycznego w związku z postępowaniem o odszkodowanie. Są to objawy pochodzenia psychopatycznego o charakterze afektywnym, źródłem którego jest hetero lub najczęściej autosugestia. Odczyn psychopatyczny na uraz wyraża się w przerażeniu, następstwem którego bywają objawy wypadnięcia niektórych funkcji (afonja, porażenia, stupor), czasami podniecenie, stan zwężenia świadomości lub nawet zamroczenia. Z objawów neuropatycznych objawy naczynioruchowe: przyspieszenie tętna, hyperestezja lub nawet anestezja skóry, wzmożone pocenie się, wzmożenie odruchów ścięgowych (często nierównomierne), biegunka, a także niektóre objawy troficzne — wypadanie włosów, posiwienie. Odczyn psychopatyczny na postępowanie o odszkodowanie występuje tak silnie, że nawet niektórzy autorzy niemieccy stworzyli dla niego specjalny termin — rentnewroza. W wypadkach drugiej kategorii, to jest tam, gdzie nie zachodzi możliwość odszkodowania, przebieg jest zupełnie inny. Tam możliwy jest tylko odczyn psychopatyczny na uraz i zazwyczaj kombinuje się odczynem neuropatycznym. Tutaj objawy chorobowe występują w znacznie mniejszej ilości i mniej intensywnie są zaznaczone i ustępują w daleko szybszem tempie.

W naszej praktyce, gdzie pacjentami są wyłącznie funkcjonariusze kolejowi, t. j. ubezpieczeni, mamy wyłącznie do czynienia z objawami pierwszej kategorii. Przedewszystkiem ma ogromne znaczenie szczegółowe badanie bezpośrednio po wypadku, a to dla tego, aby móz

różniczkować objawy, które powstały bezpośrednio po urazie, od tych, które powstają potem jako nawarstwienia drogą hetero lub auto-sugestji, jako odczyn psychopatyczny na odszkodowanie.

W przepisach o doniesieniach i przeprowadzaniu dochodzeń w sprawach wypadków i ważniejszych wydarzeń kolejowych — Nr. R 3 mamy w załączniku Nr. 6 szemat pierwszego badania i orzeczenia lekarskiego o stanie poszkodowanego wskutek nieszczęśliwego wypadku. W tym kwestionariuszu mamy cały szereg pytań, zsumowanie odpowiedzi na które da nam istotny obraz stanu poszkodowanego, dlatego byłoby bardzo pożądane, by panowie lekarze rejonowi, sporządzając akt o wypadku, przytrzymywali się tego szematu i skierowując chorego do szpitala, przysyłali go jednocześnie z chorym.

Z tego ujęcia nerwicy urazowej, które wyżej podałem, wynika i sposób postępowania z tego rodzaju chorymi. Tam, gdzie niema żadnego podłoża anatomicznego, a gdzie obserwowane objawy są tylko wyrazem psychopatycznego odczynu na postępowanie o odszkodowanie, trzeba sprawę likwidować jaknajprędzej, gdyż wszelkie przeciąganie definitywnego załatwienia jej daje powód do narastania odczynu psychopatycznego. Przytem jednakże winna być stosowana jaknajdalej idąca indywidualizacja, z uwzględnieniem nietylko objawów chorobowych, ale i konstytucji poszkodowanego. Przy określeniu odszkodowania musi być koniecznie brana pod uwagę ta okoliczność, że objawy chorobowe nie są tu stałe, że po pewnym okresie czasu podlegają wyrównaniu, a więc nie może być mowy od odszkodowaniu dożywotniem. W najcięższych wypadkach zalecałbym perjodyczne badania. Przy określeniu stopnia utraty zdolności do zarabkowania kwalifikować je jako psychonerwicę. Dz. XIII 173 Nr. S2.

Może nieco za dużo czasu poświęciłem nerwicy urazowej, ale wiem, jak często wypadki te są tematem długich dyskusji w Komisjach Głównych i dlatego uważałem za niezbędne podzielić się z Szanownymi Kolegami swemi poglądami w tej kwestji.

Co się tyczy kwalifikacji służbowych, to, jak już to wynika z powyższej definicji nerwic urazowych, zjawiają się one tam, gdzie jest tło neuropatyczne lub psychopatyczne, a więc w myśl p. M § 4 San. 1. dyskwalifikują do służby na P. K. P.

Z chorych na nerwicę urazową, którzy byli w szpitalu, wypisano zdrowych 10⁰/₀, z poprawą 25⁰/₀, a resztę bez poprawy, trzech ostatni zostali zdyskwalifikowani.

Do tejże kategorii psychonerwic, co i nerwica urazowa, zaliczamy: neurastenje, psychastenje i hysterje jako schorzenia, powstające na temże podłożu psycho lub neuropatycznem. Są to tak zwane psycho-

pochodne chorobowe zespoły objawowe, czyli reakcja psychotyczna na ten lub inny bodziec świata zewnętrznego, uwarunkowane z jednej strony konstytucją indywidualną i stosunkiem sfery podświadomej do świadomości z drugiej strony. Nie będę tutaj dłużej zastanawiał się nad patogenezą tych cierpień. Psychonerwice te, ogromnie rozpowszechnione, stanowią koło 18% chorych oddziału nerwowego; przyczem w grupie neurastenji ogromną większość stanowią funkcjonariusze kolejowi, a w grupie hysterji przeważają kobiety (żony pracowników). Dalekim jestem od twierdzenia, że powyższa statystyka obejmuje wszystkie neurastenie i hysterje. Stany neurasteniczne i histeryczne mają kontury tak niejasne, tak rozplywające się, że trudno bywa nieraz określić, gdzie kończy się choroba, a zaczyna się zdrowie, dlatego też niemożna mówić o jakimś ścisłym cyfrowym ujęciu. Statystyka moja obejmuje tylko te wypadki, gdzie objawy chorobowe występują bardzo silnie lub tylko te, gdzie chory postanowił koniecznie leczyć się.

Terapia, polegająca na wzmocnieniu układu nerwowego, a temsamem zwiększająca jego odporność, przynosi tutaj bardzo dobre rezultaty, do 70% wyzdrowienia przy neurastenji i do 40% przy hysterji. Reszta chorych wypisuje się z większą lub mniejszą poprawą. Środkiem terapeutycznym tych cierpień jest usunięcie chorego z domowego środowiska i fizykoterapia. Tacy chorzy z ogromnie wzmogoną pobudliwością uczuciową zbyt silnie reagują na wszelkie nawet najdrobniejsze usterki życia codziennego. W takich warunkach usunięcie chorego z warunków codziennego życia, danie mu niezbędnego wypoczynku, gdyż niektóre z tych nerwic, jak na przykład neurastenia, głównie charakteryzują się bardzo prędko następującem wyczerpaniem psychicznem i upośledzoną zdolnością do szybkiego wyrównania tych funkcji, dają bardzo dodatnie rezultaty. Trzymanie tego rodzaju chorych w szpitalu uważam za błąd. Przymusowa bezczynność, obcowanie ze środowiskiem, które zupełnie jest pochłonięte swojemi ideałami hypochondryczno-neurastenicznemi, ciągła fiksacja uwagi na tych chorobowych odczuwaniach daje ogromnie łatwo coraz większe nawastwianie się tych objawów. Z drugiej strony wybitna sugestywność histeryczki daje ogromnie sprzyjające warunki do rozwijania się wprost epidemji psychicznych. Dlatego też uważam, że izolacja tych chorych, odpowiednia segregacja ich w dobrze urządzone sanatorium, stworzenie tam odpowiedniego regime'u, odpowiednie zorganizowanie pracy pod kierunkiem doświadczonego lekarza może dać dobre wyniki. Niezbędne jest zorganizowanie w takich sanatorjach fizyko-terapii w postaci hydro, elektro i helio-terapii.

Większość naszych Dyrekcji posiada mniej lub więcej odpowiednie obiekty, należy je tylko odpowiednio przystosować, nie pociągnie to znacznych kosztów, a stokrotnie opłaci się tak przez skrócenie okresu leczenia, jak i przez wzmoczenie wydajności pracy ozdrowieńców. W naszej Wileńskiej Dyrekcji do tych celów mogłoby być przystosowane kosztem niewielkich nakładów Sanatorium we Włodawie. Muszę zaznaczyć, że tutaj komfort jest nie tylko zbędny, ale wprost nawet szkodliwy. Jedynym warunkiem jest odpowiednie prowadzenie chorego.

Nie mogę pominąć milczeniem tak ważnej, tak pilnej, tak bolesnej sprawy jak plaga alkoholizmu w kolejnictwie. Nie mam zamiaru rozpisywać się nad tą klęską społeczną, uznaną przez wszystkich, walce z którą poświęcone są mnogie tomy, a która jest tematem licznych zjazdów. Nie mam zamiaru walczyć z ogólnie uznanym aksjomatem, że alkoholik jest bezwarunkowo niezdolny do służby kolejowej. Chciałbym tylko podkreślić jedną okoliczność, która zdaniem mojem zwięża środki walki z tą największą z plag. Według przepisów San. 3. p. 1. decydującą rolę w sprawie dyskwalifikowania alkoholików leży w rękach lekarza; brzmi ten punkt jak następuje: „oznaki lub uzasadnione podejrzenia co do nadużywania alkoholu“. Rzecz polega na tem, że rzadko zachodzą takie wypadki, gdzie możemy stwierdzić, że te lub inne obserwowane objawy chorobowe należy przypisać alkoholizmowi. Może najbardziej typową reakcję, najbardziej specyficzną na intoksykację alkoholową mamy w sferze chorób psychicznych (delirium tremens, degeneratio alcoholica, paranoia alcoholica). Wogóle nie trzeba zapominać, że reakcja ustroju na alkohol jest rzeczą bardzo indywidualną. U jednych mamy objawy ostrego lub przewlekłego zatrucia już po bardzo niewielkich dachach alkoholu, u innych znowu nawet bardzo duże dozy nie wywołują żadnego efektu. Często więc może zająć taka sytuacja, że lekarz na podstawie badania ambulatoryjnego lub nawet klinicznego, mając negatywne rezultaty badania, wydaje orzeczenie „zdrow“ u alkoholika i tem podrywa autorytet swój i daje broń w ręce nałogowca.

Co się tyczy drugiej części tego punktu, t. j. słów „uzasadnione podejrzenia o nadużywaniu alkoholu“, to jak mamy rozumieć „uzasadnione“? Jeżeli drogą badania lekarskiego, to, jak wyżej powiedziałem, droga ta nie zawsze jest pewną. Doktor Hanke w swoim referacie „Kilka uwag o stwierdzeniu upojenia alkoholem u pracowników kolejowych“ dowiódł, że lekarzowi rejonowemu, a tembardziej szpitalnemu jest bardzo trudno dowieść faktu opilstwa drogą badania lekarskiego. Jeżeli więc ustalenie faktu opilstwa tą drogą spotyka

nieprzewycięzione przeszkody, to trzeba to przeprowadzić innym sposobem, drogą dochodzenia dyscyplinarnego. Fakt ostrego upicia się może być stwierdzony przez każdego, nawet nielekarza, a będąc potwierdzony zeznaniami wiarogodnych świadków, winien być uważany za fakt dowiedziony i pociągający za sobą odpowiednie konsekwencje. Alkoholizm jest klęską społeczną, do walki więc z nim trzeba pociągnąć całe społeczeństwo, a napiętnowanie go przez całe społeczeństwo będzie miało większy autorytet, tak dla samego nałogowca, jak dla społeczeństwa. Co się zaś tyczy strony formalnej, to p. 1 § 4 należałoby zmienić w następujący sposób: „oznaki stwierdzone drogą badania lekarskiego lub uzasadnione podejrzenie, stwierdzone drogą dochodzenia”.

Statystyka szpitalna podaje tylko trzy procent alkoholików t. j. jeśli przyjąć pod uwagę, że tacy chorzy rekrutują się wyłącznie prawie spośród samych funkcjonariuszy, wyniesie to 3 na 1000. Cyfra wobec stwierdzonej skłonności do nadużywania alkoholu wśród kolejarzy stanowczo za niska, nie odpowiadająca rzeczywistości; przyczyna tego kryje się w wyżej wymienionych powodach, a skutkiem jest znaczna ilość alkoholików na służbie.

Jedną z największych naszych bolączek jest, a przynajmniej była do ostatniej chwili, kwestja opieki nad umysłowo chorymi. Ilość umysłowo chorych, którzy przeszli przez szpital, wynosi 9⁰/₁₀ wszystkich schorzeń, co stanowi 3 na 1000 osób zaludnienia. Liczba ta odpowiada cyfrze ogólnie przyjętej przez statystykę dla schorzeń psychicznych. Jeśli jednakże weźmiemy pod uwagę, że nie wszyscy umysłowo chorzy przechodzą przez szpital, a pewna część ich trafia pomimo szpitala kolejowego do zakładów psychiatrycznych, część zaś — chorzy spokojniejsi, pozostają w domu, to cyfra ta znacznie się powiększy, co najmniej o 25⁰/₁₀. Według zasad ustalonych w psychjatrii niezbędnem jest jedno łóżko psychiatryczne na sześćset mieszkańców, co stanowiłoby dla potrzeb Dyrekcji Wileńskiej 70 — 75 łóżek. Kresy wschodnie, a z nimi razem i Dyrekcja Wileńska K. P., znajdują się w katastrofalnej rozpaczliwej sytuacji. Były zabór pruski pod tym względem jest w daleko szczęśliwszej sytuacji, gdyż na całą tę dzielnicę mamy siedem ogromnych, wzorowo urządzonych zakładów dla umysłowo chorych. W byłej Kongresówce też dają się często słyszeć skargi na trudności ulokowania umysłowo chorych, bo Tworki są stale przepełnione, a szpital Jana Bożego w Warszawie przyjmuje tylko stałych mieszkańców Warszawy. Kresy wschodnie z ich przeszło trzechmilionowem zaludnieniem mają tylko 120 miejsc w klinice psychiatrycznej U. S. B. na Antokolu i tyleż na oddziale dla umysłowo

chorych przy szpitalu św. Jakóba. Proszę więc sobie wyobrazić sytuację rodziny, która gdzieś ze Stołpców lub Zahacia przywozi ze zleceniem lekarza rejonowego chorego niespokojnego, podnieconego, agresywnego. Szpital na Wilczej Łapie przyjąć go nie może, gdyż niema ani odpowiedniego pomieszczenia, ani odpowiedniej obsługi. Zaczyna się więc kołatanie na wszystkie strony, zebranie o miejsce, i dobrze, jeśli po kilku dniach oczekiwania uda się ulokować takiego chorego w klinice psychiatrycznej, a chory tymczasem przeżywa w szpitalu, powodując u wszystkich innych chorych paniczny strach.

W ostatnich czasach z chwilą otwarcia szpitala dla umysłowo chorych w Choroszczy koło Białegostoku sytuacja ta uległa nieco zmianie na lepsze. Mamy obecnie możliwość lokowania swych psychicznie chorych tam i chociaż to w praktyce przedstawia jeszcze pewne trudności, gdyż umowa z zarządem szpitala nie jest jeszcze definitywnie załatwiona, mamy jednakże narazie pewne wyjście.

Ale przejdzie lat kilka, zakład w Choroszczy zapełni się prędko, a wtenczas znowuż powstanie przed nami groźne pytanie, co robić z naszymi umysłowo chorymi, i wtenczas trzeba będzie poważnie pomyśleć o budowie zakładu dla umysłowo chorych.

Narazie w obecnych nadzwyczajnie ciężkich warunkach ekonomicznych trudno o tem nawet marzyć. Ma się rozumieć, że ci, którzy kiedykolwiek przeszli chorobę umysłową chociażby w chwili obecnej i nie wykazują żadnych zmian psychopatologicznych, muszą być jednakże uznawani za trwale niezdolnych do służby na P. K. P. Stosunek służbowy z nimi musi być rozwiązany jaknajprędzej, a chorzy umieszczani w odpowiednich szpitalach na tak długo, jak zajdzie tego potrzeba, przyczem za czas pobytu w szpitalu ustalony przepisami płaci Dyrekcja P. K. P. Po wygaśnięciu tego terminu chorzy winni być oddani rodzinie.

W wygłoszonym referacie starałem się, opierając się na stosunkowo skromnym materiale, jakie mi daje sześcioletnie prowadzenie oddziału dla chorych nerwowo, ująć te negatywne stany zdrowia w sferze układu nerwowego, jakie konstatowałem u pracowników kolejowych i — o ile się da — podkreślić te specjalne warunki bytowania naszych pacjentów, które mogą mieć wpływ na powstawanie tych lub innych objawów chorobowych. Lecz dlatego, by móc prawidłowo oceniać wpływ tych lub innych warunków życia i pracy na ustrój pracownika, niezbędnem jest przede wszystkim wyjaśnienie wszechstronne tego podłoża, na które mają wpływ te lub inne momenty pracy. Badanie somatycznego stanu ustroju odbywa się z reguły przez lekarzy rejonowych, którzy decydują o możliwości dopuszczenia osobnika do

pracy z punktu widzenia jego „stanu fizycznego, o sferze zaś psychicznej, o tem najważniejszym przejawie naszego życia, którym się uwarunkowuje cały nasz stosunek do społeczeństwa, który jest najważniejszym motorem wszystkich naszych wyczynów, troszczymy się mało, najwyżej jaknajbardziej powierzchownie bada się, czy nie ma rażących objawów psychopatycznych, wykluczających możliwość obcowania wśród ludzi. Głębszemu poznaniu struktury psychicznej osobnika, który ma być integralnem ogniwem naszej współpracy, gdzie tak niezbędne jest jaknajściślejse szarmonizowanie tej pracy, poznaniu specjalnych cech jego układu psychicznego, jego zdolności, jego kompleksów psychicznych, stanu jego uwagi, szybkości i prawidłowości kojarzeń, stopniowi inteligencji, t.j. wszystkiego tego, czem się zajmuje psychotechnika, a rezultatem czego jest poradnictwo zawodowe, poświęca się stosunkowo mało uwagi.

Badanie psychotechniczne nie mniej jest potrzebne, niż badanie somatyczne, szczególnie w niektórych rodzajach służby. Koszta urządzenia i prowadzenia takiej pracowni tak niewielkie, czego dowiódł dr. Targoński w swoim referacie „O psychotechnice w komunikacji“, dzięki bardziej precyzyjnemu doborowi pracowników sownie się opłacają. Odpowiednia selekcja pracowników oparta na rozpoznaniu specjalnych uzdolnień i osobliwości ich struktury psychicznej, odpowiadająca specjalnym wymogom rodzaju ich pracy, powiększa wartości gospodarcze, zwiększając bezpieczeństwo i regularność ruchu, zmniejszając koszty i zużycie energii i materiałów.

Zrozumiano dobrze te dodatnie cechy psychotechniki na Zachodzie, a w szczególności wśród tych tak praktycznych Niemców, gdzie psychotechnika w kolejnictwie przoduje i gdzie 25⁰/₁₀₀ wypadków orzeczenia praktyki potwierdziło zgodność z ddiagnozą psychotechniczną. Zrozumiano to i w innych państwach w Europie, a nawet i Rosji, gdzie badania psycho techniczne stosowane są szeroko. W szczególności zaś wysoko postawione są badania psychotechniczne w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej. U nas sprawa ta znajduje się w okresie początkowym.

Jak już wspomniałem, pracownicy W-łu Ruchu, Eksploatacji, Mechanicznego, rzemieślnicy, służba torowa, winni być koniecznie poddawani badaniom psychotechnicznym; pozwoli to przeprowadzić ścisłą selekcję pracowników, postawić na właściwem miejscu właściwego człowieka, podnieść wydajność i intensywność pracy, a tem samem wprowadzić znaczne oszczędności w zużyciu materiałów, środków i czasu, co sownie pokryje kapitał zużyty na urządzenie i prowadzenie tych pracowni.

Pracownie psychotechniczne winny powstać przy każdej Dyrekcji z tym jednak warunkiem, by były prowadzone przez specjalistę lekarza odpowiednio wykwalifikowanego.

Oto garść uwag, któremi chciałem podzielić się z Szanownymi Kolegami.

Postulaty uchwalone na VI Zjeździe wszechpolskim lekarzy kolejowych

1. W punkcie M. § 4 San. 1. po słowie „psychiczne“ dodać: „epilepsja tak samoistna jak i objawowa, drgawki padaczkowate“; brzmiałby ten punkt tak: „istnienie lub przebyte schorzenia psychiczne, epilepsja tak samoistna jak i objawowa, drgawki padaczkowate, jako też i t. d.“

2. W wypadkach dochodzenia o odszkodowanie w nerwicach urazowych zaleca się jak najprędzej je likwidować.

3. Przystosowanie odpowiednich obiektów na sanatorja dla chorych na psychonerwicę.

4. Przesunięcie walki z alkoholizmem bardziej na płaszczyznę społeczną, a w tym celu zmiana punktu 1. § 4 San. 1. w następujący sposób: „oznaki stwierdzone drogą badania lekarskiego lub uzasadnione podejrzenia stwierdzone drogą dochodzenia.“

3. Niezbędne jest, aby przy każdej dyrekcji P. K. P. powstała pracownia psychotechniczna prowadzona przez lekarza specjalistę odpowiednio wykwalifikowanego.

Sztuczna odma piersiowa i leczenie odmami w Wileńskiej Dyrekcji Kolejowej*

podał

Dr. WITOLD UMIASTOWSKI
Ordynator Sanatorjum Kolejowego na Wilczej Łapie

Myśl o leczeniu gruźlicy płuc uciskiem powstała dość dawno, bo już w roku 1822 Szkot Dr. Garson przypuszczał, że ucisk chorego płuca i jego unieruchomienie leczy to płuco; robił doświadczenia na zwierzętach z wynikiem dodatnim, lecz wobec braku aseptyki bał się zastosować ten zabieg na ludziach i dopiero Włoch, Dr. Forlanini w roku 1882 zastosował na ludziach odmę sztuczną i otrzymał dobre rezultaty. Odma narazie była uważana jako zabieg wielce niebezpieczny, zwłaszcza ze względu na możliwość poranienia płuca i wywołania zatoru gazowego. Lekarze zaczęli stosować ten zabieg z wielką ostrożnością. U nas w Polsce jednymi z pierwszych lekarzy, którzy zastosowali odmę sztuczną w roku 1909 byli: Dr. Dłuski, Dr. Seweryn Szterling, Dr. Borzęcki i nieliczni inni. Przy zabiegu ustawiało się balon z azotem i bezwodnikiem węglowym, pozatem filtry płynne dla oczyszczania gazów, tak że w zabiegu tym musiało brać udział kilku lekarzy. Obecnie, kiedy wiele rzeczy w odmie sztucznej się wyjaśniło, zabieg ten może wykonać jeden lekarz u siebie w gabinecie, nawet bez obcej pomocy. Odma sztuczna jako zabieg jest nieskomplikowana, tylko wymaga wprawy wykonawcy i ścisłej znajomości aparatu, którym się pracuje. Według mnie, bardzo ważną rzeczą jest pracować jednym aparatem, poznaje się jego właściwości i to daje możliwość zawsze zorientowania się podczas zabiegu. Aparat powinien być czuły i jak najmniej skomplikowany. Co zaś do gazu, jaki należy wprowadzać do opłucnej, to proponowany był tlen, bezwodnik węglowy, azot i inne. Przypuszczano, że wraz z zatoru gazowego, tlen

*) Referat wygłoszony na Zjeździe Zrzeszenia Lekarzy Kolejowych w Wilnie d. 28. VI. 1931 r.

i bezwodnik węglowy łatwo rezorbuja się do krwi, zaś azot, jako gaz obojętny dla organizmu, może przez dłuższy czas pozostawać w opłucnej, nie poddając się szybkiej rezorbcji i tem zmniejsza potrzebę częstych dopełnień. Przypuszczenia te były oparte na rozumowaniu, a nie na doświadczeniach. Przy badaniu gazów opłucnej przy odmie sztucznej ustalono, że mechaniczny skład gazów jest stały i zawiera 90% azotu, 4% tlenu i 6% bezwodnika węglowego. Jest obojętne, jaki gaz wprowadzimy do opłucnej, po kilkunastu minutach wskutek wymiany gazów opłucnej i gazów krwi skład jego ustala się i wobec tego zaczęto wprowadzać zwykłe powietrze tylko mechanicznie oczyszczone.

Pogląd na lecznicze działanie odmy sztucznej stopniowo rozwijał się przez badania eksperymentalne na zwierzętach i sekcje zwłok zmarłych, którzy leczeni byli odmą sztuczną. Dr. Forlanini przypuszczał, że odma sztuczna działa tylko mechanicznie, unieruchamiając płuco i przez to wywołuje jego gojenie się. Dalsze badania wykazały, że proces leczniczego działania odmy jest więcej skomplikowany. Unieruchomienie płuca odgrywa pewną rolę leczniczą, lecz głównie, jak wykazały badania mikroskopowe, odma wywołuje bierne przekrwienie płuca uciśniętego. Gdy wprowadzamy powietrze do opłucnej, płuca zmniejszają objętość, następuje ucisk tkanki płucnej i łatwiej poddających się uciskowi naczyń krwionośnych, żylnych, włoskowatych i chłonnych. Natomiast tętnice o ściankach grubszych i mniej elastycznych nie poddają się uciskowi, wskutek tego dopływ krwi nie jest utrudniony, natomiast odpływ krwi utrudniony, i to powoduje przekrwienie uciśniętego płuca. To przekrwienie wywołuje rozrost tkanki łącznej w chorem miejscu. Również utrudniony odpływ krwi i chłonki lokalizuje toksyny w ogniskach chorych, nie dając możliwości dostania się do obiegu krwi; w krótkim czasie po nałożeniu udanej sztucznej odmy, objawy toksyczne ustępują. Ostatnio wypowiadają się zdania, że toksyny dostają się do obiegu krwi tylko przez chłonkę, i samo podwiązanie ductus thoracicus chorej strony, bez odmy sztucznej, może usunąć objawy toksyczne. Zupełny obieg krwi w płucach jednak nie ustaje, naczynia krwionośne oskrzeli mają normalny obieg krwi (Bruns). Uciśnięte płuco zaś przy wdechu i wydechu to zwiększa, to zmniejsza swoją objętość, na co wskazują wahania manometru i te ruchy, nawet w stopniu bardzo małym, powodują żylny obieg krwi, naturalnie znacznie zmniejszony. Zmniejszony ten dopływ toksyn do obiegu krwi wywołuje mniejsze zatrucie organizmu, przez to organizm wzmacnia się i może wytworzyć więcej sił odpornych. Niejednokrotnie dało się zauważyć, że zmiany nieduże w płucu nieuciś-

niętem pod wpływem ucisku chorego płuca ulegają poprawie. Badania anatomo-patologiczne wykazują przekrwienie uciśniętego płuca i różne stany rozwoju tkanki łącznej w ogniskach zapalnych, najwięcej tkanki rozwija się wzdłuż oskrzeli i naczyń krwionośnych. Nowych ognisk gruźliczych w uciśniętym płucu nie znajdujemy. Rozwój tkanki łącznej zależny jest również od siły ucisku płuca; lepiej uciśnięte miejsca dają obfitsze bujanie tkanki łącznej (Grätz). W ziarninie daje się stwierdzić nabłonek oskrzelików i on według zdania niektórych autorów daje możność regeneracji tkanki płucnej.

Odmy sztuczne dzielą się na: odmě rozluźniającą — zadaniem której jest rozerwanie zrostów i odmě uciskową, czyli leczniczą. Odmy uciskowe dzielą się na odmě: 1) całkowitą, kiedy nie spotykamy zrostów opłucnej i całe płuco jest uciśnięte w jednakowej mierze, 2) niecałkowitą, kiedy są zrosty i ucisk jest częściowy. Niecałkowitą odmě dzielimy na odmě a) dostateczną, kiedy uciśnięte jest ognisko gruźlicze i ustępują objawy toksyczne, b) niedostateczną, kiedy ognisko jest w zrostach i nie można go dostatecznie ucisnąć, c) komorową, kiedy daje się wprowadzić powietrze w stosunkowo niedużej, izolowanej części opłucnej, odma taka może być jedno, dwu i trzykomorowa i t. d., wówczas do każdej komory należy z osobna stosować odmě, d) odma wybiórcza. Ogniska gruźlicze o charakterze włóknistym lub serowato-włóknistym mają dążność do kurczenia się, i to kurczenie jest większe, niż elastyczność tkanki zdrowej płuca, wskutek tego nieduża ilość powietrza wprowadzona do opłucnej pod ciśnieniem poniżej zera spowoduje zapadnięcie płuca, najpierw w okolicy ognisk, zaś w mniejszym stopniu zapadnięcie zdrowej tkanki płucnej. Taka właśnie odma nazywa się wybiórczą.

Ciśnienie, jakie doprowadzamy przy odmie sztucznej, zależnej jest od tego, jaki efekt chcemy osiągnąć, i od zrostów opłucnej. Przy odmie całkowitej i bez jam w płucu stosuje się ciśnienie poniżej zera, tworzy się odmě wybiórczą i to wystarcza do umiejscowienia procesu i wygojenia go. Przy odmie niecałkowitej, bez jam należy stosować takie ciśnienie, by ustąpiły objawy toksyczne. Ciśnienie to może być powyżej i poniżej zera. Przy jamach płuca należy stosować wyższe ciśnienie, by ucisnąć jamy i tem spowodować szybszy przerost tkanką łączną i zmniejszenie ich pojemności. Największe zastosowanie ma odma sztuczna przy jamach w płucu, lecz, niestety, nie zawsze daje się całkowicie ucisnąć jamę. Jamy o ściankach miękkich łatwiej poddają się uciskowi i dają więcej szans na wygojenie, natomiast jamy o ściankach zgrubiałych trudno poddają się uciskowi, lecz przy dłuższym leczeniu odmami powoli się kurczą, zmniejszają swoją pojem-

ność i z czasem mogą zupełnie zaniknąć. Jamy w zrostach nie dają się ucisnąć i leczeniu odmą nie poddają się. Przy procesach wysiękowych, leczonych odmą sztuczną, należy stosować ciśnienie wysokie, by proces zmieniał swój charakter wysiękowy i przeszedł w formę włóknistą. Należy pamiętać, że przy niedostatecznym ucisku w procesach wysiękowych można przyspieszyć rozpad. Przy odmach niecałkowitych, kiedy mamy boczny ucisk ogniska, należy stosować ciśnienie dość wysokie, przy odmach komorowych również stosuje się wysokie ciśnienie. Przy stosowaniu odmy sztucznej należy zwrócić uwagę na serce. Od serca przy odmie wymagana jest większa praca, niż normalnie ono wykonywa. Ilość krwi, którą serce normalnie przepędza przez oba płuca — przy odmie musi przepędzić przez jedno płuco nieucisnięte. Praca serca przez to się zwiększa. Z drugiej zaś strony, śródpierście, które nie jest zrośnięte z płucem i jeżeli ma mniej elastyczną tkankę łączną, łatwo daje się przesunąć nawet przy stosunkowo niedużym ucisku i tem jeszcze obciążyć pracę serca. Przy takim ruchomem śródpierściu nie należy stosować wysokiego ciśnienia. Wogóle przy odmie należy zwrócić uwagę na serce, by zbytnio go nie przesunąć na stronę nieucisniętą i by nie obciążać pracą i tak już podrażniony toksycznie mięsień sercowy..

Początkowo wskazania do odmy sztucznej były ściśle określone, mianowicie: jedno płuco musiało być zupełnie zdrowe z tych względów, że przy ucisku jednego płuca większa ilość krwi musiała przejść przez płuco nieucisnięte i to wywoływało przekrwienie płuca, a zwłaszcza przekrwienie ognisk nawet nieczynnych. W praktyce okazało się, że nieduże procesy włókniste nie tylko dość często nie mają skłonności do postępowania, lecz czasami nawet odma jednego płuca wpływa dodatnio na proces w płucu nieucisniętym, wobec czego zmiany bliznowate, niezbyt rozległe, nie są przeciwskazaniem do odmy więcej chorego płuca. Wskazaniem do odmy są zmiany postępujące łącznie - tkankowe, łącznie - tkankowo-naciskowe, naciekowo-rozpadowe i naciekowe. Formy gruźlicy, przybiegającej ostro, zwykle do leczenia odmą nie nadają się i dają przeważnie wyniki ujemne, lecz czasami uzyskuje się poprawa. Jeżeli proces jest jednostronny, w przypadkach, w których nic niema do stracenia, należy zastosować odmę sztuczną.

W razie krwotoków płucnych, które nie dają się niczem powstrzymać, a jest pewność, które płuco krwawi, nałożenie odmy wstrzymuje krwotok.

Przy wysiękach surowiczych, zwłaszcza, jeżeli jednocześnie chore płuco jest po stronie wysięku, wskazane jest płyn wypuścić,

a na to miejsce wprowadzić powietrze. Zabieg ten czasami trzeba powtarzać kilka razy, ponieważ wysięk po przekłuciu i wypuszczeniu powietrza może się zwiększyć.

Również próbowano stosować odmę przy zapaleniu suchem opłucnej, przy ropnem zapaleniu opłucnej, broncho-ectasiach, ropniu płuc, zgorzeli płuc, przy płatowem zapaleniu płuc, lecz z wynikiem niezawsze dodatnim.

Nie wszyscy chorzy mogą sobie pozwolić na leczenie gruźlicy w sanatorjach lub poradniach przeciwgruźliczych i czasami trzeba zastosować odmę tam, gdzie wskazanem byłoby wypróbować leczenie klimatyczne lub ambulatoryjne, natomiast często zdarza się spotykać przypadki, w których wskazane jest założenie odmy, lecz brak możliwości dojazdu do dopełnień lub niskiego poziomu kulturalnego chorego i jego otoczenia zmusza do zaniechania tego zabiegu. Jeszcze muszę zaznaczyć, że nie we wszystkich przypadkach, w których wskazane jest leczenie odmą sztuczną, zabieg ten udaje się zastosować z powodu zrostów opłucnej (30%).

Przeciwwskazania do odmy sztucznej:

1) Gruźlica jelit. Doświadczenia wykazały, że gruźlica jelit przy odmie płuca znacznie się pogarsza.

2) Ciężkie wady serca. Przy odmie występuje dekompensacja, natomiast toksyczne zapalenie mięśnia sercowego nie jest przeciwwskazaniem, i widzimy, że przy odmie po ustąpieniu zatrucia mięśnia sercowego stopniowo ustępują objawy niedomogi serca.

3) Ciężka cukrzyca. Przy zastosowaniu odmy sztucznej występują objawy coma diabeticum, natomiast łżejsze objawy cukrzycy czasami dają pewną poprawę.

4) Ciężkie postaci gruźlicy nerek.

5) Ciężka forma gruźlicy krtani, natomiast łżejsze formy nie są przeciwwskazaniem i często zauważyć się daje, że pod wpływem odmy proces gruźlicy w krtani goi się.

6) Rozedma płuc.

Ciąża nie jest przeciwwskazaniem do odmy, a raczej jest wskazaniem; przy udanej odmie proces zacicha, ciążę udaje się zachować, odbywa się poród normalny i po porodzie proces niema skłonności do obostrzenia się i przerzutów. Przy odmie dostatecznej, wkrótce po ucisku objawy toksyczne ustępują bardzo prędko, temperatura dochodzi do normy, apetyt wraca, stopniowo wraca przybytek na wadze, chociaż w przeciągu pierwszych paru tygodni zwykle następuje nieduży spadek wagi, lecz potem dość szybko waga przybywa najpóźniejprzeważnie ustępują objawy toksyczne mięśnia sercowego.

Prążki Kocha i włókna sprężyste przy odmie dostatecznej w krótkim czasie giną w płwocinie, natomiast przy ucisku niedostatecznym lub przy niecałkowitym ucisku jamy, prążki i włókna sprężyste w niedużej ilości można przez dłuższy czas wykrywać. Są przypadki, kiedy chorzy pomimo dostatecznej odmy sztucznej stale tracą na wadze do tego stopnia, że czasami tylko ze względu na to należy prze-rwać odmě. Przy założeniu odmy sztucznej nasuwają się pytania, jak należy wykonać odmě, by zabieg był udany i by jak najmniej bólu sprawić choremu. Jedno z tych pytań: czy należy znieczulać miejsce ukłucia i czym? Jedni zalecają znieczulanie, uważając przekłucie klatki piersiowej jako zwykłą funkcję; inni znieczulają skórę chloraetylem, lecz nie znieczulają opłucnej, niektórzy znieczulają całość tkanek (skórę, mięśnie i opłucną) nowokainą lub nowokainą z adrenaliną. Uważam, że znieczulenie tkanek jest rzeczą niezbędną ze względu na to, że usuwamy bolesność przekłucia skóry i usuwamy odruchy opłucnej, które u ludzi wrażliwych bywają tak silne, że czasami uniemożliwiają wprost sam zabieg. Są zarzuty, że adrenalina w miejscu przekłucia powoduje zrosty opłucnej. Widziałem zrosty w miejscu przekłucia robionego bez znieczulenia i wydaje mi się, że zrosty te powstają wskutek podrażnienia opłucnej, spowodowanego przekłuciem, nie zaś następstw wstrzykniętych substancji znieczulających. Robiłem przy odmie znieczulenia nowokainą z adrenaliną i bez adrenaliny i uważam, że dodatek adrenaliny nie wpływa na sam zabieg.

Jaką należy operować igłą? W przypadkach, kiedy istnieje obawa zranienia płuca, skórę należy przekłuwać igłą ostrą, a opłucną na tępo. Natomiast, gdzie niema obawy zranienia opłucnej, można przekłuwać wszystkie tkanki igłą ostrą.

Jednem z najcięższych powikłań przy zabiegu odmy sztucznej jest zator gazowy. Mechanizm jego dotąd nie jest znany. Czasami samo przekłucie płuca wystarczy, by wywołać ten zator. Jako leczenie przy zatorze gazowym zalecają ostatnio przycisnąć mocno uda do brzucha, taka pozycja spowoduje wzmożenie ciśnienia krwi i podnosi działalność serca. Opisano w literaturze kilka przypadków przy zatorze gazowym zastosowania tego sposobu z wynikiem dodatnim.

Drugim ciężkim powikłaniem przy odmie jest pęknięcie płuca, które może nastąpić wówczas, jeżeli blisko pod opłucną jest jama. Przebieg tego pęknięcia jest taki, jaki daje zwykle pęknięcie płuca przy odmie naturalnej. Otóż, by uniknąć tej komplikacji, należy w przypadkach jam przyściennych płuca stosować ujemne ciśnienie

Inne powikłania, jak rozedma podskórna, podopłucnowa i rozedma śródmiąższowa płuca, zwykle życiu nie zagrażają, w przeciągu paru dni kończą się pomyślnie bez specjalnego leczenia.

Przy zbyt dużej ilości wpuszczonego powietrza następuje przesunięcie śródpiersia, co może spowodować niedomogę serca.

Czasami, lecz rzadko, występuje przy zabiegu rozcięcie żołądka. Mechanizm powstania rozęcia nie jest dotąd dobrze znany, lecz najprawdopodobniej jest to odruch od opłucnej.

Jednym z najczęstszych powikłań przy leczeniu odmą sztuczną jest wysięk w opłucnej. Gazy wpuszczone do opłucnej są ciałem obcym dla niej i, jako ciało obce, podrażniają opłucną, wywołują pewien stan zapalny z rozwojem tkanki łącznej i ze zgrubieniami. Takie stany zapalne mogą dać nawet niedużą ilość płynu w opłucnej. Zczasem zgrubiała opłucna, słabiej unaczyniona, znacznie gorzej rezorbuje gazy i tem się tłumaczy, że przy dłuższem leczeniu odmą dopełnienia wykonywują się stopniowo rzadziej. Reakcja opłucnej na gazy, jako obce ciało, jest rzeczą indywidualną i nie u wszystkich jednakową, niektórzy prawie zupełnie nie reagują.

Grożnym powikłaniem przy leczeniu odmy sztucznej jest wysiękowe zapalenie opłucnej, które powstaje zwykle z gorączką, bólami i przybiega jak zwykle ostre zapalenie. Przyczyną powstania takiego zapalenia jest infekcja gruźlicza, która może dostać się do opłucnej przy przekłuciu ognisk gruźliczych, lub — co występuje najczęściej — przy rozerwaniu się zainfekowanych zrostów. Opłucna, w stanie podrażnienia przy odmie sztucznej, łatwo poddaje się działaniu infekcji, inne momenty, podawane przez autorów, jak przeziębienie, przemęczenie i t. d. są momentami, sprzyjającymi powstaniu zapalenia opłucnej, lecz podstawową rzeczą jest infekcja gruźlicza. Poza infekcją gruźliczą w opłucnej, która daje wysięki, może powstać infekcja wtórna. Infekcja ta przedostać się może do opłucnej wskutek przekłucia przy zabiegu ognisk gruźliczych z wtórną infekcją, wskutek zanieczyszczenia zarazkiem zzewnątrz. Wówczas tworzą się wysięki ropne i odpowiedni przebieg choroby w zależności od gatunku infekcji.

Nieduże wysięki opłucnowe, nie dające objawów, nie wymagają specjalnego leczenia, natomiast większe wysięki z objawami zapalenia opłucnej w pierwszych okresach wymagają leczenia, jak zwykle zapalenie opłucnej; należy zaniechać tylko, o ile możliwości, wszelkiej interwencji chirurgicznej, jak punkcji lub wypuszczania płynu. W razie zaś silnego przesunięcia śródpiersia lub osłabienia siły serca, należy wysięk wypuścić, by ulżyć pracy serca. W okresie, kiedy obja-

wy zapalenia ustąpią, należy środkami wewnętrznymi starać się zmniejszyć płyn, przytem trzeba dość często kontrolować Roentgenem stan płynów i gazów w opłucnej, by nie dać zbyt dużo rozszerzać się płuc i w razie potrzeby dopełnić odmě. Jeżeli wysięk pomimo tego nie poddaje się rezorbcji, niektórzy autorowie zalecają wypuszczenie płynu, a wprowadzenie zamiast niego powietrza, niektórzy zaś zalecają płynu nie ruszać, a w razie jego powolnej rezorbcji dopełniać odmě. Mnie się zdaje, że usunięcie płynu i wprowadzenie powietrza ma pewną przewagę, a to z tego względu, że zmniejsza możność wytworzenia się grubych zrostów. Jeżeli zaś płyn w opłucnej utrzymuje się przez czas dłuższy i jednocześnie opłucna jest w stanie zapalnym, wskazane jest zastosowanie odmy oliwnej, która przy wysiękach ropnych czysto gruźliczych winna mieć zastosowanie również. Przy wysiękach ropnych z wtórną infekcją leczenie uzależnia się od jej gatunku, lecz, o ile można, należy zastosować odmě oliwną (gomenol 6 — 8^o/_o). Czasami takie leczenie opłucnej daje dobre wyniki. Następnem powikłaniem, z którym spotykamy się przy leczeniu odmě sztuczną, są zrosty opłucnej. W przeważającej większości przypadków spotykamy w tem lub innym miejscu zrosty, które nie rozrywają się pomimo zwiększenia ucisku. Opłucna wskutek ciągłego podrażnienia gazami jest w pewnym stanie zapalnym, na granicy zrostów wciąż potrosze zrasta się i jamy opłucnowe powoli zmniejszają się. Jeżeli zrostów tych w opłucnej jest dużo, to przestrzeń odmy może stopniowo się zmniejszać i dać w rezultacie zupełne zrośnięcie opłucnej. Ta skłonność do zrostów jest tak silna, że czasami ani silny ucisk i częste dopełnienie odmy, ani odma oliwna nie są w stanie temu zapobiec. Jest jeszcze jedno powikłanie, o którym już wspominałem — zrosty opłucnej na miejscu przekłucia igłą.

Obostrzenie procesu w płucu nieuciśniętem występuje czasami, lecz nie w takim stopniu, jak to pierwotnie przypuszczano. Przy obostrzeniu, jeżeli można, należy stosować odmě obustronną, jeżeli zaś nie — zaniechać leczenia odmě jednostronną. Ruchome śródpiersie, o którym już wspominałem, czasami nie daje możliwości doprowadzenia do potrzebnego ucisku płuca. Proponowano kilka sposobów unieruchomienia śródpiersia, na podstawie wywołania zgrubienia opłucnej śródpiersia, lecz zabieg ten nie zawsze jest pożądany przy leczeniu odmě.

Mając na względzie powyższe, co powiedziałem o odmach, wyniki leczenia jednostronną odmě sztuczną niezawsze są dodatnie. Odmy całkowite, o ile komplikacje w drugim płucu nie nastąpią, rokują zupełne wyleczenie, i im mniej proces jest posunięty w płucach i bez jam, tem lepsze daje rokowanie, niż proces ze zrostami

lub jamami, dlatego też odmę należy stosować w pierwszym rzędzie w procesach świeżych, w których nie zdążył jeszcze wytworzyć się rozpad. Procesy zaś dawne ze zrostami opłucnej, jamami o ściankach zgrubiałych, trudno poddających się uciskowi, mniej dają nadziei wyleczenia, lecz wyleczenie nie jest wykluczone, jeżeli uda się założyć odmę dostateczną. Ogniska przy dłuższem leczeniu mogą zabić się, ścianki jamy mogą się zrosnąć lub wyjałowić i wówczas proces należy uważać jako wyleczony. Jeśli czasami nie uda się zupełne wyleczenie płuca, to odma dostateczna jest w stanie zmienić charakter procesu; procesy o charakterze wysiękowym mogą przejść w formę bliznowatą i tem przedłużyć życie chorego. Odmy niedostateczne mogą czasami zmienić charakter procesu, lecz mogą i przyspieszyć rozpad. Odmy niedostatecznej lepiej zaniechać.

Przy odmach całkowitych, założonych we wczesnym okresie procesu, odmę należy stosować co najmniej dwa lata, a to z tego względu wymagany jest okres 2-ch lat, żeby ogniska przerosły tkanką łączną i ta tkanka stała się aseptyczną. Wprowadzenie ogniska w stan nieczynny może nastąpić wcześniej, lecz blizny mogą zawierać wewnątrz infekcję i przy złych warunkach mogą przejść w stan czynny. Są jednak i pewne minusy stosowania dłuższej odmy całkowitej, a mianowicie: opłucna płuca wskutek wytworzenia się blizny i promieniowego przerostu płuca trudno poddaje się zozszerzeniu i w niektórych przypadkach płuco może zupełnie stracić swoją elastyczność i pozostać nazawsze w takim stanie. Naturalna rzecz, że wówczas wszelkie komplikacje w płucu nieuciśniętem są bardzo niebezpieczne. By uniknąć takich komplikacji, należy przy całkowitej odmie co pewien czas pozwalać płucu rozszerzać się i kontrolować Roentgenem, by nie dopuścić do zrostów opłucnej. Przy odmach niecałkowitych, jeżeli jamy dają się ucisnąć, wystarcza leczenie 2-u letnie, natomiast tam, gdzie jamy nie można ucisnąć, leczenie często musi trwać latami. Czasami zdarza się, że odmy należy zaniechać z powodu wytworzenia się zrostów i niemożności technicznego jej wykonania. Jeżeli w tym czasie proces już przeszedł w stan nieczynny, można odmy zaniechać, o ile zas nie, należy zastosować chirurgiczne leczenie. Wogóle, o ile odma jest wskazana, lecz z powodu zrostów nie może być wykonana, zawsze należy mieć na względzie chirurgiczne leczenie (phrenicotomia, apicoliza lub thoracoplastyka).

Przy stosowaniu odmy obustronnej chcę zwrócić uwagę na jej właściwości, wskazania i komplikacje. Odmę obustronną zaczęto stosować jednocześnie z odmą jednostronną. Technicznie odma obustronna wykonywa się tak samo, jak odma jednostronna, te same

mogą wystąpić komplikacje przy zabiegu, jednak łatwiej może powstać niedomoga serca. Przy odmach obustronnych ma duże znaczenie ilość powietrza wprowadzonego do obu opłucnych i ostateczne ciśnienie. Jako правило należy uważać, że ciśnienie musi być ujemne, lecz są przypadki, jak na przykład odma komorowa, gdzie można zastosować wyższe ciśnienie, zwłaszcza, jeżeli wejdzie niewielka ilość powietrza. Technicznie zaleca się wykonywać zabieg w ten sposób, by odstępy pomiędzy dopełnieniem odmy jednego płuca i drugiego były kilkodniowe, lecz nie zawsze można zachować to wymaganie; jeżeli np. choremu stosuje się odnę ambulatoryjnie i chory musi przyjeżdżać z odległych miejscowości oraz może przebyć na miejscu najwyżej dwa dni, to próbowałem stosować odnę w ten sposób, że jednego dnia dopełniałem jedno płuco, następnego dnia drugie, i chorzy to dobrze znosili. Powietrza do obu płuc wprowadzałem do 1500 cm.³ Próbowałem stosować odnę z obu stron jednego dnia, jeden zabieg za drugim. Otóż już przy wprowadzeniu 1100 cm.³ powietrza do obu opłucnych występowały objawy niedomogi serca, lecz ani razu nie zauważyłem objawów upośledzenia wymiany gazów. Organizm dla wymiany gazów wymaga stosunkowo niewielkiej ilości obiegu krwi w płucu. Zastosowałem raz psu odnę obustronną jednocześnie z obu stron, pod kontrolą Roentgena i mogłem przekonać się, że zdrowe płuca dały się prawie całkowicie ucisnąć i wisiały na wnące jak dwa małe baloniki, ruchy których były bardzo nieduże, oddech pies miał 120 na minutę i pomimo to nie dało się zauważyć ani objawów sercowych, ani upośledzenia wymiany gazów. Po zabiegu pies czuł się dobrze. Przy objawach niedomogi serca należy wyciągnąć z powrotem trochę wpuszczonego powietrza, zastrzyknąć kamforę, i serce wkrótce wraca do normy. Jak serce może przystosować się przy obustronnej odmie płucnej, może posłużyć fakt, że jeden mój chory po wprowadzeniu 1500 cm.³ powietrza do obu jam opłucnowych na drugi dzień po zabiegu chodził na polowanie na zające i narzekał tylko, że długo biegać nie mógł. Natomiast wogóle chodzić może dużo i nie męczy się.

Odma obustronna stosuje się wówczas, jeżeli są chore oba płuca, a więc zmiany gruźlicze postępujące w obu płucach o charakterze łączno-tkankowym i zmiany rozpadowo-naciekowe. Przedewszystkiem nadają się do leczenia procesy świeże obustronne. Procesy zaś przewlekłe, z jamami w płucach, mniej się nadają z powodu tego, że jamy trudniej dają się ucisnąć; przeważnie przy jamach napotykamy zrosty opłucnej, a ucisku większego przy obustronnej odmie zastosować nie możemy. Czasami jednak niektóre jamy,

zwłaszcza o ściankach miękkich, dają się przy odmie obustronnej ucisnąć i mogą dać dobre wyniki leczenia.

Przy zastosowaniu odmy obustronnej, należy mieć na uwadze, że zrosty w obu płucach nie powinny uniemożliwiać odmy sztucznej i przede wszystkim należy wypróbować odnę płuca, które przypuszczalnie ma więcej zrostów. Jeżeli odma uda się, to następnego dnia można dopełnić, a potem zastosować odnę drugiego płuca. Według mego zdania nie należy zwlekać z nałożeniem odmy drugiego płuca, ponieważ procesy czynne w płucu nieuciśniętym przy odmie jednostronnej są skłonne do przyśpieszenia rozpadu.

Przy obostrzeniu procesów gruźliczych, przy odmie jednostronnej, w płucu nieuciśniętym wskazane jest założenie odmy na drugie płuco, ponieważ procesy obostrzone płuca nieuciśniętego są więcej skłonne do postępowania, założenie zaś odmy ułatwia leczenie.

Gazy w opłucnej przy odmie obustronnej szybciej rezorbują się i wymagają częstszych dopełnień. Komplikacje przy odmach obustronnych mogą występować te same, co i przy odmach jednostronnych, lecz wysięki w opłucnej wymagają troskliwej opieki lekarza specjalisty i w razie niedomogi serca wypuszczenia płynu. Wogóle przy leczeniu komplikacji należy na serce zwrócić specjalną uwagę.

Odmy sztuczne w Wileńskiej Dyrekcji Kolejowej zacząłem stosować od roku 1923, zabiegi wykonywałem w ten sposób, że pierwsze odmy robiłem w sanatorjum, i chorzy pozostawali do czasu doprowadzenia ucisku do odmy dostatecznej, t. j. kiedy objawy toksyczne ustępowały, przetrzymywałem jeszcze chorego przez pewien czas w sanatorjum, a potem wypisywałem i dalsze leczenie prowadziłem ambulatoryjnie, to jest chory przyjeżdżał co pewien czas wskazany przezemnie do dopełnień. Wielką przeszkodą w leczeniu odmami jest rozległość Dyrekcji Wileńskiej. Nieraz chory musiał przebyć w drodze 2 noce, i ten stan rzeczy trwał przez parę lat. Naturalna rzecz, że taka jazda była uciążliwą dla chorego, lecz nie było wyboru. Chorzy, którzy czuli dobrodziejstwo odmy, bez szemrania w oznaczonym terminie stawiali się do dopełnień. Wspomniałem już, że dla leczenia odną, a nawet i wogóle leczenia gruźlicy płuc, od chorego wymagana jest pewna doza inteligencji i zrozumienia choroby, bez której systematyczne i prawidłowe leczenie gruźlicy jest prawie niemożliwe. Otóż u kolejarzy ten zasób inteligencji przeważnie spotykałem. Drugim bardzo ważnym warunkiem jest zaufanie chorego do ordynującego lekarza, to jest tak ważny czynnik, że nieraz może zdecydować o wyniku leczenia odną. W razie komplikacji przyjmowałem chorych z powrotem do sanatorjum.

Wyniki leczenia odmą sztuczną w Wileńskiej Dyrekcji Kolejowej. Odm sztucznych zrobiono 1753 u 105 chorych, z tego trzem odmy obustronne.

1) Wyleczonych, t. j. tych, u których leczenie odmą conajmniej od roku jest zakończone i którzy czują się dobrze, pracują i nie daje się u nich wykryć gruźlicy czynnej — chorych 19 czyli 18,6%.

2) Chorzy, którym leczenie odmą trzeba było zakończyć i którzy uzyskali znaczną poprawę — chorych 23 czyli 16,7%.

3) Chorzy, leczenie których dotąd trwa — 17 czyli 16,7%.

4) Zaniechano leczenia odmą z powodu zrostów opłucnej powstałych w stosunkowo krótkim czasie po założeniu odmy — 7 czyli 6,9%.

5) Odma nie udała się z powodu zrostów — 18 czyli 17,7%.

6) Zmarli na gruźlicę w okresie do trzech lat po zastosowaniu odmy — 7 chorych, czyli 6,9%.

7) Zmarli na przypadkowe choroby — 2 osoby — i

8) Chorzy, którzy sami zaniechali leczenia — 9 osób = 8,8%, czyli że wyniki dodatnie odma dała w 18,6% wyleczonych i 22,5% znacznej poprawy, czyli razem 41,1% leczonych odmą sztuczną.

Wysięki surowicze wystąpiły u 32 chorych, wypuszczono płyn u 8 chorych, a u reszty, to jest u 24 chorych, płyn sam się zrezorbował. Z tych 32 chorych zostało wyleczonych 6-ciu.

Poprawę znaczną uzyskało 15-tu chorych. Obecnie jest w leczeniu 4-ch, zaniechano leczenia z powodu zrostów u 5-ciu chorych, 2 zmarło w okresie do 3-ch lat. Odmę obustronną stosowałem u 3 chorych, jeden przerwał leczenie, z powodu wystąpienia zapalenia opłucnej nie mógł przyjechać do dopełnień i opłucna zrosła się. Obecnie proces nieczynny. Leczenia zaniechano u jednej chorej z dużą jamą, której ucisnąć się nie dało. Proces włóknisty czynny. Jeden chory jest dotąd w leczeniu.

Reasumując powyższe, przychodzę do wniosku, że odma w stosunku do ciężkości schorzeń gruźliczych w odpowiednich przypadkach daje największy procent poprawy w porównaniu z innymi sposobami leczenia (leczenie klimatyczne i ambulatoryjne). Dalszym etapem leczenia po za odmą jest już chirurgiczne leczenie gruźlicy płuc oparte na ucisku płuca chorego (phrenicotomia, apicoliza, thoracoplastyka), słusznie przeto leczenie odmą sztuczną, jako mniej skomplikowane, znajduje coraz szersze zastosowanie.

W każdej Dyrekcji Kolejowej musi być lekarz specjalista, który potrafi prowadzić leczenie odmą sztuczną, chociażby nawet ze względu na tych chorych, którym założono odnę w sanatorjach, a dalsze leczenia musi przeprowadzać u siebie ambulatoryjnie.

Szczepienia ochronne przeciw błonicy i płonicy*)

podał

Dr. M. MIEDZISZEWSKI

Bydgoszcz

Do chorób wieku dziecięcego, które najwięcej przykrości sprawiają tak lekarzowi, jak i rodzicom należą bezsprzecznie błonica i płonica.

Zarazek błonicy został odkryty w roku 1884 przez Löfflera, Roux—Yersin, przeszczepiając zarazek błonicy zwierzętom, wywoływali u nich typowe objawy błonice — i swoistość lasecznika błonicy od tego czasu stała się niewątpliwą. Lasecznik błonicy należy do typu zarazków wytwarzających toksyny. Toksyna ta, przechodząc do krwi, wywołuje ciężkie zmiany w ustroju ludzkim, działając bardzo szkodliwie na najważniejsze narządy ustroju jak serce i drogi oddechowe, i ma szczególne powinowactwo do tkanki nerwowej.

Jeśli zarazek błonicy wychodować na sztucznej pożywce, to pożywka też będzie zawierała toksynę błoniczą, którą można oddzielić od zarazków. Behring wstrzykiwał koniom czystą toksynę błoniczą i po pewnym czasie pobierał od nich krew, otrzymując w ten sposób surowicę antytoksyczną, którą z wielkiem powodzeniem zaczęto stosować do leczenia błonicy u ludzi. Przed wprowadzeniem do leczenia błonicy surowic antytoksycznej zabierała ta choroba bardzo dużo ofiar. W XVI i XVII stuleciach błonica szerzyła się w Hiszpanji w zagrażający sposób.

W każdym razie przed wprowadzeniem surowicy Behringa odsetek śmiertelności przy błonicy był bardzo wysoki.

*) Referat wygłoszony na Zjeździe Zrzeszenia Lekarzy Kolejowych w Wilnie dnia 28 VI 1931 r.

Na 100.000 osób umarło na błonicę

| | w r. 1885 | w r. 1924 |
|-------------|-----------|-----------|
| we Włoszech | 95,2 | 50,1 |
| we Francji | 58,2 | 38,1 |
| w Holandji | 50,2 | 20,7 |

Od roku 1894, kiedy zaczęto stosować surowicę antytoksyyczną, ilość zgonów na błonicę zmniejszyła się prawie dziesięciokrotnie. Niestety nie zmniejszyła się ilość zachorowań; odwrotnie statystyka wykazuje, że zapadalność na błonicę stale wzrasta, szczególnie w ostatnim dziesięcioleciu.

Dr. Sparrow w swym artykule „O zwalczaniu błonicy zapomocą szczepień ochronnych”, opublikowanym w zeszycie XI „Wiedzy Lekarskiej” z roku 1929 (miesiąc listopad), podaje następujące dane statystyczne o szerzeniu się błonicy, otrzymane z 32 krajów całego świata:

| W latach | 1923 | 1924 | 1925 | 1926 | 1927 | 1928 |
|-------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| zachorowało | 347.750 | 361.155 | 347.730 | 351.506 | 393.917 | 397.762 |

Ten wzrost zachorowań notuje się we wszystkich prawie państwach europejskich. W Polsce mamy następującą statystykę zachorowań i zgonów na błonicę:

| Rok | [Zachorowało | Zgony | Odsetek |
|------|--------------|-------|---------|
| 1919 | 1815 | 219 | 12 |
| 1920 | 3178 | 387 | 12,1 |
| 1921 | 4130 | 544 | 13,1 |
| 1922 | 4228 | 414 | 9,7 |
| 1923 | 3694 | 426 | 11,2 |
| 1924 | 4838 | 494 | 10,2 |
| 1925 | 5888 | 452 | 7,5 |
| 1926 | 6835 | 651 | 9,7 |
| 1927 | 8626 | 821 | 9,5 |
| 1928 | 10576 | 867 | 8,2 |
| 1929 | 11977 | 777 | 6,5 |

W roku 1929 w Województwie Poznańskim liczba zachorowań na błonicę wzrosła o 60%, wówczas gdy województwo Wołyńskie notuje spadek zachorowań o 40%. Najwięcej zachorowań przypada zwykle na chłodną i wilgotną porę roku — jesień i zimę.

W Bydgoszczy błonica w roku 1929 i 1930 dała następującą ilość zachorowań:

| | Rok 1929 | Ilość zgonów | Rok 1930 | Ilość zgonów |
|-------------|----------|--------------|----------|--------------|
| Styczeń | 3 | — | 24 | 1 |
| Luty | 5 | — | 24 | 2 |
| Marzec | 4 | — | 27 | 1 |
| Kwiecień | 2 | — | 23 | 4 |
| Maj | 6 | 1 | 7 | — |
| Czerwiec | 5 | 1 | 12 | 1 |
| Lipiec | 10 | — | 10 | 2 |
| Sierpień | 6 | 1 | 7 | 2 |
| Wrzesień | 16 | 1 | 15 | 1 |
| Październik | 43 | 1 | 18 | 4 |
| Listopad | 27 | — | 21 | — |
| Grudzień | 20 | 2 | 30 | 2 |
| | 147 | 7 | 218 | 20 |

Na 1471 zachorowań w roku 1929 przypada zgonów w odsetkach 4,76% i na 218 w r. 1930 — 20 zgonów, w odsetkach — 9,1%.

Najwięcej niepokojącym objawem jest to, że tak w praktyce, jak i w literaturze spotykamy się z opisami przypadków błonicy, przy których surowica błonicza zupełnie zawodzi; zjadliwość zarazka błonicy stale się wzmacnia. Czemu wytłumaczyć stale z roku na rok wzrastające szerzenie się błonicy? Otóż obserwacje poczynione w czasie epidemii dowiodły, że bardzo dużą rolę w rozpowszechnieniu błonicy odgrywają nosiciele.

Sparrow twierdzi, że 90% wszystkich przypadków błonicy zostało spowodowane przez nosicieli. Degkwitz, Wilschke de Ruder i inni uważają, że prawie każdy człowiek przez pewien czas jest nosicielem prątka błoniczego. Badania Piepera nie potwierdziły tych przypuszczeń. Zbadał on 38.824 dzieci szkół powszechnych w Berlinie i stwierdził tylko 1,06% nosicielstwa pośród nich. Kliewe i Hoffman stwierdzili nosicielstwo u 5,7% zbadanych dzieci, Saleck — u 5,4%. Ławrynowicz na podstawie zbadania 8.065 osób, znajdujących się w bezpośrednim otoczeniu z chorymi na błonicę, stwierdził pośród nich około 8,24% nosicieli, a po uwzględnieniu pośród otrzymanych hodowli szczepów niezjadliwych (Ławrynowicz, Bohdanowiczówna) odsetek ten zmniejszył się do 5,5%. Dane miejskiego Instytutu Higieny w Warszawie określają odsetek nosicieli pośród 773 zbadanych dzieci na 2,9%, a po odrzuceniu szczepów niezjadliwych na 2%. I tylko w zakładach zamkniętych (Baszenin, Birger, Trachtenberg) stwierdza się odsetek nosicieli wysoki, bo do 75% dochodzący. Badania poczynione u nas

przez Maysnera i Sparrow (Miejski Dom Opieki) na 450 zbadanych dzieci stwierdziły nosicielstwo u 20,8⁰/₀. U Ławrynowicza, Reutt-Boremskiej i Bohdanowiczówny odsetek ten waha się między 13,2 i 20,5⁰/₀. Stwierdzili oni obecność prątków błoniczych w gardle, nosie, w uszach badanych dzieci. W każdym bądź razie nosiciele odgrywają dużą rolę w rozpowszechnieniu błonicy; walka z nosicielstwem jest absolutnie niemożliwa. Jedynym i racjonalnym sposobem walki z szerzeniem się błonicy może być czynne uodpornianie osobników zdrowych przeciw tej chorobie. Pierwsze szczepienia ochronne przeciw błonicy wprowadzone zostały przez Theobalda

Zobojętniał on toksynę błoniczą surowicą antytoksyczną i mieszkanką taką szczepił ludzi. Z polskich lekarzy pierwszy zapoczątkował uodpornianie czynne Dzierzgowski jeszcze przed 20 laty. Zastrzykiwał on sobie w ciągu kilku miesięcy toksynę dyfterytyczną i znacznie przekroczył dawkę śmiertelną. Jednocześnie badał on systematycznie miano antytoksyczne krwi, podnosząc je z 0,02 jedn. odpor. aż do 1 jedn. odporn. Metodyka ta jednakże nie znalazła zrozumienia, gdyż uważano, że wprowadzenie do organizmu toksyny samo przez się jest niebezpieczne. Zresztą wstrzykiwania te trzeba było powtarzać dość często. Dla uniknięcia powtórnych wstrzykiwań zaproponował Dzierzgowski wprowadzenie toksyny przez błonę śluzową nosa (w roku 1909), wyprobowując ten sposób początkowo na samym sobie i stosując wlewanie toksyny zapomocą przyrządu Parke-Davis. Idee Dzierzgowskiego, że tylko uodpornienia czynne mogą wybawić ludkość od błonicy, znalazły zrozumienie dopiero w ostatnich latach. We Francji, Belgii, Rosji i Ameryce przeprowadzono szczepienia przeciwbłonicze na setkach tysięcy dzieci. Do połowy 1928 roku we Francji zaszczepiono 300.000 dzieci, w Belgii 25.000 (Ramon), w Kanadzie 400.000 (Fitz Gerald). W Ameryce zapoczątkowali szczepienia ochronne Park i Cingher już w roku 1919. Obecnie w samym tylko New-Yorku szczepi się rocznie około 125.000. Do roku 1931 we Francji zaszczepiono zgórą 1 milion dzieci. Korszun w Rosji stwierdził, że pośród 380.000 szczepionych dzieci ilość chorych na błonicę była 3 razy mniejsza, niż pośród nieszczepionych. W Berlinie na 100.000 dzieci szczepionych przypadło 170 zachorowań, tymczasem na taką samą ilość nieszczepionych zanołowano 800 zachorowań (Friedeman). Badania Bibera wykazały, że na 3.275 dzieci nieuodpornionych zachorowało 493—15⁰/₀, a na 1097 uodpornionych — 52 czyli 4,7⁰/₀.

Dla szczepień ochronnych aż do ostatnich prawie czasów w Ameryce używano mieszaniny błoniczej toksyny z antytoksyną. Szczepionka taka mogła przedstawiać pewne niebezpieczeństwo, o ile

połączenie toksyny z antytoksyną nie było trwałe. W razie oddzielenia się toksyny mogły nastąpić objawy otrucia jadem błoniczym. W Austrii zakazano używać takich szczepionek po wypadku, kiedy po zaszczepieniu 40 dzieci szczepionką, wykonaną przez Löwensteina i sprawdzoną na zwierzętach w klinice prof. Pirqueta przez Kossowita, 6 dzieci zmarło wskutek zatrucia toksyną błoniczą.

Wypadki śmiertelnego szczepienia po zatruciach zanotowano w Texas—5 przypadków, w stanie Massachusetts — 2; w Belgii—1, w Australji—12.*)

Prawdziwem dobrodziejstwem ludzkości było wprowadzenie przez Ramona do uodporniania anatoksyny w roku 1924. Opracowując metodę miareczkowania surowicy zapomocą odczynu kłaczkowania Ramon przypadkowo zauważył, że toksyna po dodaniu pewnej ilości formaliny i po przechowaniu w cieplarni przez pewien okres czasu (30 dni przy t° . 38—39 C) przekształca się w toksoid czyli anatoksynę.

Anatoksyna, zachowując wszystkie właściwości antygeny, traci prawie zupełnie działanie toksyczne. Od 5 do 10 cm^3 anatoksyny błoniczej, zastrzykniętej pod skórę morskiej świnki, nie wywołują u niej żadnych objawów otrucia, wówczas gdy toksyna zabija świnkę w ilości 1/1000 do 1/500. Okazało się, że najrozmaitsze toksyny pochodzenia bakteryjnego, roślinnego i zwierzęcego pod wpływem wyżej opisanych zabiegów zmieniają swe właściwości toksyczne, utrzymując zdolność wytwarzania przeciwciał. Anatoksyny otrzymano z jądów tężca (Descombey, 1924) i botulizmu, gangreny (Weinberg, Goy, Prevot), z czerwoni i szkarlatyny (Sparrow, Celarek, Przesmycka i inni). Anatoksyna w żadnym wypadku nie może zmieniać swych właściwości i nigdy nie staje się jadowitą, pozostając antygenem prawie przez nieograniczony czas. Z początku anatoksynę stosowano do szczepień zwierząt (koni). Zwierzęta uodporniały się znacznie szybciej, jak przy szczepieniach toksyną; szczepienia takie nie wywoływały u nich prawie żadnych zmian chorobowych. Surowice antytoksyczne po szczepieniach anatoksyną były wysokowartościowe. Anatoksyna tak in vitro, jak i in vivo zobojętnia toksynę i daje odczyn kłaczkowania zupełnie tak samo, jak i toksyna. Instytut Pasteura w Paryżu do wyrobu surowicy od 6 lat stosuje tylko anatoksynę i wyniki lecznicze takich surowic są bardzo dobre. Anatoksyny używa się dla szczepień ochronnych. P. Z. H. w Warszawie wyrabia taką anatoksynę do szczepień ochronnych przeciwbłoniczych, które zaleca prze-

*) W Niemczech do szczepień ochronnych przeciwbłoniczych używa się strąków, wytworzonych przez jady błonicze i antytoksynę, rozcieńczonych w roztworze soli fizjologicznej.

prowadzać trzykrotnie za pomocą zastrzyków podskórnych w dawce 0,5; 1,0 i 1,5 cm³ pod skórę uda. Ponieważ obserwacje, poczynione w czasie epidemji błonicy, wykazały, że nie wszystkie dzieci, stykające się z chorem, zachorowywały, trzeba było przypuszczać, że wśród osobników zdrowych są dzieci odporne na jad błonicy. Ludzie dorośli stosunkowo rzadko zapadają na błonicę: to znaczy, że we krwi ludzi odpornych na zarazek błonicy znajduje się już antytoksyna, która nie dopuszcza do powstawania objawów chorobowych. W jaki sposób ta antytoksyna mogła powstać? Prawdopodobnie powstała ona wskutek lekkiego zakażenia zarazkiem błonicy, który lub nie wywołał żadnych zmian chorobowych, a był tylko bodźcem do powstania antytoksyny, lub wywołał bardzo nieznaczne zmiany chorobowe, na przykład, lekką anginę, a jednak spowodował powstanie we krwi ciał odpornościowych. W czasie epidemji błonicy spostrzegamy, że ilość odpornych osób w środowisku zakażonym stale wzrasta (Lerebaulet, Joanon, Lingshein, Dudley, Dall). Najnowsze poglądy wskazują na to, że odporność jest czynnością normalną ustroju i pojawia się, jako cecha dziedziczna; może ona też powstawać nie tylko pod wpływem swoistych bodźców, lecz także i nieswoistych (Gracz, Kossowicz, Barański, Hirschfeldowie).

Hirschfeldowie, Brokman wykazali, że dzieci rodziców wrażliwych na błonicę nie udaje się uodpornić szczepionką i nawet przebycie choroby nie stwarza u nich ciał odpornościowych.

Noworodki uzyskują odporność, otrzymując gotową antytoksynę z krwi matki. Schick dla określenia wrażliwości na błonicę zaproponował wstrzykiwania doskórne dzieciom kropelki rozcieńczonej toksyny błoniczej.

Jeśli dziecko jest odporne, zawiera antytoksynę we krwi, to zo-bojętnia ona wstrzykniętą toksynę i na miejscu zastrzyku nie będzie żadnych zmian. Jeśli organizm nie posiada antytoksyny, to pod wpływem jadu błoniczego na miejscu wstrzyknięcia powstanie zaczerwienienie i obrzęk skóry. Ponieważ skóra może być wogóle wrażliwa na obce białko, więc dla kontroli w drugim miejscu robi się doskórnie zastrzyk takiej samej ilości toksyny ogrzanej do 75° C w przeciągu 10 minut; Państwowy Zakład Higieny w Warszawie dla badań na wrażliwość wyrabia kilka kompletów odczynników Schicka. Komplet na 100 odczynów składa się:

z jednej rurki zawierającej 0,1 jadu błoniczego, którego najmniejsza dawka śmiertelna dla morskiej świnki (M. L. D.) wynosi 0,04 cm. (Schick toksyna), i z jednej rurki, zawierającej również taką samą ilość jadu ogrzanego do 75° C w przeciągu 10 minut (Schick-kontrola).

Rurka ta naznaczona na końcu niebieskimlakiem celem odróżnienia od pierwszej; następnie z dwóch fiołków, zawierających po 10 cm³ jałowego roztworu fizjologicznego soli kuchennej z etykietami: sól fizjologiczna dla Schick—toksyny i sól fizjologiczna dla Schick—kontroli.

Z jednego końca, przeznaczonego dla wydmuchiwania ustami, rurki te zaopatrzone w tamponiki z waty. Przed szczepieniami odczynnik przyrządza się *ex tempore*, przez wdmuchiwanie zawartości odpowiednich rurek do odpowiednich fiołek; w 0,1 rozcieńczonej w ten sposób toksyny znajduje się 1/40 M. D. L. dla świnki morskiej. Wstrzykiwanie robić trzeba doskórnie maleńką igłą (№ 20) po stronie zginaczy, tak żeby się wytworzył mały pęcherzyk. Na lewym przedramieniu zwykle robi się wstrzykiwanie Schick—toksyny, na prawym Schick—kontroli. Wynik szczepień trzeba odczytywać kilkakrotnie. Największa reakcja występuje na 3—4 dzień po wstrzykiwaniu. Przy odczytywaniu odczynu mogą powstać następujące wyniki:

| Wynik | Toksyna — lewe ramię | Kontrola — pr. ramię |
|----------------|--|--|
| 1. Dodatni | Zaczerwienienie i naciek różnego natężenia | Brak odczynu |
| 2. Ujemny | Brak odczynu | Brak odczynu |
| 3. Kombinowany | Zaczerwienienie i naciek różnego natężenia | Zaczerwienienie i naciek różnego natężenia |

W zależności od tego, czy naciek i zaczerwienienie będzie większe na miejscu wstrzyknięcia toksyny, czy też na [miejscu kontroli należy uważać odczyn kombinowany za dodatni lub ujemny.

Oprócz wyżej opisanego kompletu odczynnika Schicka na 100 osób P. Z. H. wypuścił gotowy odczynnik na 50 osób, który wysyła na zamówienie z terminem ważności odczynnika na 10 dni.

Odczyn Schicka wykonałem u 558 dzieci w wieku od 7 lat do 14. Do odczynu używałem wyżej opisanego kompletu na 100 osób i odczynniki przygotowywałem według przepisu *ex tempore*. Po oczyszczeniu skóry na przedramieniach po stronie zginaczy spirytusem, wstrzykiwałem doskórnie do lewego przedramienia Schick — toksynę w ilości 0,1, do prawego Schick—kontrolę. Wyniki odczytywałem drugiego, trzeciego i czwartego dnia po wstrzykiwaniach. Z 558 zbadanych dzieci stwierdziłem dodatni wynik u 274 (49%), ujemny u 172 (30,8%), odczyn kombinowany u 101 (18%) i odczyn nieokreślony w 11 wypadkach (0,019%). Przeliczając odczyn kombinowany dołączyłem do odczynów dodatnich 62 wypadki i do ujemnych 39. Osta-

teczny wynik badań był następujący: Schick dodatnich dzieci 336 (60,2⁰/o), Schick ujemnych — tu dołączyłem też 11 wypadków z wynikiem nieokreślonym — 222 (39,7⁰/o). Znaczy to, że większość dzieci w wieku od 7 do 14 lat nie zawiera antytoksyny błonicznej we krwi i jest narażoną na niebezpieczeństwo choroby. Kontrola za pomocą odczynu Schicka jest miarodajnym wskaźnikiem wrażliwości dziecka na dyfterję. Badania Parka w Ameryce dowiodły, że na 57.000 dzieci Schick ujemnych zachorowało tylko 6. Wiemy z praktyki, że młodsze dzieci do lat 5 częściej zapadają na błonicę o złośliwym przebiegu i szczepienia ochronne trzeba byłoby wykonywać już u dzieci od najmłodszego wieku. Ribadeau, Dumas, Zoeller dowodzą, że uodpornianie dzieci do 3-ich lat nie ma racji bytu ze względu na to, że ustrój małych dzieci nie jest w stanie wytwarzać antytoksyny. Mayzner i Hirscheldowie badając dzieci do 6 miesięcy wieku stwierdzili, że odsetek dających się uodpornić jest bardzo mały. Romer na 18 dzieci do 3-ich miesięcy uodpornił tylko 5, tymczasem w wieku od 5 do 18 miesięcy odporność wystąpiła u 82⁰/o badanych. Ławrynowicz, Reutt-Boremska i Bohdanowiczówna stosowali szczepienia ochronne u dzieci od 9 miesięcy do 3-ich lat, otrzymując zmianę odczynu Schicka z dodatniego na ujemny w 71,7⁰/o. Objawy poszczepienne u dzieci małych naogół były bardzo słabo zaznaczone i nigdy nie spostrzegano żadnych powikłań, jak podniesienie ciepłoty powyżej 39⁰, anurji, wysypek i t. p. (Progólski, Redlich, Ławrynowicz, Reutt-Boremska, Bohdanowiczówna).

Niektórzy (Kochman) stawiają zarzuty przeciw szczepieniom ochronnym, wykonywanym w czasie epidemji błonicy, stwierdzając szkodliwy wpływ tak zwanej fazy ujemnej przy szerzeniu się błonicy. Badania Praysówny, Neissera, Ławrynowicza, Reutt-Boremskiej, Bohdanowiczówny, Zoellera, Ramona nie potwierdzają tych obaw. Jakkolwiek szczepienia ochronne anatoksyną są zupełnie nieszkodliwe odczyny jak miejscowe tak i ogólne trwają niedługo, nie pozostawiając po sobie żadnych śladów, to sam fakt, że szczepienia te trzeba stosować w formie zastrzyków, przeraża dużo rodziców, którzy nie zezwalają na szczepienia dzieci. Obecnie są robione próby stosowania szczepionek w postaci maści do wcierania, pędzlowania błony śluzowej nosa i t. p.

Nie jest to nowa metoda, bo jak wiemy jeszcze Dzierzgowski w roku 1929 robił takie doświadczenia na samym sobie. Barykin (Rosja) stosuje od roku 1927 mieszaninę anatoksyny z laseczkami błonicy, w roztworze fizjologicznym soli kuchennej w ilości 1 miljar-da na 1 cm.³ Mieszanekę taką zakłada on w waciku do nosa, twier-

dząc, że uzyskuje odporność w ten sposób u dzieci na czas od 1 do 12 miesięcy. Wreszcie Löwenstein (Austria) dla uodpornienia używa maści, zawierającej zabite laseczki błonicze, które wciera po uprzednim oczyszczeniu eterem skóry w okolicy piersi lub pleców, otrzymując po 5 — 6 tygodniach (wcieranie robi raz w tygodniu) odporność u 56,8% dzieci. O ile badania w tym kierunku potwierdziłyby spostrzeżenia Löwensteina i odporność uzyskana w ten sposób byłaby trwała, to bezprzecznie można by było szczepić znacznie większą ilość dzieci. Trzeba tu zaznaczyć, że pomimo rodziców u niektórych dzieci bojaźliwych, nie udaje się przeprowadzić szczepień za pomocą wstrzyknięć wcale.

Przechodzę teraz do płonicy. Za swoisty zarazek, wywołujący płonicę, większość bakterjologów uważa paciorkowiec hemolityczny. Jeszcze przy końcu 19 wieku Löffler stwierdził obecność paciorkowca hemolitycznego w nalotach na błonach śluzowych gardła i migdałków chorych na płonicę. Doświadczenia amerykańskiego lekarza Viponda, który przeszczepiał paciorkowca wyhodowanego ze śluzu i nalotów jamy ustnej i gardzieli chorych na płonicę małpom i wywoływał u nich objawy choroby, połączone z wysypką, zapaleniem gardła i podniesieniem ciepłoty z późniejszymi zmianami w nerkach, potwierdzały swoistość paciorkowca hemolitycznego przy płonicy.

Z polskich badaczy Gabryczewski i szereg innych też uważali, że paciorkowiec jest swoistym zarazkiem płonicy, a Gabryczewski do szczepień zapobiegawczych proponował już przed 30 laty szczepionkę, którą choć nieco zmodyfikowaną używamy i dzisiaj. Prawda, z początku prace Gabryczewskiego nie znalazły oddźwięku pośród świata lekarskiego. Dopiero badania małżonków Dicków, zapoczątkowane w r. 1921, znowu zwróciły uwagę lekarzy i bakterjologów na paciorkowca hemolitycznego, jako czynnika wywołującego płonicę. Doświadczenia Dicków, oparte na spostrzeżeniach nad chorem na płonicę wskazywały, że paciorkowiec hemolityczny jest właśnie swoistym zarazkiem. Dick, wstrzykując ludziom zdrowym krew i surowicę chorych chorych, nie stwierdził we krwi u nich paciorkowców. Brał on również wydzieliny z nosa i gardła u chorych i przefiltrowywał przez świeczkę Chamberlanda lub Berkefelda; przesącz ten wstrzykiwał później pod skórę osobnikom zdrowym, nie wywołując u nich żadnych zmian chorobowych, co wskazywałoby na to, że zarazek płonicy nie należy do zarazków ultramikroskopowych. Wreszcie wyhodowywał paciorkowca hemolitycznego z błony śluzowej gardła chorych na płonicę i zakażał nim migdałki ludzi zdrowych, wywołując w nich płonicę.

Płonica należy do chorób rozpowszechnionych u nas w Polsce i w dużych miastach panuje epidemicznie. W jesieni zwykle płonica przybiera na sile. W roku 1927 zarejestrowano 36.300 przypadków płonicy; ogólna liczba zgonów wynosiła wówczas 3.288, czyli śmiertelność od płonicy = $9,06\%$. Od roku 1922 ilość zarejestrowanych przypadków się zwiększa.

| | | | |
|-----------------|----------------|--------|------------|
| Tak w roku 1922 | zarejestrowano | 14.717 | zachorowań |
| „ „ 1923 | „ | 15.746 | „ |
| „ „ 1924 | „ | 18.030 | „ |
| „ „ 1925 | „ | 25.210 | „ |
| „ „ 1926 | „ | 37.643 | „ |

i tylko rok 1927 wykazuje zmniejszenie ilości zachorowań, bo już 36.300; zmniejszenie to idzie dalej: w roku 1928 zanotowano 28,828 i w roku 1929—20.909. Razem ze zmniejszeniem zachorowań daje się zauważyć i zmniejszenie złośliwości płonicy i ilość zgonów w roku 1929 w porównaniu z rokiem 1928 zmniejszyła się prawie dwukrotnie (o 46%), tymczasem jak ilość zachorowań zmniejszyła się o 28% .

| | | | |
|-------------|-------------------------|----------|---------|
| W roku 1926 | śmiertelność od płonicy | wynosiła | $7,4\%$ |
| „ „ 1927 | „ | „ | $9,1\%$ |
| „ „ 1928 | „ | „ | $7,5\%$ |
| „ „ 1929 | „ | „ | $5,6\%$ |

Jak widzimy śmiertelność stale się zmniejsza.

W województwach zachodnich w roku 1929 płonica zaczyna przybierać na sile, wówczas jak w województwach wschodnich naprzykład, na Wołyniu ilość płonicy zmniejszyła się dwukrotnie. Od roku 1928 największą zapadalność na płonice wykazują duże miasta, liczące ponad 100.000 mieszkańców, wówczas gdy do tegoż samego roku zapadalność większa była w miastach drugiej kategorii.

W Bydgoszczy płonica w roku 1929 i 1930 dała następującą ilość zachorowań: (patrz tabelka).

Największa ilość zachorowań w obydwu latach przypadła na miesiąc październik (47 w 1929, 62 w 1930). Przebieg płonicy w roku 1930 był znacznie złośliwszy, bo ilość zgonów w porównaniu z rokiem 1929 wzrosła trzykrotnie. Bezwarunkowo ilość zachorowań była większa, niż podaje statystyka, bo dużo przypadków lżejszych nie dochodzi do wiadomości urzędów sanitarnych.

Dla stwierdzenia wrażliwości osobników zdrowych na płonice Dickowie zaproponowali, wzorując się na odczynie Schicka, zastrzykiwać doskórnie kropelkę toksyny płoniczej dzieciom na przedramieniu.

| | 1929 | Ilość zachor. | Zgony | 1930 | Ilość zachor. | Zgony |
|-------------|------|---------------|-------|------|---------------|-------|
| Styczeń | | 23 | — | | 39 | — |
| Luty | | 28 | 1 | | 23 | 2 |
| Marzec | | 47 | — | | 26 | — |
| Kwiecień | | 36 | — | | 33 | 1 |
| Maj | | 18 | — | | 25 | — |
| Czerwiec | | 11 | — | | 16 | — |
| Lipiec | | 17 | — | | 25 | — |
| Sierpień | | 15 | — | | 8 | 1 |
| Wrzesień | | 30 | — | | 34 | 1 |
| Październik | | 47 | 1 | | 62 | 1 |
| Listopad | | 52 | 1 | | 37 | 1 |
| Grudzień | | 24 | — | | 30 | 2 |
| | | 348 | 3 | | 358 | 9 |

Dla kontroli do skóry drugiego przedramienia wstrzykiwali oni tą samą rozcieńczoną toksynę, ogrzaną do 100° C. Toksynę otrzymywali ze szczepów paciorkowców hemolizujących, wyhodowanych z przypadków płonicy. Wyniki odczytywali na drugi dzień. Badania Dicków potwierdzili Brokman, Celarek, Mayzner, Przesmycki, Sparrow, Gąsiorowski, Lipiński, Apermanówna, Libesman. P. Z. H. w Warszawie wypuścił do użytku odczynnik Dicka. Opakowanie zawiera dwie ampułki z zawartością po 1,0 Dick—Toksyny i Dick—Kontroli. Wstrzykuje się jak toksynę, tak i Dick—Kontrolę w ilości 0.1 czyli zawartość 1 ampułki wystarcza na wykonanie odczynu dla 10 osób. Przy odczytywaniu po 24 godzinach mogą wystąpić cztery stopnie odczynu pod względem natężenia:

1) wynik dodatni: na miejscu zastrzyku toksyny wybitne zaczerwienienie i naciek; w miejscu kontroli brak zaczerwienienia.

2) Ujemny: na miejscu zastrzyku toksyny i kontroli brak zaczerwienienia.

3) Dodatni złożony: zaczerwienienie silniejsze w miejscu zastrzyku toksyny, słabsze w miejscu kontroli.

4) Ujemny złożony: zaczerwienienie jednakowe w miejscu zastrzyku toksyny i w miejscu kontroli, lub silniejsze w miejscu kontroli.

Badania Progulskiego, Redlicha, Brokmana i innych dowiodły, że odczyn Dicka nie jest jednakże stałym wskaźnikiem wrażliwości na płonicę. Bardzo często z początku ujemny odczyn po pewnym czasie zmienia się na dodatni. Brokman dowiódł, że u dzieci Dick dodatnich po wprowadzeniu podskórnem od 3 do 6000 DS (dawek

skórnych) toksyny po upływie 24 godzin odczyn Dicka staje się ujemny i może takim pozostać dłuższy czas, lub po kilku dniach znowu przechodzi w dodatni. Bezprzecnie, ustrój czowieka nie jest w stanie w tak krótkim czasie wytworzyć antytoksynę i Brokman tłumaczy ten objaw utratą zdolności komórek do oddziaływania na jad pod wpływem zastrzyku. Niektóre choroby infekcyjne, jak odra róża, angina, (Cook, Debre, Nobel), mogą zmienić charakter odczynu Dicka.

Pewien odsetek dzieci z ujemnym odczynem Dicka zachorowuje na płonicę (Cingher, Joe, Sparrow, Celarek). Ciekawem jest, że w tych przypadkach w początku płonicy odczyn Dicka zmienia się na dodatni (Kondratitz, Nobel, Szenajch, Bohdanowicz). W 10% przypadków po przebyciu płonicy, kiedy ustrój uzyskuje odporność na pewno, bo jak wiadomo powtórne zachorowania na płonicę należą do bardzo rzadkich wypadków, odczyn Dicka pozostaje dodatnim. Jak wynika z wyżej przytoczonych danych odczyn Dicka nie może być używany jako bezwzględny i miarodajny sposób określania wrażliwości. W takim razie zachodzi pytanie, czy wogóle warto wykonywać odczyny Dicka, jeśli odczyn ujemny nie oznacza, że odporność u danego osobnika już jest. Za szczepieniem bez wykonania odczynu Dicka przemawiałoby jeszcze to, że rodzice bardzo niechętnie wogóle zgadzają się na szczepienie zapomocą zastrzyków, a już tylko sam odczyn wymaga dwóch wstrzyknięć; szczepienia zaś jeszcze najczęściej trzech, czyli razem aż 5 wstrzyknięć. Z praktyki wiem, że na każdy następny zastrzyk przychodzi mniej dzieci i z tych względów moim zdaniem można byłoby przy szczepieniach dużej ilości dzieci obejść się bez wykonania odczynów Dicka, a przystąpić wprost do szczepień po dokładnem zbadaniu i wyeliminowaniu dzieci z gruźlicą utajoną i po zbadaniu moczu u wszystkich przed szczepieniami. Odczyn Dicka wykonałem u 571 dzieci w wieku od lat 7 do 14. Wynik odczynu ujemny otrzymałem u 122 czyli 21,01%, odczyn dodatni u 322 — w 56,2%, złożony dodatni u 101 — 18,7% wreszcie odczynów nieokreślonych 11 — 0,03%.

Wyniki odczytywałem po 24 godzinach po ich wykonaniu. Ponieważ uprzednio u tych samych dzieci wykonywałem odczyn Schick'a, więc powstały 3 grupy dzieci: 74 wrażliwych na błonicę, 109 wrażliwych na płonicę i 375 wrażliwych na obie te choroby. Szczepionką B zaszczepiłem 21 dzieci, szczepionką P — 20 dzieci. Przed szczepieniami u wszystkich tych dzieci badałem mocz na białko, jak również wogóle badałem ich wszystkich.

Tych, które miały znacznie powiększone gruczoły, szczególnie podszczękowe wyeliminowałem, odeszły także dzieci z podejrzeniem na gruźlicę utajoną. Szczepionką B wykonywałem 2 wstrzyknięcia, pierwsze pod skórę lewego uda w ilości od 0,5 do 1,0; po dwóch tygodniach drugie do prawego uda w ilości 1,5 anatoksyny błoniczej; odczyny poszczepienne były naogół nieduże; 85⁰/₀ dzieci szczepionych wcale nie gorączkowało i nie opuściło szkoły.

Po drugim szczepieniu odczyny ogólne były nieco większe a w dwóch wypadkach temperatura przekroczyła 30⁰.

Odczyny miejscowe stwierdziłem w różnej mierze prawie u wszystkich dzieci; naogół były one łagodne.

Dzieci wrażliwych tylko na płonicę było 109. Po zbadaniu moczu i usunięciu dzieci z podejrzeniem na gruźlicę utajoną pozostało do szczepienia 86. Szczepienia wykonywałem atoksyczną szczepionką płoniczą P. Z. H., wstrzykując ją pod skórę uda trzykrotnie w odstępach dwutygodniowych 0,5 cm³ na pierwsze szczepienie, 1,0 — na drugie i 1,5 na trzecie. Do pierwszego szczepienia stawiło się tylko 25 dzieci; do drugiego — 23 i do trzeciego — 20 dzieci. Odczyny ogólne wystąpiły po pierwszym szczepieniu u 9 dzieci, miejscowe u 25; po drugim szczepieniu ogólne u 11, miejscowe u 23; po trzecim ogólne u 8, miejscowe u 20; naogół odczyny były też łagodne i żadnych powikłań poszczepiennych nie było. Niestety z braku czasu nie mogłem po każdym szczepieniu przeprowadzić kontroli nerek i nie wiem czy i w jakiej ilości występowały odczyny nerkowe. Również z powodu sprzeciwu rodziców w 6 tygodni po ukończeniu szczepień nie mogłem, jak zamierzałem, wykonać kontrolnych odczynów Dicka i Schicka u szczepionych; na przeszkodzie stanęły jeszcze i duże upały w maju, kiedy wykonywałem szczepienia te i z powodu których dziatwa wcześniej opuszczała szkołę.

Ponieważ po wykonaniu przed szczepieniami odczynów Dicka i Schicka wrażliwych na obydwie te odczynniki było dzieci 375*), i one się kwalifikowały do szczepień kombinowaną szczepionką B P, a w międzyczasie w styczniu 1931 r. w jednej ze szkół miejskich, która się znajdowała pod moją opieką lekarską i gdzie też zamierzałem zbadać dzieci na wrażliwość odczynnikami Dicka i Schicka powstała nieduża epidemia płonicy, przystąpiłem tam do bezwłocznego szczepienia dzieci szczepionką kombinowaną. Po porozumieniu się z lekarzem powiatowym, szczepienia przeprowadziłem bez uprzedniego bada-

*) Zaszczepiono po wyeliminowaniu dzieci z podejrzeniem na gruźlicę i skazą limfatyczną i po odejściu dzieci, rodzice których nie życzyli szczepień—140.

nia moczu, które w tak dużej szkole, bo liczącej około 1200 dzieci, zajęłoby sporo czasu. Przyczyną masowych zachorowań dzieci, jak stwierdziłem, była płonica w rodzinie stróża szkolnego, u którego chorowało troje dzieci i u których zawezwany lekarz stwierdził mylnie pokrzywkę.

W korytarzu wspólnym z jego mieszkaniem dzieci otrzymywały mleko i bułki, a stróż i jego żona przyjmowali czynny udział w rozdziale śniadania dzieciom. Po usunięciu chorych dzieci do szpitala i zamknięciu lokalu szkolnego na przeciąg 5 dni w czasie których klasy gruntownie oczyszczono i przedyzienfekowano, przystąpiłem do szczepień. Na 1183 dzieci w szkole rodzice 359 zgłosili sprzeciw 89 dzieci z liczby ogólnej przechodziły już przed tem błonicę i płonicę.

Wreszcze po zbadaniu odpadło dzieci ze skazą limfatyczną i gruźlicą utajoną 187. Do szczepień pozostało 548. Szczepienia wykonywałem szczepionką P. Z. H. — B. P. Szczepionka ta składała się z anatoksyny błoniczej i płoniczej z dodatkiem zabitych formaliną paciorkowców hemolitycznych (w 1 cm³ zawierała, ona 0,33 cm.³ anatoksyny błoniczej, 0,66³, anatoksyny płoniczej i 200 milionów zabitych paciorkowców szkarlatynowych). Uprzednie doświadczenia moje przy stosowaniu tej szczepionki dowiodły, że dawki przepisowe dają bardzo duże odczyny tak miejscowe jak i ogólne, wobec tego przy dawkowaniu indywidualnem uwzględniałem wiek i stan ogólny szczepionych. Na pierwsze szczepienie używałem od 0,5 do 1,0; na drugie od 1,0 do 2,0. Odstępy między szczepieniami wynosiły 12 — 14 dni. Z zakwalifikowanych do szczepienia 548 dzieci do pierwszego szczepienia stawilo się 505. W czasie szczepień objawy alergiczne zaraz po szczepieniach wystąpiły u 4 dzieci. (0,79⁰/₀). Objawy te były następujące; od 1 do 5 minut po szczepieniu dziecko bardzo blade; na ciele występował obfity pot, a po chwili wymioty, tętno było przyspieszone i osłabione; objawy te utrzymywały się od 5 do 15 minut, ustępowały, pozostawiając po sobie bladeść skóry w przeciągu 1—2 godzin; w jednym wypadku w kilka minut po szczepieniu dziecko zemdlalo. Odczyn ogólny w postaci podniesienia ciepłoty wystąpił u 183 czyli u 36⁰/₀, odczyn miejscowy zaczerwienie i obrzęk skóry różnego nasilenia w miejscu szczepienia u 495 t. j. 97⁰/₀. Po drugim szczepieniu, na które się stawilo już tylko 473 dzieci, odczyn miejscowy trwał 9 dni; oprócz zaczerwienienia i obrzęku prawie całej przedniej części uda na miejscu wstrzyknięcia, jak również w odległości kilku centymetrów wystąpił cały szereg drobnych pęcherzyków; gruczoły pachwinowe po stronie szczepienia były obrzęknięte i bolesne

Po zastosowaniu okładów z wody glinowej i smarowaniu jod-vasogenem obrzękniętych gruczołów, objawy wszystkie przeszły bez śladu. Podczas pierwszego i drugiego szczepienia wykonałem 987 wstrzyknięć szczepionki; liczba opuszczonych szkolnych dni wynosiła 236, czyli większość dzieci reagowała na szczepienia bardzo słabo.

Wypadków wysypki na całym ciele po szczepieniu nie stwierdziłem ani razu. Do liczby 505 dzieci szczepionych szczepionką B. P. w tej szkole, dochodzi jeszcze 140 dzieci, które zaszczepiłem w innej szkole, gdzie badałem dzieci na wrażliwość, tak że ogólnie szczepionką tą zaszczepiłem 645. Dwukrotnie zaszczepionych dzieci było 606 jednokrotnie — 39; szczepionką B. zaszczepiłem dwukrotnie 21 dzieci (trzeciego szczepienia nie wykonywałem), na drugie szczepienie stały się wszystkie dzieci, wreszcie szczepionką P. wykonałem 25 szczepień; pełne szczepienia po 3 wstrzykiwania otrzymało 20 dzieci, po dwa 23, po jednym — 2 dzieci.

Ponieważ szczepienia zacząłem w styczniu tego roku i z początku szczepiłem kombinowaną szczepionką B P, a później już szczepionkami B. i P. to w przeciągu 6 miesięcy w środowisku dzieci dwóch szkół, liczący razem zgórą 2000 osób można byłoby już widzieć wyniki szczepień. A więc od lutego miesiąca bieżącego roku w obydwu tych szkołach stwierdzono 11 zachorowań na płonice — 9 było nie szczepionych wcale, 2 szczepionych kombinowaną szczepionką B. P. lecz otrzymali oni tylko po 1 wstrzyknięciu i na drugie szczepienie nie stawili się. Z 10 chorych na błonicę nie szczepionych wcale było — 7; 3 otrzymali po 2 szczepienia szczepionką B. P., lecz jedno z nich zachorowało w niespełna 2 tygodnie po drugim szczepieniu, kiedy jeszcze nie nastąpiła odporność, a dwoje w czasie około 2-ch miesięcy po szczepieniu z przebiegiem choroby b. łagodnym. Jak widzimy wyniki są bardzo zachęcające.

Z dniem 1 marca P. Z. H. zmienił przepisy dotyczące dawkowania szczepionką B. P. ze względu na silną reakcję, którą ta szczepionka wywoływała przy dawek przepisowych i zaleca obecnie stosować trzykrotnie wstrzykiwania w dawkach 0,5, 1,0 i 1,5. Przy swych szczepieniach zmniejszałem dawkę szczepionki B. P. indywidualnie i w ten sposób unikałem dużych reakcji, szczepiąc tylko dwukrotnie. Widząc że na każde nowe szczepienie przychodzi wciąż mniej dzieci, myślę że wprowadzenie trzeciego szczepienia wpłynie ujemnie na ilość dzieci szczepionych i z tego względu będzie nie pożądanem.

Kończąc niniejszy referat chciałbym jeszcze raz podkreślić, że odczyn Dicka nie jest, tak jak odczyn Schicka bezprzecznym wskaźnikiem odporności ustroju na płonice, i w czasie epidemji błonicy

czy płonicy spotykamy bardzo często mieszane zakażenia i tak w Tallinie w r. 1926/27 było 14,6⁰/₀ postaci mieszanych, a w 75⁰/₀ stwierdzono u chorych na płonicę laseczki dyfterji. Z tego powodu uważałbym za najwięcej pożądane szczepienie dzieci wrażliwych tylko na błonicę kombinowaną szczepionką B. P. Odczyn Dicka ze względu na jego niepewność i ogólną niechęć rodziców do zastrzyków moim zdaniem można wcale nie wykonywać, w przeciwieństwie do odczynu Schicka, który jest miarodajnym co do wrażliwości na błonicę i naturalnie dzieci Schick — ujemnych trzeba szczepić tylko szczepionką przeciwploniczą.

Ogólnie uważanem jest, że dzieci Shick — ujemne, które uzyskały odporność czy przez przebycie błonicy, czy przez szczepienie, czy też w inny sposób, utrzymują odporność tę przez całe życie. W sprawie odporności uzyskanej przez szczepienie przeciw płonicy dotychczas niema jeszcze określonego zdania ze względu na stosunkowo mały okres czasu stosowania tych szczepień i niepewności kontrolnego odczynu Dicka; w każdym razie dotychczasowe wyniki wykazały, że szczepieni zachorowują rzadziej.

Według Ławrynowicza na 7887 szczepionych zachorowało 0,4⁰/₀

„ „ „ 63920 nieszczepion. „ 1,09⁰/₀

Korszun (Rosja) podaje, że pośród 25000 dzieci obserwowanych przez niego szczepieni zachorowywali w 15 razy rzadziej, a śmiertelność u szczepionych wynosiła 0,05⁰/₀ pro mille, tym czasem jak u nieszczepionych — 1,6⁰/₀ pro mille.

Dotychczasowe wyniki moich szczepień potwierdzają skuteczność działania uodpornienia, prawda że okres półroczny jest zbyt krótki by wyciągnąć odpowiednie wnioski i ostateczny wynik tych szczepień będzie można otrzymać dopiero po upływie dłuższego czasu.

Piśmiennictwo:

Dr. Józef Celarek, Surowice i szczepionki.

Kronika Epidemjologiczna Nr. 8 rok 1929.

Dr. H. Sparrow, Anatoksyna błonicza (Warszawskie Czasopismo Lekarskie)
Nr. 7 13/II 1930 r.

Pedjatra Polska rok 1929 Tom IX str. 309.

„ „ „ 1930 Tom X str. 94.

Ludwik Hirschfeld, O nowych metodach szczepień ochronnych.

Polska Gazeta Lekarska, Nr. 28 i 29 str. 546 rok 1927.

„ „ „ Nr. 34 i 35 „ 611 „ 1927.

„ „ „ Nr. 43 „ 855 „ 1927.

„ „ „ Nr. 3 „ 52 „ 1928.

„ „ „ Nr. 22 „ 413 „ 1928.

„ „ „ Nr. 44 „ 806 „ 1928.

„ „ „ Nr. 8 „ 145 „ 1930.

M. S. W. Sprawozdania o stanie zdrowotnym R. P. Polskiej za rok 1927.

Wiedza Lekarska. Rok III Listopad 1929 r. Zeszyt XI.

Lekarz Kolejowy Nr. 1 Rocznik IV 1931 r.

Le Monde Medical Nr. 728 r. 1928 str. 419

„ „ Nr. 28 r 1930 „ 28

„ „ Nr. 494 r. 1930 „ 494

„ „ Nr. 773 r. 1929 „ 873

Stan pomocy akuszeryjnej na Polskich Kolejach w związku z ochroną zdrowia dziecka i matki*)

podał

Dr. BRONISŁAW ŻEBROWSKI

Wilno.

Pomoc położnicza dla rodziny pracownika na naszych Kolejach przewidziana jest i unormowana w rozp. Min. Komunikacji z dnia 26 sierpnia 1929 r. (Dz. Urz. Nr. 25) w § 3 punkt 6, w którym przewidziana jest:

- a) pomoc lekarska i zakładowa,
- b) zasiłek pokarmowy w ciągu 12-tu tygodni, o ile dziecko żyje i
- c) zasiłek porodowy w wysokości 40 zł., o ile poród odbywa się w domu.

O ile punkt o pomocy lekarskiej i zakładowej nie wywołuje większych zastrzeżeń, jak również i punkt o zasiłku pokarmowym, to punkt „c” o zasiłkach porodowych, będący podstawą pomocy akuszeryjnej na kolejach i rzucający światło na całą organizację tej pomocy w Kolejnictwie, wymaga głębszego i krytyczniejszego wejrzenia w sprawę. Jeżeli 9/10, to jest 90⁰/₀ wszystkich porodów odbywa się w mieszkaniach i jeżeli wypłaca się na to rocznie około 550 tys. złotych i drugie tyle na zasiłek pokarmowy i zupełnie nie interesuje się jak i kto pomagał kobiecie w czasie spełniania przez nią tego zaszczytnego i niebezpiecznego posłannictwa, i czy pomagał wogóle, czy dziecko miało i ma jakąkolwiek racjonalną opiekę — to takie

*) Referat wygłoszony na Zjeździe Zrzeszenia Lekarzy Kolejowych w Wilnie dnia 28 VI 1931 r.

postawienie sprawy nie można nazwać ani normalnem, ani celowem. Pomoc akuszeryjna na naszych Kolejach w szerszym znaczeniu tego słowa, to jest opieka nad matką i dzieckiem, przechodzi mimo lekarzy, jest jakby po za nawiasem ich zainteresowania, udziela się jej najmniej uwagi, jakby to była kwestja niedotycząca medycyny kolejowej.

Naturalnie jest to sprawa nie Kolejnictwa, nienamacalna dla niego, jak na przykład Sanitarjat — jest to sprawa wewnętrzna medycyny kolejowej, jej organizacji, która w imię swoich interesów i swojej godności nie ma prawa tolerować nadal tego stosunku biernego desinteressment na podstawie formalizmu i biurokratyzmu odpowiednich paragrafów.

Polska medycyna kolejowa, ta wątła organizacja w okresie I-go Zjazdu Lekarzy Kolejowych, pod dobrem i ideowem kierownictwem przechodzi szczęśliwie choroby swego niemowlęctwa, usuwa groźbę jarzma kas chorych, ujednastajnia swój system na całym obszarze Rzeczypospolitej, ulepsza leczenie, rozwija farmaceutykę i nowe działy jak dentystyka, wydaje swój organ prasowy, jednym słowem nabiera sił i rozpędu i dziś zajmuje stanowisko, przodujące w medycynie społecznej i państwowej. Taka samodzielna, żywa organizacja nie może cofać się, ani stać w miejscu — jej droga naprzód. Z tych względów, nie zadawalnając się pozorami, wniknięcie w głąb sprawy tak ważnego działu leczenia, stojącego na granicy leczenia i akcji zapobiegawczej, jak pomoc położnicza na kolejach i opieka nad matką i niemowlęciem, i postawienie tej sprawy na porządku dziennym jest usprawiedliwionem i na czasie, tembardziej, że trzeba przyznać, koleje troszczą się o rodziny pracowników, zapewniając leczenie na koszt Kolei i dając świadczenia wyższe, niż mają pracownicy na innych polach pracy.

Nie zapominajmy, że wiele kobiet płaciło i płaci życiem i zdrowiem za nieumiejętną, dyletancką pomoc przy porodzie, że na tysiąc rodzących jeszcze teraz 4 umierają od zakażenia, wywołanego nieumiejętną ręką. Kilka razy więcej powstaje zakażeń położowych, które wymagają długiej i kosztownej kuracji w szpitalach i mieszkaniach. Nie mniej 5 tys. kobiet rocznie umiera w Polsce od gorączki położowej, w tej liczbie na żony pracowników kolejowych wypadnie kilkadziesiąt śmierci. Pamiętajmy, że przeciętnie tracimy w pierwszym roku życia 18 — 20% dzieci, liczbę bardzo wysoką w porównaniu z krajami Europy Zach., gdzie śmiertelność w tym okresie doprowadzono do 6—3% żywo urodzonych. Wiek XIX słusznie jest nazywany wiekiem dziecka, wiek XX jego spadkobiercą. I gdy zmarłych-

wstałe Państwo nasze, zapewniając sobie przyszłość pracą u podstaw zdrowia i tężyzny Narodu, za przykładem państw kulturalnych szczególnie uwagę poświęca dzisiaj dziecku przez zakładanie stacyj opieki nad matką i dzieckiem — medycyna kolejowa, ta silna organizacja, nic dotąd nie robi w tej dziedzinie, ograniczając się do wypłaty zasiłków pokarmowych. Akcja zapobiegawcza, szeroko zakrojona akcja profilaktyczna, jaką jest opieka nad matką i dzieckiem, jest równie istotnem zadaniem, jak leczenie chorych. Prawdopodobnie jest to jedna z najważniejszych dróg oszczędności. Jeżeli wziąć pod uwagę znikomą chorobowość dzieci, znajdujących się pod opieką rozmaitych stacyj, to zrozumiemy zmniejszenie wydatków na leki oraz wydatków związanych z leczeniem w szpitalach. Wszystkie wyżej wymienione motywy pobudzają nas do postawienia i rozpatrzenia w szczególach sprawy pomocy akuszerskiej na Kolejach.

Czy medycyna kolejowa, traktując tak sprawy jak dotąd, wiązuje się ze swych zadań lekarskich i społeczno higienicznych przed samą sobą i rodziną kolejową, czy pomoc położnicza jest racjonalna i celowa i co należy zrobić dla jej rozwoju i co możemy zrobić w zakresie Kolejnictwa dla rozwinięcia opieki nad matką i dzieckiem? — Oto pytanie, które stawiam przed dzisiejszem Sz. Zebraniem.

Aby oprzeć wywody na materiale rzeczowym, zwróciliśmy się do Wydziałów Sanitarnych wszystkich Dyrekcji z ankietą, zawierającą kilka pytań dla uzyskania danych za 1930 r. o stanie pomocy akuszerskiej. Wszystkie uprzejmie odpowiedziały, niektóre starannie, niektóre formalnie; trzeba powiedzieć, że wogóle w tej dziedzinie zainteresowanie jest małe i statystyki dobrej niema. Z otrzymanych danych rozporządzamy tylko trzema najpotrzebniejszymi wiarogodnymi cyframi, a mianowicie:

- a) ogólną sumą wypłaconą jako zasiłek porodowy w każdej Dyrekcji,
- b) opartą na tej sumie ilością porodów w mieszkaniu i
- c) ilością porodów i poronień odbytych w szpitalach, wykazaną przez 5 Dyrekcji.

Ogólnej ilości porodów i poronień żadna Dyrekcja wykazać nie mogła, zmuszając korzystać z cyfr według nomenklatury 140 — 147, przyjętej w naszych sprawozdaniach pod nazwą „Stany związane, z ciążą porodem i położeniem“. Otrzymane dane zgrupowane przedstawiam w załączonych tabelach, które przedstawiam Zebraniu.

Zaczynając od rozpatrzenia pomocy położniczej *zakładowej* na kolejach, widzimy z cyfr 5 Dyrekcji, które mogły wykazać ilość po-

T A B L I C A I.

| D Y R E K C J A | Ilość rejon. i podrejon. i przychodni (w nawias.) | Długość linii ra- zem z wą- skim torem | Liczba pracown. z praw. na pom. lekarstk. | Liczba członków rodzin | Ogólna liczba ludności kolejowej | Ogólna ilość stanów zwią- zanych z ciążą, porod. i położeniem (Dr. S. Ne 32 p. 13) | Ilość porodów i poron. w szpitalu | Ilość porodów odbytych w miesz- kanu | Ogólna- suma wy- płacona za porody w miesz- kanu | Ogólna suma wy- płac. na zasilek pokarmno- wy | Istniejące organiz. opieki nad mat- ką i dziec- kiem |
|---|--|--|---|------------------------------|---|---|--|--|---|--|---|
| Warszawa . . . Radom . . . Wilno . . . Razem | 38 (37) 20 (18) 20 (19) — | 2918 2850 3837 9605 | 42421 15196 14108 — | 99673 41575 39974 — | 142094 56771 52082 250947 | 2418 1777 1676 5871 | 600 — 439 — | 1821 1433 563 3817 | 72231 57332 22520 152083 | — — 19846 — | |
| Poznań . . . Gdańsk . . . Katowice . . . Razem | 64 (16) 35 (8) 39 (3) — | 2310 2119 631 5060 | 20337 19530 18270 — | 62927 54028 38489 — | 83264 73558 56759 213581 | 2737 3713 1313 7763 | — 150 37 — | 1452 1728 2494 5674 | 58080 69120 99760? 226960 | — 55339 80235? — | |
| Kraków . . . Lwów . . . Stanisławów . . Razem | 66 (6) 55 (13) 32 (10) — | 1407 1981 1100 4488 | 21387 15956 6605 — | 61198 41870 16835 — | 82585 57826 23440 163851 | 2076 1770 1099 4945 | — — 33 — | 2020 1471 664 4155 | 80800? 58840 25120 164760 | 70281? — 16864 — | Poradnia przy amb. dla matek w Lwowie |
| Ogółem . | — | — | — | — | — | 18579 | — | 13446 | 543803 | — | |

rodów w swoich i obcych szpitalach, że w Dyr. Warszawskiej na 1821 porodów w mieszkaniu przypada 600 porodów i poronień w szpitalach t. j. 25⁰/₀ ogólnej liczby; w Dyr. Wileńskiej na 563 w mieszkaniu — 439 w szpitalach (z nich 310 w kolejowych — t. j. 74⁰/₀ wspólnej liczby i 25⁰/₀ ogólnej liczby porodów i poronień); w Dyr. Gdańskiej na 1728 porodów w mieszkaniu — 150 w szpitalach, t. j. 8⁰/₀; w Dyr. Katowickiej na 2494 porody w mieszkaniu — 37 w szpitalach t. j. 1,12⁰/₀ i w Dyr. Stanisławowskiej na 664 porody w mieszkaniu — w szpitalach 33 — t. j. 5⁰/₀.

W 4 z wymienionych Dyrekcji wypadnie, że z ogólnej liczby zarejestrowanych porodów tylko 10⁰/₀ odbywa się w szpitalach, reszta 90⁰/₀ w mieszkaniu. Tylko w Dyr. Wileńskiej, która posiada dwa oddziały położnicze, stosunek ten wynosi 74⁰/₀, jednak i tam tylko czwarta część porodów odbywa się w szpitalu.

Zbędnem jest dowodzić przed światłem zebraniem lekarzy, że najlepszą, najpotężniejszą formą pomocy akuszerskiej jest zakładowa, i, że ze względu na dobro matki i dziecka położnicy powinny się odbywać w szpitalu, a nie w mieszkaniu, przyjmując pod uwagę również warunki mieszkaniowe. Ginekolog Dyr. Stanisławowskiej, Dr. Mikucki pisze: „ogromna większość pracowników kolejowych mieszka w fatalnych warunkach. Małe izdebki, brudne bez powietrza i światła, dzieci świadkami porodu, nieczystość sprzętu i pościeli, brak bielizny operowanie w nocy przy słabem świetle lampki“. Główną przyczyną takiego ujemnego stanu sprawy, że tylko 10⁰/₀ połogów odbywa się w zakładach, jest brak szpitali własnych, gdyż tylko jedna Dyr. Wil. posiada w szpitalach oddziały akuszerskie — i brak zaufania do szpitali powszechnych, które nie posiadają wykwalifikowanych położników. Ponieważ 6 Dyrekcji zupełnie nie posiada swoich szpitali, a dwie nie posiadają w swoich szpitalach oddziałów akuszerskich więc jedynem zarządzeniem złu mógłby być rozwój własnego szpitalnictwa, a przynajmniej zaprowadzenie przytułków położniczych, chociażby przy przychodniach w siedzibach Dyrekcji i na węzłowych stacjach na niewielką ilość łóżek (10—15), jak proponuje Dyr. Stanisławowska. Urzeczywistnienie tej myśli jest jednak mało prawdopodobne przy teraźniejszym stanie finansowym Kolejnictwa i masie potrzeb technicznych.

Trzeba powiedzieć, że w Rosji przedwojennej, gdzie sprawa ta była podnoszona przez Zjazdy Lekarzy, nie doszło do wprowadzenia w życie tych projektów. Polepszenie więc pomocy akuszerskiej pod tym względem — jest pieśnią dalekiej przyszłości, związaną z losem rozbudowy szpitalnictwa kol.

Ponieważ sprawa zakładowego położnictwa jest poza naszą mocą, stanowiąc ideał, do którego możemy dążyć, i z drugiej strony bezpłatna pomoc lekarska położnicza, zapewniona przepisami wykonywana jest przez lekarzy rej., od których wymaga się obecnie przy obsadzaniu stanowisk znajomości zasad położnictwa, a w ośrodkach Dyrekcyjnych są zaangażowani akuszerzy-ginekolodzy, to medycyna kol. w tej sprawie niema nic sobie do zarzucenia.

Przechodzimy teraz do porodów w mieszkaniu, centralnego punktu naszego tematu, porodów oświetlających najlepiej stan pomocy akuszerskiej na kolejach.

Jeszcze raz zwracam się do statystyki. Poprzednio wskazałem, że stosunek porodów w mieszkaniu do odbytych w szpitalach jest 9 do 1. Jeżeli zaś weźmiemy stosunek ilości porodów, odbytych w mieszkaniach do ogólnej liczby stanów, związanych z ciążą, porodem i położeniem, to okaże się:

| | | | |
|---|-------|--------------------|------------------|
| w 3 Dyr. zab. Ros. na 5871 takich stanów— | 3871 | por. w miesz. t.j. | $70\frac{0}{10}$ |
| w 3 Dyr. Wielkop. na 7763 | —5674 | „ „ t.j. | $73\frac{0}{10}$ |
| w 3 Dyr. Małop. na 4945 | —4155 | „ „ t.j. | $85\frac{0}{10}$ |

czyli, że ogromna, przeważająca ilość kobiet ($\frac{3}{4}$ — $\frac{4}{5}$) odbywa poród połów i choruje w mieszkaniu. To się tyczy tylko porodów bez poronień. I stan taki będzie trwał długo jak ze względów wyżej wymienionych, tak i innych: trudność transportu, nagłość zachorowania, brak konwojentki, pogoda, obawa porodu w drodze i t. d.

Jaka jest pomoc położnicza dla porodów i poronień w domu? Kolej wypłaca, jak wyżej mówiłem, za każdy poród pracownikowi 40 zł. po stwierdzeniu przez metrykę, czy lekarza faktu porodu, nie pytając się, czy była jaka pomoc kompetentna, czy chora odniosła jaką korzyść dla zdrowia z tych wydanych przez Skarb pieniędzy. Medycyna usunięta jest od wszelkiej ingerencji i kontroli. Nie potrzeba Sz. Zebraniu dowodzić, że żaden poród nie powinien odbywać się bez wykwalifikowanej, współcześnie wykształconej akuszerki, która jest niezbędnym elementem wszelkiej pomocy akuszerskiej. Przy fizjologicznych warunkach, które są w przeważającej większości wszystkich porodów ($90\frac{0}{10}$), poród odbywa się siłami natury w najdoskonalszy sposób, wymaga się tylko umiejętnej obserwacji i zachowania ogólnohygienicznych i profilaktycznych środków ze strony osoby podającej pomoc. Tysiące kobiet płaci życiem i zdrowiem za niezachowanie tych warunków, za nieumiejętną, dyletancką pomoc. Medycyna kolejowa właśnie nie posiada instytucji akuszerki rejonowych, wskutek czego nie może udzielać fachowej pomocy. Mamy dane twierdzić, że ogromna ilość, może większość tych porodów

w mieszkaniu odbywa się bez akuszerki, przy pomocy babek. Ktoś powie, że pozostawiamy w tej dziedzinie wolny wybór, wolną rękę pracownikowi kolejowemu. Poziom przeciętnego pracownika jest taki, że pozostawiać tą sprawę jego dobrej woli i inteligencji nie można. On potrzebuje opieki i ingerencji, i medycyna kolejowa, z charakteru swego, publiczna i społeczna, nie może zadawałniać się podobnym stanem, aby za jej pieniądze kobieta i dziecko były pozostawiane na los ciemnoty i kołtuństwa.

Wobec powyższego, nie będzie przesadą twierdzenie, że pomocy położniczej na naszych kolejach, po za lekarzami i szpitalami, dla porodów normalnych niema. Jest premjowanie porodów, jest zasiłek dla pracownika — ale to nie pomoc położnicza i pielęgniar-ska dla matki i dziecka.

Przechodzę do szczegółowego i więcej konkretnego rozpatrzenia ujemnych stron istniejącego systemu:

1) w wypadkach, gdzie pomoc położnicza okazywana jest przez prywatne akuszerki, nie mając ingerencji w tej sprawie, nie mamy żadnych gwarancji co do kwalifikacji, wyszkolenia i sumiennosci tych położnych. Według cennej opinii ginekologa z Dyr. Stanisławowskiej p. D-ra Mikuckiego w wyżej wspomnianym memorjale, materiał ten przedstawia bardzo wiele do życzenia. Położne starsze, albo nie poznały zasad aseptyki, albo niekontrolowane porzuciły je, jako niewygodny balast.

2) Ogromna ilość porodów odbywa się, jak wyżej powiedziano, bez pomocy akuszerki przy pomocy jedynie prostych babek czego dowodzą naprzykład ciekawe fakty ze statystyki Wil. Dyr. Ilość porodów w mieszkaniu według zasiłków porodowych wynosi tylko 563, gdy w Dyr. Radom. z tą samą ludnością 1433. Faktycznie jest ona nie mniejsza, tylko ludność Wil. Dyr., przypuszczając, że dla otrzymania zasiłku porodowego wymagana jest rzeczywista obecność i rachunek akuszerki, posilkując się babkami, nie zwracała się o zwrot kosztów. Pośrednio potwierdza to fakt, że za ostatni kwartał 1930 r., kiedy wiadomość o tem dobrodziejstwie już doszła do wiadomości ogółu wypłacono więcej niż za cały rok budżetowy 1929/1930 r. To znaczy, że około tysiąca porodów odbyło się bez akuszerki. Niema podstaw myśleć, że w innych Dyrekcjach jest inaczej.

3) W Wileńskiej Dyr. są szlaki po 100 klm. gdzie niema w obrębie kolei akuszerki wolnopratykującej i porody odbywają się pierwotnym sposobem. Lecż i w kulturalnych Dyrekcjach na szlakach, na drobnych stacjach dostarczenie akuszerki nie jest rzeczą łatwą

i tanią. Przywiezienie i opłacenie akuszerki na kozarkę — przewyższy nieraz zasiłek porodowy. W takich okolicznościach nie można twierdzić chyba o dostępności pomocy akuszeryjnej.

4) Przy istniejącym systemie są częste wypadki alarmowania i wzywania lekarzy do porodu bez wszelkiej potrzeby. Lekarz, nie mając akuszerki, musi sam spełniać funkcje akuszerki, tracić nieprodukcyjnie czas na kozarkach i szlakach, ze szkodą dla chorych i innych obowiązków. W razie potrzeby lekarz rejonowy wykonywuje operację bez żadnej asysty.

5) W razie porodu w wagonie, co nie jest rzadkiem zjawiskiem lekarz rej. jest w przykrem i kłopotliwym położeniu. Przy przewożeniu ciężarnych i ciężko chorych ginekol. lekarz pozbawiony jest kompetentnej konwojentki, jaką jest położna

Przytoczone punkty dostatecznie wykazują czy pomoc położnicza na kolei jest dostateczną.

To też wyżej podane braki mogą być usunięte przez wprowadzenie na kolejach własnej pomocy położniczej w postaci instytucji akuszek rejonowych.

Rozpatrzmy sprawę wprowadzenia na kolejach instytucji akuszek rejonowych prowizorycznie, w świetle cyfr i w ramach istniejącego budżetu:

| | | |
|------------------------|----------------------------------|-------------------------|
| w 3 Dyr. b. zab. Ros. | wydano na zasiłki porodowe . . . | 152.038 zł. |
| w 3 Dyr. b. zab. Prus. | „ „ „ . . . | 226.960 zł. |
| w 3 Dyr. Małopolsk. | „ „ „ . . . | 164.760 zł. |
| | | <hr/> |
| | | Razem . . . 543.760 zł. |

Jeżeli określić uposażenie samotnej akuszerki według XI stopnia, wynagrodzenie wystarczające na dobór najsumienniejszego i oddanego sprawie personelu, to utrzymanie jednej akuszerki rocznie wyniosłoby około 2,400 zł. To znaczy, za sumę zasiłków porodowych utrzymać można 227 akuszek. Przy ustanowieniu dwóch grup uposażenia — XI i XII ilość ta może być powiększona.

Przy długości naszych linii kolejowych wraz z wąskim torem 19153 klm. wypadnie jedna akuszerka na 84 klm. i przy ogólnej liczbie ludności kolejowej 628,379 — jedna położna na 2700 ludności. Ilość ta odpowiadałaby zupełnie normom, przyjętym na b. Ros. kolejach, gdzie z wielkim pożytkiem istniała instytucja akuszek rejonowych i gdzie żadna kobieta na kozarce i w najgłuchszym kącie nie odbywała porodu bez wykwalifikowanej akuszerki lub akuszerki-felczerki; za normę było przyjęte 100 wiorst, albo 2—3 tys. ludności (Referat D-ra W. Zemblinowa na 3-ci Zjazd). Przy podziale tej

ilości położnych wypadłoby w Dyr. b. zab. Ros. gdzie rejony są normalne — około 87; w Dyr. Wielkop. — 75; w Dyr. Małop. — 65, stosownie do długości rejonów i ludności.

Wobec zmniejszonej obecnie skali rozrodczości (szczególnie w stosunku do Rosji przedwojennej) i zmniejszenia ilości porodów możliwe, że mniejsza ilość akuszerki podołałaby zadaniu co pozwoliłoby zarezerwować pewną sumę na rzadkie wypadki potrzeby zwrócenia się do postronnej akuszerki, gdyby kolejowa była zajęta. Przy takich ilościach położnych na jedną wypadłoby w Dyr. zab. Ros. 43 porody, albo 67, stanów związanych z porodem i położem, w Dyr. b. zab. Prus. około 75 i w Dyr. Małopolsk. 64.

Liczyby tych porodów są dostatecznie małe, nie uciążliwe i pozwalające na wykorzystanie położnych na innych polach działania. W Dyrekcjach Wielko i Małopolskich, gdzie ilość rejonów jest duża a rejony drobne—jedna akuszerka wypadłaby na $2\text{--}2\frac{1}{2}$ rejony. Siedziba akuszerki powinna znajdować się przy głównym rejonie, przy przychodni, ewent. przy siedzibie lekarza rej. Mieszkanie przy stacji, ewent. mieszkanie kolejowe z dostępem do telefonu.

Co otrzymujemy i zyskujemy dzięki powołaniu do życia organizacji rejonowych akuszerki?

1) po pierwsze: otrzymujemy kompetentną, kwalifikowaną pomoc położniczą dostępną, dla wszystkich kobiet, w mieście, koszarce, na linii wykonywaną przez ściśle dobrany personel, mający za zadanie prowadzenia normalnego porodu i położu, pielęgnowanie położnicy i dziecka, okazania pierwszej pomocy, a w razie potrzeby wczesnego wezwania lekarza.

2) po drugie: otrzymujemy personel położniczy, którym rozporządzamy całkowicie dla konwojowania i transportowania ciężarnych i chorych do szpitala, co sprzyjałoby zwiększeniu ilości porodów w szpitalach. Ciężkie wypadki, które obecnie są ofiarą babek, mających zysk na względzie, byłyby dostarczane do szpitali;

3) po trzecie: mielibyśmy personel pomocniczy, który obowiązany byłby w czasie wolnym od zadań bezpośrednich pracować w przychodni, spełniać zlecenia lekarzy i inne funkcje pomocnicze. Jednocześnie zapoczątkowuje się sprawa pomocniczego personelu sanitarnego na miejsce felczerów b. zab. Ros. lub ich namiastek w b. innych zaborach.

4) czwartą i nie mniej ważną zdobyczą byłaby możliwość przystąpienia do zapoczątkowania akcji opieki nad matką i dzieckiem tak, jak ona organizuje się i rozwija u nas, za przykładem Europy, na terenach innych dziedzin państwowych, jak tego wymaga postęp medy-

cyny społecznej i polityka populacyjna, opierająca się na granitowej podstawie, która zwie się rodziną i przyszłością narodu.

Są to tak zw. stacje opieki nad matką i dzieckiem. Niezbędnym elementem takich stacyj są higienistki — pielęgniarki. Projektowane akuszerki nie byłyby akuszerkami w ujęciu i nazbyt wulgarnem znaczeniu tego słowa, lecz akuszerkami — higienistkami, akuszerkami — pielęgniarkami, całkowicie przywiązanymi do służby i ideowo oddanymi swemu zadaniu, mając przed sobą obszerne pole pracy. Tam, gdzie matki obawiają się obcinać paznokcie niemowlęciu, hodoją brudne kołtunki na jego głowie, boją się po kilka miesięcy kąpiele dziecka podczas choroby, leczą wódką i zaszeptowaniami, smoczki napełniają czarnym chlebem, obawiają się świeżego powietrza, przygrzewają ubraniem, karmią bezładnie pokarmem nieodpowiednim z ciężkimi następstwami dla dziecka, tam zbędnem jest chyba mówić o ważności takich instytucji, o potrzebie akuszerek — higienistek.

Wysoka śmiertelność niemowląt w Polsce zmusza zarówno Rząd, jak i społeczeństwo do jaknajszybszego i najenergiczniejszego wprowadzenia w życie tych zasad, na jakich w krajach cywilizowanych oparło się jej zwalczanie. Jest to zapobiegawczy sposób walki z chorobą, najtańszy i najowocniejszy w wieku dziecięcym, aby nie pomnażać zastępu słabych i chorowitych obywateli. Najskuteczniejszą postacią akcji zapobiegawczej jest roztoczenie otwartej opieki nad matką i dzieckiem. Zapewne wszyscy wiemy o deklaracji praw dziecka, zwanej Genewską, o Polskim Komitecie pomocy dzieciom, o Wydziale opieki nad dzieckiem i młodzieżą Min. Pracy i Opieki Społecznej. Samorządy miast, Sejmiki, rozmaite Związki kobiece dla pracy społecznej, Kasy chorych, oddzielne instytucje, jak na przykład Monopol Tytoniowy, zakładają na całym obszarze Rzeczypospolitej tak zw. Stacje Opieki. Oddzielne gminy, naprz. w Wileńszczyźnie, wynajmują, tak zw. akuszerki — higienistki dla działalności położniczej i pracy społeczno — higienicznej nad matką i dzieckiem — sposobem ambulatoryjnym, Instytucje te znajdują się pod kontrolą albo Wydziałów Opieki Społecznej, albo Wojew. Wydziałów Zdrowia Min. Spraw Wewnętrznych.

Mają opiekę nad dzieckiem do 2 lat. Urządzenia od najskromniejszych pomieszczeń, o jednym pokoju i higienistki do bogato wyposażonych z lampami kwarcowymi, mleczniami, kuchniami, przyjęciami pedjatrów, i ginekologów, z przedszkolami itd. W zasadzie każda taka stacja ma *poradnię dla kobiet ciężarnych*, gdyż uważa się, że tak zwana słabość wrodzona dziecka i poród przedwczesny są najczęściej wynikiem niedostatecznej opieki nad matką, i *poradnię dla dzieci do*

2 lat. Krople mleka, kuchnie mleczne nie są niezbędną lub ważną częścią takiej stacji. Prowadzą takie stacje akuszerki — higienistki lub wyszkolone pielęgniarki pod kontrolą i kierownictwem lekarzy.

W ogólnym zarysie ważne, lecz proste zadania swoje takie stacje wypełniają przez:

1) rejestrację możliwie dokładną wszystkich kobiet ciężarnych i niemowląt,

2) okresowe oględziny ciężarnych raz na miesiąc, dzieci co 2 — 4 tygodnie w pomieszczeniu stacji,

3) pouczanie kobiet ciężarnych, jak mają zachowywać się podczas ciąży i porodu, o zasadach i sposobach karmienia piersią z podtrzymaniem zwyczaju karmienia naturalnego, odżywiania w ostatniej potrzebie sztucznego, pielęgnowania niemowlęcia i zabezpieczania od chorób zakaźnych. Pouczanie to odbywa się w czasie przyjęć na stacji, podczas odwiedzin w domu przez pielęgniarki, przez urządzenie pogadanek zbiorowych dla matek i rodziców na tematy, związane z powyższymi zagadnieniami,

4) otaczanie opieką, dozorem i kontrolą dzieci w mieszkaniu przez odwiedzanie matek w domu raz na jeden — dwa miesiące, tak zwane wywiady, podczas których bada warunki życia matki, uczy praktycznie zastosowania swych rad w karmieniu i pielęgnowaniu dziecka,

5) wydawanie świadczeń jak mleko (nie wszędzie), puder do zasypywania, ceratki, lub zasiłków pieniężnych. Na naszych Kolejach, jako echo opieki nad dzieckiem istnieją zasiłki pokarmowe, wydawane w sumie bliskiej do sumy zasiłku porodowego około 500 tyś. zł. rocznie.

Zasiłki te wydawane są w pokażnej sumie bez żadnej kontroli ich użycia. Najracjonalniuszem byłoby obrócenie tej sumy na wydawanie przez Stację Opieki świadczeń w naturze. W każdym razie zasiłki pieniężne (pokarmowe) winny być wydawane nie ryczałtowo, po przeżyciu dziecka 3 mieś., a co pewien czas, na przykład 2 tyg., jak się praktykuje w niektórych krajach, po stwierdzeniu przez stację stanu dziecka i matki i jego zaopatrzenia

Takimi drogami stacje opieki spełniają swe zadanie podwójnie: dają opiekę właściwą i nadzór nad zdrowiem i rozwojem dziecka i spełniają obowiązki pedagogiczne wobec matki, co ma duże znaczenie społeczne. Matka uczy się pielęgnować dzieci, poznaje zasady higieny, wyzwala się z pod wpływów przesądów i wyrasta na pionerkę i krzewicielkę higieny wśród swego otoczenia. Higienistka zaś przystosowuje wymagania higieny do warunków każdej rodziny, w objętych jej opieką rodzinach staje się doradczynią, powiernicą, opiekunką moralną i materialną, pogłębia wpływ lekarza na otoczenie dziecka.

Pozwoliłem sobie zająć uwagę Sz. Zebrania zobrazowaniem działalności Stacyj Opieki nad matką i dzieckiem, aby wykazać, że medycyna kol. nie może przejść obok tej nowej gałęzi akcji zapobiegawczej i ma obowiązek i możność uczynić cokolwiek ze swej strony. Nie możemy pozwolić na to, by co 6-te polskie dziecko umierało, gdy świadomi jesteśmy, że u nasych sąsiadów z zachodu śmiertelność obniżona jest do 5 — 3⁰/₀. Lecz oni posiadają zgórą 8 tyś. Stacyj, gdy u nas powyżej nieco 200. Mając swoje przychodnie i zaprowadzając akuszerki hygienistki, mamy możność bez naruszenia budżetu lub przy małym wydatku urządzić u siebie podobne stacje przy każdym rejonie. Jeden pokój wszędzie się znajdzie. W ośrodkach i dużych miastach ludność kolejowa ma możność korzystać z istniejących podobnych organizacji miejskich i samorządowych, jeżeliby nie znalazło się środków na otwarcie własnych punktów, naturalnie w szerszym zakresie, niż wspomniane instytucje na mniejszych stacjach. Stacje takie znalazłyby poparcie i pomoc ze strony zorganizowanych, Kół przyjaciół, czy też Kół Opieki nad Stacją, co robiłoby je samowystarczalnemi, odciążając hygienistkę.

Kolejnictwo może i powinno zająć się tą sprawą, chociażby kosztem zmniejszenia wydatków na leki i preparaty farmaceutyczne, wobec jawnej u nas hipertrofii aptekarstwa.

Łącząc tak duże zadania i nadzieje ze sprawą ewentualnego wprowadzenia u nas akuszerki higienistki i wiedząc, że istnieją duże uprzedzenia w tej sprawie, — musimy się zastrzedz, że mamy na widoku bardzo ściśle, oparte na kompetentnych rekomendacjach dobór personelu. Takowy możemy znaleźć wśród nowej generacji położnych, które wypuszczają nasze Państwowe Szkoły Położnych z dwuletnim kursem. Według przechodzonego programu właściwie powinny one nazywać się Szkołami akuszerki — pielęgniarek czy hygienistek. Na zasadzie kilkuletniej praktyki pedagogicznej w Wileńskiej Szkole Położ. mogę zaświadczyć, że abiturjentki Szkoły stoją na wysokości zadania. Są dobrze wykształcone fachowo i wychowane moralnie i społecznie. Rozpęd do pracy, oddanie się i poświęcenie tych młodych pionerek do pracy na niwie ojczystej są wprost pocieszające. Kierownicy wielu Stacyj wileńskich, których zdania zasięgałem, z prawdziwym entuzjazmem odzywali się o prowadzonych przez nie instytucjach i z uznaniem świadczyli o pracy pielęgniarek.

Możliwie wyczerpująco starałem się przedstawić przed Sz. Zebraniem stan pomocy akuszerki na Kolejach w związku z opieką nad matką i dzieckiem, nie zrażając się pewną nieproporcjonalnością tematu z ogromnemi czystotechnicznymi zadaniami Kolejnictwa. Gdy

szerokie warstwy społeczeństwa urządzają doroczne Tygodnie Dziecka i Dnie Matki, miałem na celu zwrócić uwagę Zebrania na te zaniedbane dziedziny medycyny kolejowej, spopularyzować ideę ważności sprawy dziecka i dostojności macierzyństwa, wzmóc zainteresowanie na Kolejach do tej higieniczno społecznej sprawy, jaką jest kwestja opieki nad matką i dzieckiem na Kolejach, tych placówek przyszłości, zdobywających czynnie dla społeczeństwa radość zdrowia i harmonję życia. Przeminał czas, kiedy instytucje tego rodzaju nosiły imiona lekarzy filantropów. Dziś jesteśmy zdemokratyzowani, sproletaryzowani i ambicje nasze tak wysoko nie sięgają. Jednak honor naszego stanu i nawet interes wymagają, abyśmy nie szli w ogonie spraw społecznych i rozszerzali podstawy naukowe i społeczne Medycyny Kolejowej.

Wykaz porodów i poronień za rok 1930.

| | Ogólna ilość porodów, poro- nień stawów związanych z porodem i ciążą | Ilość porodów w mieszkaniu (bez poronień) | Ilość porodów i poronień w szpitalach kol. i prywatnych |
|------------------|--|---|--|
| Dyr. Warszawska | 2418 | 1821 | 600 |
| „ Radomska | 1776 | 1433 | ? |
| „ Wileńska | 1676 | 563 | 439 |
| „ Poznańska | 2737 | 1442 | ? |
| „ Gdańska | 3713 | 1728 | 150 |
| „ Katowicka | 1313 | 2494 | 37 |
| „ Krakowska | 2076 | 2020 | ? |
| „ Lwowska | 1770 | 1471 | ? |
| „ Stanisławowska | 1099 | 664 | 30 |

Wnioski przyjęte na VI Zjeździe Lek. Kol.

1. Na 18529 stanów, związanych z ciążą, porodem i położeniem na terenie wszystkich Dyrekcyj — 90% porodów odbyto w mieszkaniu, i tylko 10% w szpitalach. Najlepsza i najpożądalsza forma pomocy akuszerskiej — zakładowa, w obecnej chwili jest niedoścignionym ideałem wskutek braku dostatecznej liczby szpitali kolejowych z oddziałami położniczymi, trudności transportu, braku konwojentek, braku zaufania do szpitali powszechnych.

Konkretna droga do polepszenia sprawy leży w rozbudowie szpitalnictwa kolejowego.

2. Przeważająca ilość kobiet ($\frac{3}{4}$ — $\frac{4}{5}$) odbywa poród, połóg, i choruje w mieszkaniu. Wypłata zasiłków porodowych bez wszelkiej ingerencji lekarza, nie daje gwarancji, że kobieta miała kompetentną pomoc. Są podstawy do twierdzenia, że większość tych porodów odbywa się bez pomocy akuszerki. Brakowi temu nie zapobiega wypłata zasiłków porodowych na zasadzie faktu stwierdzenia porodu. Przy takim systemie lekarz niepotrzebnie bywa wzywany do normalnych porodów. Jednocześnie brak asysty w razie potrzeby zabiegu operacyjnego. Brak pomocy w razie porodu w wagonie brak konwojenta przy przewożeniu do szpitala, poza miastami pomoc akuszerska mało dostępna.

3. Braki istniejącego systemu pomocy akuszerskiej mogą być usunięte przez wprowadzenie własnej pomocy położniczej w postaci instytucji akuszerki rejonowych. Za sumę 550 tys. wydaną na rok na zasiłki porodowe, koleje mogą utrzymać 227 akuszerki, licząc XI stopnia uposażenia, ilość wystarczającą dla obsadzenia wszystkich normalnych rejonów — czyli jedną akuszerkę na 84 klm. lub na 2700 ludności. Na jedną akuszerkę wypadłoby od 43 do 64 porodów rocznie.

4. Wobec niewyczerpującej pracy głównej, projektowane rejonowe akuszerki powołane byłyby do innych lekarskich funkcji pomocniczych na rejonie i głównie mogłyby być zużytkowane dla akcji Opieki nad Matką i Dzieckiem i nazywałyby się akuszerkami pielęgniarkami, lub akuszerkami i higienistkami.

5. Medycyna kolejowa winna rozpocząć działalność w kierunku zorganizowania akcji zapobiegawczej, mającej na celu opiekę nad zdrowiem dziecka i matki, bardzo ważnego zadania dla bytu i rozwoju kraju, i narodu — urządzając rejonowe stacje opieki nad matką i dzieckiem przy ambulatorjach rejonowych przynajmniej po za dużymi miastami. Akcja ta byłaby umożliwiona i ułatwiona przez wprowadzenie instytucji akuszerki pielęgniarki w ramach istniejącego budżetu.

6. Zasiłki pokarmowe, wydawane ryczałtowo na wzór zasiłków porodowych i wynoszące mniejwięcej taką samą sumę, bez wszelkiej kontroli ich użycia, winny być wydawane przez stacje opieki albo w naturze, w postaci różnych świadczeń dla niemowlęcia, albo w postaci zasiłku pieniężnego wydawanego co parę tygodni po stwierdzeniu przez stację opieki, stanu dziecka i matki.



Wilno — Szpital na Wilczej Łapie 30.VI.31

Streszczenia.

Prof. Harry Scholz z Królewca. „O leczeniu chorych na płuca w domu“. Zeitschrift f. Bahnärzte № 2 1931 r.

Jednem z najważniejszych zadań lekarza, zajmującego się praktyką ogólną, czy w pracy ambulatoryjnej, czy też przy odwiedzaniu chorych w ich mieszkaniach, jest wyszukiwanie takich chorych, którzy cierpią na poczynającą się gruźlicę płuc. Z tego powodu każdy taki lekarz winien być odpowiednio przygotowany w tym kierunku: winien on posiadać wiadomości o powstawaniu, postaciach i przebiegu gruźlicy płuc oraz umieć zastosować metody rozpoznawcze w każdym pojedyńczym przypadku. Szczególnie lekarze prowincjonalni powinni starać się uzupełniać swą wiedzę w dziedzinie rozpoznawania gruźlicy płuc, gdyż siłą rzeczy są oni przeważnie pozostawieni własnej inicjatywie wówczas, kiedy natrafiają na chorych na gruźlicę, a wówczas zmuszeni są wcześniej rozpoznawać to cierpienie. Niekiedy przypadek gruźlicy płuc musi być koniecznie kierowany do sanatorium. Są chorzy z małymi zmianami, którzy wymagają jedynie troskliwego leczenia w domu, które może doprowadzić do wygaśnięcia czynnego procesu. Zawsze zresztą, niestety, znajdują się przypadki, które lekarz spostrzega po raz pierwszy w okresie już daleko posuniętej sprawy w płucach i które zmuszony jest leczyć w domu chorego. Prócz postępowania wyłącznie leczniczego, na lekarzu, opiekującym się chorym na gruźlicę płuc, ciążyą obowiązki socjalno-lekarskie, a mianowicie kontrola nad zdrowiem osobami z otoczenia chorego i zabezpieczenie ich od zarażenia. Z tego powodu lekarz, leczący gruźlików w domu, winien być w kontakcie z miejscową przychodnią przeciwgruźliczą.

Co się tyczy samego pacjenta, to postępowanie lekarza skierowane być winno ku podniesieniu sił ustroju wogóle oraz przeciwko poszczególnym objawom chorobowym.

Warunki domowe pacjenta nie zawsze mogą być zmienione na idealne, nie zawsze choremu możemy dać oddzielny pokój. W najgorszym jednak przypadku musimy możliwie izolować chorego od otoczenia przez możliwe odsunięcie jego łóżka od innych łóżek. Należy starać się dostarczyć choremu oddzielne łóżko. Należy dostarczyć choremu niezbędne naczynia (szcz. spluwaczki) i środki odkurzaczące. Chory winien posiadać własne naczynia stołowe, bieliznę pościelową, ręczniki, umywalnię. Osoby z otoczenia chorego powinny być pouczane o przepisach higieny osobistej, o kontroli prawideł kaszłania, wietrzeniu pokoju, przewietrzaniu pościeli i o częstem odpylaniu sprzętów, znajdujących się w pokoju chorego. Lekarz winien starać się, by zapatrywanie się tak chorego jak i jego otoczenia na gruźlicę płuc było możliwie racjonalne. Nie powinny tu mieć miejsca ani obojętność, ani lekkomyślność, ani złośliwość, ani egoizm, ani przesadna obawa zarażenia się. Chory powinien nabrać przekonania, że jego cierpienie jest uleczalne. W przypadkach beznadziejnych lekarz starać się winien podtrzymywać, zazwyczaj istniejący, pogodny nastrój (euforia). Jeżeli stan chorego na to pozwala choremu można pozwolić na opuszczenie łóżka na czas jakiś. Leżenie na otwartem powietrzu, szczególnie na prowincji, może być wprowadzone w czyn, improwizując leżalnię w ogrodzie, na balkonie i t. p. Stosownie do stanu ogólnego choremu należy dać plan godzin spoczynku i zajęcia. Czasem można pozwolić na spacer. Sporty winny być zastrzeżone za wyjątkiem lekkich gier, połączonych z ruchem, lub też odpowiednich ćwiczeń gimnastycznych i to jedynie jeżeli idzie o rekonwalescentów.

Odżywianie winno być tak prowadzone, by odpowiadało nie tylko środkom materialnym chorego, lecz i jego smakowi oraz nawyknieniom. W głównych zarysach należy trzymać się opartej na długotrwałem doświadczeniu sanatorjów dla tuberkulików, podając 100—120 gr. białka, 100 gr. tłuszczów i 400—500 gr. węglowodanów. Nie należy zapominać o owocach. Należy unikać przekarmiania gruźlików otyłych, odżywiając ich odmiennie od chorych wychudzonych. Zasada djety Sauerbruch'a — Hermannsdorffer'a — podawanie dużej ilości jarzyn i owoców i ograniczenie podawania soli kuchennej — może znaleźć zastosowanie we wszystkich przypadkach gruźlicy. Lepiej jest w każdym razie dawać choremu pożywienie w odpowiednio częstych odstępach czasu, lecz w porcjach mniejszych, ale dbać o to trzeba, by było ono dobrze przygotowane.

Na miejscu będą zawsze ostrożnie stosowane zabiegi wodolecznicze, mianowicie krótkotrwałe łagodne ranne obmywania i nacie-

rania, stosowane szczególnie w razie skłonności do potów. Kąpiele, mające na celu utrzymanie ciała w czystości, o ile chory może wstać z łóżka, są niezbędne. Natrysków należy unikać u cięższych chorych. Pływania należy zabraniać.

Do leczenia światłem nadają się przeważnie przypadki, w których może ono być użyte w celach profilaktyki. W przypadkach gruźlicy czynnej leczenia światłem nie należy stosować.

Ze środków chemicznych na pierwszym miejscu stawiane jest obecnie złoto. Preparaty złota mają zastosowanie głównie w postaciach włóknistych, gdzie mogą one wzmacniać procesy leczenia samoistnego w organizmie. Należy stosować dawki mniejsze, nie przekraczające 25—50 mg. Konieczna jest dokładna kontrola moczu. Metoda ta wymaga od lekarza, stosującego ją, doświadczenia. Leczenie tuberkuliną posiada podobne znaczenie w leczeniu gruźlicy płuc, co i leczenie preparatami złota, i wymaga również wprawy i doświadczenia. Może ono być stosowane jednocześnie z leczeniem złotem.

W leczeniu objawowem — gorączka wymaga tylko wtedy interwencji lekarskiej, kiedy powoduje znaczniejsze objawy: osłabienie, ból głowy, brak apetytu i t. p., lub też kiedy jej znaczna wysokość wskazuje na ciężkie zatrucie ogólne. Poza lekkimi zabiegami wodoleczniczymi, używane są w celu zwalczania gorączki takie leki, jak pyramidon., antipyrina, phenacetina, chinina i t. p. Przeciwno potom nocnym zaleca się obmywanie wodą z octem, spirytusem mrówczanym, stosowane rano i wieczorem. Ze środków farmaceutycznych stosowane są dalej szalwja, salvysat, (dialyzat z fol. salviae), kwas kamforowy z gwajakolem, atropina, agarycyna. Należy zalecać, by chorzy nie okrywali się zbyt ciepło w nocy i nie pili na noc gorących napojów.

Przeciwko kaszlowi, o ile jest on zanadto męczący, a szczególnie jeżeli, wywołując wymioty, przeszkadza odżywianiu się chorego, należy stosować takie środki, do których chorzy nie łatwo przyzwyczajają się, przede wszystkim kodeinę i jej pochodne. Trzeba być ostrożnym w stosowaniu morfiny, eukodalu i dilaudialu, a nawet dicodilu z powodu skłonności chorych do przyzwyczajania się.

W razie krwotoku płucnego trzeba przede wszystkim wpłynąć uspokajająco tak na chorego, jak i na otoczenie jego. Chorego należy ułożyć w łóżku z lekko podniesioną górną częścią ciała, o ile możliwe na boku, odpowiadającym miejscu krwotoku. Od dokładniejszego badania fizykalnego należy się powstrzymać. Na okolicę, skąd, jak się przypuszcza, wydobywa się krew, kładzie się zimny okład lub pęcherz z lodem. Ze środków, powstrzymujących krwawienie,

stosuje się clauden w postaci zastrzyknięć domięśniowych 2×2 cm. sz. (można kilka razy w ciągu doby). W przypadkach b. uporczywych krwotoków można zastrzyknąć 10 cm. sz. clauden'u dożylnie, Stosuje się dożylnie również 10% calc. chlorat. purissim., afenil dożylnie. Można zastrzykiwać 10% żelatynę. Przeciwno kaszlowi przy wielkim niepokoju chorego można zastosować zastrzyknięcie podskórne któregokolwiek z preparatów makowca. Można stosować bandażowanie kończyn.

W razie istnienia ciąży lekarz z konieczności musi zwrócić się do ośrodka opieki społecznej ewentualnie do przychodni przeciwgruźliczej, gdyż o wskazaniu do przerwania ciąży sam lekarz bez udziału innych orzec nie ma prawa.

L. Kalic.

Dr. R. Oeser z Königstein'u „Wskazówki praktyczne w zwalczaniu reumatyzmu“. Zeitschr. f. Bahnärzte Nr. 3 1931 r.

Pobudką do podzielenia się swem doświadczeniem w zakresie leczenia cierpień reumatycznych są te względy, jakie w ostatnich czasach zmusiły społeczeństwo do zajęcia się tem cierpieniem. Przedewszystkiem bowiem na lekarzach ciąży obowiązek zapobiegania szerzeniu się cierpień reumatycznych. Jak wynika z odczytu d-ra Trube, cierpienia te pod względem obciążenia towarzystw ubezpieczeniowych konkurują z gruźlicą. Tymczasem walka z niemi obecnie nie jest tak szeroko zakreślona, jak walka z gruźlicą. Nie posiadamy niestety danych statystycznych co do cierpień reumatycznych wśród pracowników kolejowych. Przypuszczenie, że są one specjalnie częste wśród tych pracowników, wymagałoby statystycznego uzasadnienia. Co się tyczy leczenia cierpień reumatycznych, to autor jest przeciwny leczeniu ich w szpitalach ogólnych. Wyjątek stanowią tylko ostre cierpienia stawów. Z powodu braku odpowiednich pomieszczeń w szpitalach takich, chorzy na przewlekłe cierpienia reumatyczne są zmuszeni do przebywania w łóżkach nawet w ciągu dnia, a to wpływa ujemnie zarówno na psychikę, jak i na cierpienie zasadnicze.

W Niemczech istnieją coprawda specjalne zakłady dla chorych na reumatyzm, np. w Akerzgranie, w Landeck, w Gottlenba, w Wildbad i t. p., bardzo jednak mała ilość pracowników państw. kolei niemieckich może korzystać z leczenia w tych zakładach. W zakładzie dla reumatyków w Königsteinie, gdzie pracuje autor, tak zwane środki przeciwireumatyczne jak i wogóle leczenie objawowe są całkowicie zaniedbane. Autor zwraca uwagę przedewszystkiem na momenty etjologiczne, a mianowicie nie zaniedbuje nigdy poza dokładnym wywiadem poszukiwań w organizmie ognisk infekcji w migdałkach, zębach, badań w kierunku przemiany materji, początku władu rdzenia, żyłaków

na nogach, stopy płaskiej. Należy uwzględniać obciążenie kończyn dolnych w razie otyłości i wtedy starać się zmniejszyć wagę pacjenta. Leczenie przewlekłych przypadków cierpień reumatycznych autor prowadzi, stosując głównie cutivaccin'ę Paul'a. Autor podziela zdanie Königer'a, że przewlekłe cierpienia reumatyczne wymagają łagodnego leczenia z zachowaniem dłuższych przerw w stosowaniu środka (cutivaccin'y). Stosuje on zawartość jednej rurki cutivaccin'y na dwóch chorych, mając na względzie i oszczędność, a w tym celu szczepi w jednym dniu wszystkich chorych. Sądzi on, że ilość zastosowanej szczepionki nie odgrywa tu nadzwyczajnej roli, gdyż skóra skaryfikowana może wchłonąć tylko minimalną jej ilość. Przy pierwszym szczepieniu autor używa szczepionki słabej (I), przy następnych mocniejszej (II). Szczepienie stosuje w odstępach 8—10 dniowych. Wobec tego jednak, że termin leczenia w zakładzie przepisowo nie może przekraczać 6 tygodni, leczenie musi być dokończzone w domu. Stosuje się to szczególnie do przypadków cięższych, w których lekarz kolejowy winien dokończyć 8—12 szczepień, jeżeli chce osiągnąć wynik pomyślny.

Prócz cutivaccin'y Paul'a w zakładzie autor stosował również yatren-kazeinę, mirion, kwas mrówczany, methylenblau, autohaemoterapię. Oddaje jednak pierwszeństwo cutivaccin'ie. Poza temi środkami autor nie zaniedbywał i innych metod, szczególnie o ile cutivaccin'a nie dawała pomyślnego wyniku. Kąpiele zdaniem autora przynoszą korzyść jedynie mineralne, lecz u siebie w zakładzie autor liczył się mniej ze stopniem koncentracji, niż z aktywnością chemiczną, która zależna jest od działania środków in statu nascendi; Używa on w tym celu:

Kal. jodat. 1,0

Kal. sulfurati 2,0

Acidi formic 80%—5,0

Ze środków tych Kal. jodat. i Kal. sulfurat. autor rozpuszcza oddzielnie i oddzielnie dolewa roztwory do wody w wannie, poczem dolewa kwas. Kąpiele powinny posiadać ciepłotę możliwie wysoką (38°—40°). Czas kąpieli winien wynosić 10—12—15 minut. Kąpiele te posiadają tę zaletę, że są tanie.

Poza tem stosuje autor leczenie masażem, gorącym powietrzem, diatermią. Tam gdzie zachodzą zaburzenia w wydzielaniu wewnętrznym (otyłość, cukromocz, klimakter.) na pierwszym planie postawić należy kurację odpowiadną.

W zakończeniu autor ostrzega przed zbyt długiem wyczekiwaniem z rozpoczęciem leczenia, by nie doprowadzić chorego do ostatecznych granic cierpienia.

L. Kalic.

VI Zjazd Zrzeszenia Lekarzy Kolejowych w Wilnie.

Dnia 28 czerwca r. b. o godz. 12-ej w poł., po nabożeństwie w Ostrej Bramie i złożeniu wieńca na Mogile Nieznanego Żołnierza został otwarty VI Zjazd Zrzeszenia Lekarzy Kolejowych przy udziale powyżej 300 uczestników i zaproszonych gości. Zjazd otworzył Dr. Józef Zawadzki. Do Prezydjum Honorowego zaproszono: pp. D-ra Borzęckiego, Naczelnika Wydziału Sanitarnego Min. Kom., Inż. Falkowskiego, Prezesa Dyrekcji Wileńskiej, D-ra Sobolewskiego i D-ra Moszyńskiego. Na Prezesa Zjazdu powołano D-ra Szukiewicza (Wilno), na asesorów D-ów: Jastrzębskiego (Warszawa), Hagera (Katowice), Kiersnowskiego (Radom), Miedziszewskiego (Poznań), Umiastowskiego (Wilno), Demianowskiego (Lwów), i Bermańskiego (Gdańsk). Sekretarzował Dr. Tomaszewski (Wilno).

Przemówienia powitalne wygłosili: pp. Dr. Borzęcki w imieniu P. Ministra Komunikacji, Inż. Falkowski, w imieniu Dyrekcji Kolejowej, Minkiewicz w imieniu Miasta, Inż. Butkiewicz w imieniu Związku Inżynierów Kolejowych, Kukiel w imieniu Związku Prawników Kolejowych, Dr. Tomaszewski w imieniu Wileńskiego Koła Zrzeszenia Lekarzy Kolejowych.

Przemówienie Dr. Tomaszewskiego brzmiało w sposób następujący:

Szanowni Państwo!

„W imieniu Koła Wileńskiego Lekarzy Kolejowych witam Sz. Państwa, dając wyraz uczuciu najwyższej radości z powodu waszego przybycia do Wilna.

Głównym celem zjazdów naszego Zrzeszenia jest praktyczne zastosowanie zdobyczy wiedzy lekarskiej do potrzeb lecznictwa i sanitarij kolejowej i na tem polu my składamy Sz. Kolegom życzenia owocnej pracy.

Wszakże, my lekarze, jako poważny odłam polskiej inteligencji, posiadamy całkowitą świadomość swych obowiązków obywatelskich i zawsze żywo reagujemy na dzieje swego kraju.

Nasze pierwsze spotkanie w wyzwolonym Wilnie nie może nie wywołać w każdym z nas odruchu narodowej dumy i uczuć patriotyzmu, na zmanifestowanie których ofiarujemy tych chwil kilka.

VI-ty wszechpolski zjazd naszego Zrzeszenia symbolizuje zamknięcie łańcucha wolnych i zjednoczonych ziem polskich, któreśmy społem już oglądali własnymi oczami jak ziemię obiecaną.

Upłynęły długie lata, zanim się ziszczyły marzenia naszych wiešczów, naszych wodzów i tych wszystkich, którzy wierzyli w żywotność rasy polskiej.

A więc jesteście na koniec w Wilnie.

Prawdziwie godłem tego miasta winien być wieniec ciernowy.

Wilno jest to pole walki, pobojuwisko. Walki owe trwały przez wieki. Przemożny wróg użył całej swej mocy, wyparł się nieraz cech człowieczeństwa, by zdławić polskość Wilna, lecz nie podołał i wycofał się z walki. Opatrzność podparła ten gród wielkimi filarami polskości, Król—Duch zwyciężył.

Pójdźcie widzieć i wyczuć tę polskość Wilna, tak kwestjonowaną z różnych stron, tak drogo okupioną, a tak bujnie rozrosłą na krwi naszych bohaterów i łzach matek, aby w sercach waszych, jako wynik tego, pozostało radosne uczucie — jedna polska ojczyzna i jeden polski naród.

Tu, w Wilnie, w tej wylęgarni wielkich polaków, wielkich idei, wielkich czynów i wielkich haseł, witamy was hasłem Mickiewiczowskim, hasłem duchowej jedności:

Hej, ramię do ramienia spólnemi łańcuchy
Opaszmy ziemskie kolisko,
Zestrzelmy myśli w jedno ognisko
I w jedno ognisko duchy“.

Depesze z życzeniami dla Zjazdu nadesłali PP. Dr. Opolski, Naczelnik Wydz. San. Dyr. Lwowskiej, Związek Prawników Kolejowych, Inż. Gronowski, Dyrektor Departamentu Min. Komun., Dr. Wachter, Naczelnik Wydz. Sanit. Dyr. Stanisławowskiej, Inż. Łaguna Prez., Dyrekcji Radomskiej Inż. Wiktor, Prezes Dyrekcji Stanisławowskiej, Inż. Niebieszczński, Prezes Dyrekcji Katowickiej.

Po odczytaniu depesz zarządzono parominutową przerwę po czem przystąpiono do porządku dziennego,

Dr. Sycianko(Wilno) wygłosił odczyt p.t. „Schorzenia układu nerwowego i psychicznego wśród funkcjonariuszy P. K. P. i ich rodzin w Dyrekcji Wileńskiej”. Po przeprowadzeniu dyskusji nad powyższym odczytem zarządzono przerwę, po której

2) *Dr. Umiastowski* (Wilno) wygłosił odczyt p.t. „Sztuczna odma piersiowa i leczenie odmami w Wileńskiej Dyrekcji Kolejowej”.

W dyskusji zabierali głos:

Dr. W. Kowalski (Warszawa). Bardzo dobrze się stało, że Szanowny Prelegent podjął ten temat. Leczenie odmą jest właściwie najlepszą i najłagodniejszą metodą leczenia gruźlicy płuc. Pozwala ono nam pozostawić chorego w jego środowisku, nie odrywa go od pracy. Chorzy, pracujący w higienicznych warunkach, mogą pracować stale bez przerw.

Wielkie nadzieje na leczenie sanatoryjne zawodzą. Chorzy w sanatorjach stają się neurastenikami, tęsknią za leczeniem w sanatorjum i co rok dążą do tego, aby powrócić do sanatorjum, bez tego czują się źle. Doskonale przedstawił taki stan u chorych w sanatorjum Mann w „Czarodziejskiej Górze”.

Odmy należy stosować wcześniej nawet przy objawach pierwotnego zespołu, gdyż najczęściej ognisko takie podlega rozpadowi.

Co się tyczy leczenia ropnego zapalenia opłucnej, dobre wyniki daje przepłukiwanie jamy opłucnej fizjologicznym roztworem soli kuchennej z następnym zastrzyknięciem do jamy opłucnej roztworu sanochryzyny, collargolu.

Dr. St. Gliwiński (Kowel). Zaznacza, że jeżeli nie można zrobić odmy, sytuacja nie jest beznadziejna, gdyż pozostaje jeszcze torakoplastyka, o czym Szanowny Prelegent nie wspominał. Co do transportu po odmie, wyniki statystyczne, otrzymane w szpitalu Wolskim w Warszawie, wskazują, iż ostatecznie warunki transportu nie odgrywają znacznej roli t. j. nie wpływają ujemnie na wyniki po odmie.

Dr. Umiastowski (Wilno). W odpowiedzi na pytania i uwagi wyjaśnia, że a) o thoracoplastyce wspominał, b) to że chory musi przyjeżdżać do dopełniania odmy zdaleka i nieraz niedospać dwie noce, nie wpływa dodatnio na przebieg leczenia, a czasem nawet — ujemnie. Najzupełniej zgadzam się, że odmę sztuczną należy stosować we wszystkich okresach choroby.

Ropne zapalenie opłucnej zdarza się na szczęście rzadko i leczenie, jak wspominałem w referacie, zależne jest od gatunku infekcji. Przy złośliwej infekcji należy zrobić thoracotomję, przy infekcji niezłośliwej oleothorax.

3. *Dr. Miedziszewski* (Bydgoszcz) wygłosił odczyt p. t. „Szczepienia ochronne przeciw błonicy i płonicy“.

4. *Dr. Żebrowski* (Wilno) wygłosił odczyt p. t. „Stan pomocy akuszerskiej na Polskich Kolejach w związku z ochroną zdrowia dziecka i matki“.

W dyskusji zabrali głos:

Dr. Kiersnowski (Radom). Dyrekcja wypłaca zasiłki porodowe za porody, odbyte w domu bez względu na to, kto okazywał pomoc przy porodzie, czy osoba wykwalifikowana (położna), czy t. zw. „babka“. Pożądanem byłoby, aby i zasiłki porodowe były uzależnione od tego, czy przy porodzie udzielała pomocy wykwalifikowana akuszerka i tylko w tym wypadku należałoby wypłacać zasiłek.

Dr. Dobrzański (Wilno). Sprawa ochrony macierzyństwa wśród kolejarzy nabiera coraz większej ostrości i dlatego organizowanie stacji opieki nad matką i dzieckiem jest bardzo ważne. Jako ordynatora oddz. położniczego szpit. Kolejowego w Wilnie, na podstawie materiału szpitalnego, uderzają dwa zastraszające fakty — z jednej strony olbrzymia śmiertelność wśród dzieci Kolejarzy, zwłaszcza w pierwszym roku życia — z drugiej strony wzrastająca ilość poronień, w większości wypadków pokątnych spędzeń płodu. Mówca wyciąga z tego dwa wnioski: należy roztoczyć opiekę nad noworodkami, wpajać w rodziny kolejarskie zasady nowoczesnej pedikultury — z drugiej zaś strony, wobec wciąż wzrastającej nędzy, bezrobocia i przeludnienia, należy dążyć do zrationalizowania polityki populacyjnej przez propagandę świadomego macierzyństwa, walkę z przestępstwem spędzaniem płodu, oraz regulacją urodzeń drogą pouczania kolejarek o sposobach zapobiegania ciąży na przychodniach dla ciężarnych. Dążeniem naszej epoki jest „jakość dziecka“, a nie ich „ilość“.

Oto jedno z ważnych zadań poradni dla ciężarnych przy stacjach opieki nad matką i dzieckiem. W myśl powyższego, w uzupełnienie wniosków referenta, zgłaszam następujący wniosek dla uchwalenia przez Zjazd:

„Uznając wielką wartość społeczną, medyczną i eugeniczną stacji opieki nad matką i dzieckiem, VI Zjazd Z. L. K. uważa za konieczne tworzenie we wszystkich większych środowiskach kolejarskich (Dyrekcje, warsztaty, parowozownie) własnych kolejowych stacji opieki nad matką i dzieckiem oraz popierania, względnie subsydjowania w innych miejscach odnośnych stacji, założonych przez gminy lub instytucje społeczne“.

Dr. Żebrowski (Wilno). Ponieważ wszyscy przedmówcy zgadzają się z moimi wnioskami, spodziewam się, że zostaną one przyjęte przez Zjazd i przyczynią się do stopniowego wprowadzenia w czyn poruszanej w referacie sprawy. Co się tyczy przemówienia D-ra Dobrzańskiego, to chociaż może ma on w pewnym stopniu rację, nie sądzę jednak, abyśmy mieli prawo ingerować w sprawie rozrodczości, to też byłbym przeciwny, aby stacje opieki zajmowały się nauczaniem zapobiegania ciąży. Istniejące stacje temi sprawami nie zajmują się.

Wnioski D-ra Żebrowskiego przyjęto.

5. *Dr. W. Karnicki (Wilno)* wygłosił odczyt p. t. „Związek przyczynowy pomiędzy gruczołami dokrewnymi a rakiem“.

Na tem wyczerpano porządek dzienny posiedzenia.

Wieczorem odbył się wspólny obiad przy udziale powyżej 400 osób. Nastrój był nadzwyczaj serdeczny, wygłoszono szereg przemówień. Pierwszą połowę drugiego dnia Zjazdu poświęcono zwiedzaniu pięknych pamiątek Wilna. Po południu odbyła się wycieczka statkiem do Kalwarji i Werek. Ranek trzeciego dnia Zjazdu poświęcono zwiedzaniu Szpitala Kolejowego na Wilczej Łapie, pięknie się prezentującego i urządanego nowocześnie. Odbyło się następnie posiedzenie Zjazdu, na którym zostały przyjęte wnioski D-ra Sycianki i D-ra Dobrzańskiego. Na wniosek Koła Krakowskiego uchwalono, aby Zjazd przyszłoroczny odbył się w Krakowie. Po omówieniu spraw organizacyjnych i zawodowych Prezes Zjazdu zamknął Zjazd, wygłaszając przemówienie następującej treści:

Szanowne Panie! Szanowni i Drodzy Koledzy!

„Za chwilę notatka o szóstym Zjeździe Lekarzy Kolejowych Rzeczypospolitej Polskiej w Wilnie będzie zakończona i złożona do kartoteki wszystkich naszych odbytych Zjazdów. W biografji tej znajdziemy skrupulatne i drobiazgowe dane: jak pracowaliśmy, nad czem dyskutowaliśmy i w jaki sposób spędzaliśmy wolne chwile od zajęć. Będzie to, że tak powiem, zewnętrzne odzwierciedlenie naszego trzydniowego wspólnego pożycia. Przed zamknięciem zjazdu pragnąłbym zwrócić uwagę Szanownych Kolegów na dwa momenty życia wewnętrznego, duchowego naszego zebrania. Przy zwiedzaniu i oglądaniu zabytków miasta Wilna pod przewodnictwem profesora Ruszczyca naocznie przekonaliście się, że tutaj z każdego kąta i na każdym kroku widnieją niczem niezatarte ślady wielkiej, owocnej narodowej pracy kulturalno-oświatowej praocjów naszych.

A zatem polskość Wileńszczyzny z Wilnem nie jest słówkiem pustem i krasomówczem. Wilno było, jest i będzie Polskiem, razem z Wileńszczyzną po wsze czasy słusznie stanowić będzie nieodłączną i integralną część Najjaśniejszej Rzeczypospolitej Polskiej. Nić wzajemnej sympatji i porozumienia wśród nas lekarzy kolejowych coraz mocniej zadzierzga się. Na zjeździe wszechwładnie króluje harmonja, jedność i spójnia. Każdy z nas pragnąłby, aby te wszystkie zalety naszego zjazdu promieniowały we wszystkie zakątki Ojczyzny, a gdy to się stanie, wówczas srebrnopióry Orzeł Polski prędko nabierze krzepy i tężyzny, bo szybować będzie w przestworzu czystym i słonecznem.

Możność zebrania się zawdzięczamy przedewszystkiem Zarządowi Głównemu, który zjazd niniejszy zwołał. W imieniu tu zebranych Panów składam serdeczne podziękowanie tym, co do tego najwięcej się przyczynili, a mianowicie pp. doktorom Zawadzkiemu i Mazurkowi.

Słów mnie brak, doprawdy, na wyrażenie uznania i podziękowania Komitetowi miejscowemu, z Dr. Królewskim i Umiastowskim na czele za poniesione trudy, starania i zabiegi przy organizacji zjazdu. Za to wszystko, coście zrobili dla nas, za waszą gościnność, uprzejmość i umiejętność organizacji inaczej dziękować w imieniu zjazdu nie jestem w stanie, jak tem prawdziwie polskiem, tak drogiem sercu naszemu, chociaż starem, a jednak zawsze młodem:

„Bóg Wam Zapłać“.

W skład Komitetu miejscowego wchodziły i Panie, które na każdym kroku, nie szczędząc pracy i fatygi, starały się uprzyjemnić nam czas i tak serdecznie zaopiekowały się nami i naszymi rodzinami. W imieniu zjazdu niech mi wolno będzie ucałować rączki Przewodniczącej Komitetu Pań, pani doktorowej Królewskiej, wyrażając w ten sposób nasze uznanie i podziękowanie.

Z zezwolenia Szanownych Panów ogłaszam zamknięcie Zjazdu.“

Po południu uczestnicy zjazdu odbyli piękną wycieczkę do Trok. Wieczorem nastąpił odjazd do domów.

Dzięki doskonałej organizacji i nadzwyczajnej serdeczności i gościnności gospodarzy trzydniowy pobyt w Wilnie upłynął jak jedna chwila i pozostawił po sobie niezapomniane wrażenia.

Ze Zjazdu w Wilnie.

Wspólna nam w Niebie Królowa
I spólni święci Patroni
I spólna Chwała bojowa
Pod znakiem Orła — Pogoni!

Zjechaliśmy się na doroczny Zjazd z najdalszych granic Polski, do tego przepięknego Witoldowego Grodu, zlecieliśmy stadami jak jaskółki, by zaczerpnąć z nad Wileńskiej Stolicy, ze źródła Jagiełłów, Witoldów, Mickiewiczów, Odyńców, Śniadeckich niezłomnej wiary w nierozzerwalność Litwy z Polską i otuchy do pracy nad zbudzeniem wielkiej przeszłości Jagiellońskiej. Zlecieliśmy my Lekarze Kolejowi pod przewodnictwem naszego prezesa D-ra Zawadzkiego, by zdać rachunek z dotychczasowej naszej pracy i wytyczyć drogi na przyszłość.

Nie będziemy się rozwodzić nad wspaniałością tego miasta, nad jego zabytkami, które łączą przeszłość z teraźniejszością — pióro na to za słabe, to trzeba widzieć i przeżyć, aby zrozumieć i odczuć.

Na dworcu oczekiwał nas komitet z D-rem Królewskim i Umia-
stowskim na czele nie z chlebem i solą, ale z sercami pełnymi mi-
łości i staropolską gościnnością.

Po posiłku pierwsze kroki skierowaliśmy do Tej, co Jasnej broni
Częstochowy i w Ostrej świeci Bramie.

Po Mszy św. i złożeniu wieńca na grobie Nieznanego Żołnierza
Panie Komitetowe z prezesową D-rową Królewską wzięły pod swoją
opiekę panie, towarzyszące lekarzom; my lekarze zebraliśmy się
w Sali Ogniska Kolejowego celem wysłuchania referatów fachowych.

Obrad szczegółowo omawiać nie będziemy, albowiem będą
ogłoszone w „Lekarzu Kolejowym“.

Wieczorny obiad zgromadził wszystkich uczestników zjazdu i za-
proszonych gości w liczbie ponad 400 osób w salach recepcyjnych Ognia-

ska, a następnie w sali jadalnej, przystrojonej barwami i emblematami narodowymi Polski i Litwy. W imieniu Dyrekcji Wileńskiej Zjazd powitał prezes Inż. Falkowski, a następnie Dr. Borzęcki, podkreślając znaczenie stanu lekarskiego w Kolejnictwie polskim, jego pracę zawodową i obywatelską oraz wpływ, jaki lekarze wywierają na personel kolejowy. Prez. Dr. Zawadzki, nawiązując do Jadwigi i Jagiełły, wskazał na pracę narodową lekarzy kolejowych, na nierozzerwalną łączność Litwy z Polską, na jej potęgę w tej łączności i na misję cywilizacyjną, opartą na Krzyżu, który Jadwiga wniosła w te rubieże, najbardziej na północny wschód wysunięte.

Po obiedzie w górnych salach zagrała muzyka i młodzież puściła się w płasy. Całe przedpołudnie dnia następnego oprowadzał prof. Ruszczyc po mieście, zaznajamiając z jego osobliwościami.

Wędrówki tej opisywać nie będziemy. Tych, którzy w Wilnie nie byli, odsyłamy do albumu Wilna, wydanego przez Komitet Wojewódzki—niech jednak żałują, bo żywego i barwnego opowiadania prof. Ruszczyca, który z przeszłością Wilna się żył, martwy opis nie zastąpi.

Po południu odbyliśmy statkami wycieczkę do Werek, podziwiając wspaniały krajobraz brzegów Wilji i bujną roślinność, mimo piaszczystej gleby. Tam zwiedziliśmy kościół Kalwarji, na wzór naszej Małopolskiej Kalwarji, ze wszystkimi drózkami Męki Pańskiej.

W trzeci dzień Zjazdu udaliśmy się na Wilczą Łapę, aby zwiedzić wzorowo urządzony Szpital Kolejowy, gdzie prezes! po uchwaleniu rezolucji, część naukową Zjazdu zamknął. Po południu odbyliśmy wycieczkę na jezioro Trockie, rozkoszując się wspaniałymi widokami i przypominając sobie dawno minioną przeszłość na ruinach Zamku Gedymina.

Wieczorem zasiedliśmy w Sali Ogniska do ostatniego, pożegnalnego obiadu; W imieniu Pań, biorących udział w Zjeździe, Pani, D-rowa Kuleszyna i D-rowa Markowska w serdecznych słowach podziękowały Komitetowi Pań za trudy i gościnne przyjęcie, zgotowane uczestnikom Zjazdu.

Na zakończenie przemówił prezes Koła Krakowskiego, Dr. Ackerman, zapraszając na przyszły zjazd do Krakowa i imieniem tegoż Koła Dr. Nieć, z Rzeszowa, którego przemówienie w streszczeniu podajemy, albowiem ono odzwierciadla cel Zjazdów lekarzy kolejowych polskich.

„Zjazdy nasze lekarskie mają podwójny cel: zawodowo-naukowy i narodowy. Ten drugi cel ma za zadanie, o którym już mówił prezes Dr. Zawadzki, zrośnięcia się gruntownego stanu lekarskiego trzech dzielnic, przez półtora wieku rozgraniczonych kordonami.

Obecny zjazd w Wilnie jest szóstym z kolei i każdy, który w tych zjazdach bierze udział, przyznać musi, że tworzymy jakoby rodzinę, z roku na rok coraz więcej zgraną i coraz więcej rozumiejącą się. A jakkolwiek z nazwiska wszyscy się nie znamy, to przez spotykanie się tych, samych twarzy i przez wymianę myśli, czujemy się tak swojsko i tak blisko, jakby nas nie dzieliły często setki mil. Do nawiązania tych, niejako rodzinnych, stosunków wielce przyczyniają się Panie nam towarzyszące, które wprowadzają ze sobą czynnik serdeczny, pełen uroku, uprzejmości i łatwego zbliżenia.

Zjazdy nasze rozpoczęliśmy od Stolicy i przeszliśmy kolejno Gdynię, Poznań, Lwów, Stanisławów, Katowice, dzisiaj Wilno. Następny zjazd ma się odbyć w Krakowie. W tym wyborze stolic dzielnicowych jest pewna myśl. Do każdej z nich zjeżdżamy się, lekarze kolejowi, ze wszystkich dzielnic dokumentując, że jesteśmy żywym, zespolonym organizmem jednej Matki Polski, a dzielnice tworzą części składowe tego organizmu. My lekarze, mający do czynienia z ciałem i duszą człowieka, możemy porównać Polskę z organizmem ludzkim. Zdrowie człowieka cechuje normalny rozwój pojedynczych organów i równowaga między nimi. — Zdrowie państwa polega również na normalnym rozwoju i równowadze jego części składowych.

Mieliśmy zjazd w Gdyni, w tej dzielnicy twardych, nieustępliwych Kaszubów, dzielnicy, która stanowi oko państwa, przez które Polska patrzy na świat cały. Mieliśmy zjazd w Wielkopolsce, mózgu i rozumie narodu. Tak jedna, jak i druga zdołały przetrwać półtorawiekowy ucisk i zakusy wynarodowiania krzyżackiego z niezłomną wiarą Zmartwychwstania Polski. W obu tych dzielnicach widzieliśmy siłę i zdrowie. Górny Śląsk porównałbym do rąk o stalowych mięśniach, które przez sześć wieków kopały w podziemiach skarby dla nieprzyjaciół, rok rocznie odbywając pielgrzymki do Częstochowy, do tej samej Królowej Polski, którą widzimy tutaj w Ostrej Bramie, lub na Wawel podumać, potęsknić u grobów Królewskich, przeżyć przy tem swoje mięśnie, by móc kiedyś zrzucić jarzmo niewoli i wydobywać skarby dla Macieży. Przedstawiciele dyrekcji lwowskiej przypominają nam ukochane Orłęta, które wpiły się szponami w tę dzielnicę, a dziobem rozszarpały każdego, kto myślał o oderwaniu Wschodniej Małopolski. Stanisławów i jego przedstawiciele, to nogi naszej Ojczyzny, które szeroko rozkaczyły się i wsparły o Karpaty, dając do zrozumienia bolszewikom i ukraińcom, że ani piędzi ziemi nie ustąpią. Warszawę i jej przedstawicieli porównać można w organizmie państwowym z gruczołami dokrewnemi, od których żywotności i sprawności zależy nietylko

żywołność i sprawność całego organizmu państwowego, ale i radość życia wszystkich jego członków.

Wilno — to zakuta w marmurze Wiara Narodu, rozlewająca się wielkimi strumieniami po całej Polsce.

Na przyszły rok mamy się zjechać w Krakowie. Dobrze czyni Zarząd, że w Krakowie mamy zakończyć okrężne zjazdy po Polsce. Tam na Wawelu, w tem sercu, i sumieniu Polski, u grobu Królów i Wieszczów Narodu, przed Orłem w Kaplicy Sołtyka, wyzwalającym się z okowów, mamy zdać rachunek, jak pracowaliśmy, jakie praca nasza wydała owoce.

Z tym apelem zaprasza Was Koledzy Okręg Krakowski“.

Wieczornymi pociągami opuściliśmy Wilno odprowadzeni na dworzec przez Komitet i rozjechaliśmy się we wszystkie części Polski, każdy na swój posterunek do pracy zawodowej.

Zjazd Wileński pozostanie nam niezatartym w pamięci.

T. N.

Wrażenia z IV Zjazdu Pedjatrów Polskich we Lwowie 24-26. V r. b.

Czwarty Zjazd Pedjatrów Polskich we Lwowie zgromadził około 140-tu lekarzy ze wszystkich stron Rzeczypospolitej.

Na zjeździe tym poraz pierwszy były reprezentowane wszystkie kliniki pedjatryczne.

Po otwarciu zjazdu przez Jego Magnificencję rektora prof. Witkowskiego w auli Uniwersyt., sekretarz stały Polsk. Tow. Pedjatrycznego, prof. Szenajch z Warszawy w krótkich słowach zobrazował historję powstania Towarzystwa.

Po krótkim przemówieniu prezesa komitetu organizacyjnego zjazdu, prof. Groëra ze Lwowa, prof. Lewkowicz (Kraków) wygłosił wykład inauguracyjny: „Odporność w zakażeniach, a soki ustroju“.

Wykład bardzo ciekawy, narazie ze stanowiska teoretycznego, ujmujący kwasowość, względnie zasadowość soków ustroju w związku ze zdolnością zwalczania zakażeń i odpornością.

Badania prof. Lewkowicza, oraz jego współpracowników, starają się sięgnąć wgłąb złożonych zjawisk biochemicznych, zachodzących w organizmie ludzkim.

Z ważniejszych referatów, t. zw. programowych, wymienić należy: Dr. H. Brokman (Warszawa). O zwalczaniu ostrych chorób zakaźnych, drogą szczepień ochronnych. Koreferat: prof. Dr. W. Szenajch (Warszawa). Referenci stoją na stanowisku zwalczania płonicy i błonicy drogą uodporniania odpowiedniami szczepionkami.

Drugiego dnia zjazdu referat programowy wygłosił prof. Dr. Jonscher (Poznań): Skaza adenoidalna i przerost migdałków. Koreferat: Doc. Dr. A. Dobrzański (Lwów) — Otolaryngolog.

Referenci po omówieniu b. obszernej literatury światowej, traktującej sprawę wyluszczenia migdałków, zgodzili się, iż przerost migdałków należy uważać u dzieci, jako swoistą skazę, która w wieku pokwitania zazwyczaj przechodzi. Wyluszczać migdałki należy tylko

w tych nielicznych wypadkach, gdy takowe mechanicznie utrudniają lub uniemożliwiają oddech, przełykanie.

Prof. Dr. Jasiński (Wilno) wygłosił rzecz: O konieczności i sposobie ustalenia norm rozwoju fizycznego dzieci w Polsce.

Prof. Dr. M. Michałowicz (Warszawa) jako referat programowy wygłosił: Współczesny stan nauki pediatrycznej w Polsce i środki szybkiej naprawy obecnych stosunków.

Drugi referat programowy tegoż dnia wygłosił Dr. Mogilnicki (Łódź): Dalsze stadja walki o szpitale dziecięce.

Z ciekawszych referatów nieprogramowych należy wymienić: Dr. R. Stankiewicza (Warszawa): 1) Jałowe wysięki płuc u dzieci. 2) zrazikowe zapalenie płuc z komórkami olbrzymimi, jako powikłanie grypy, 3) leczenie schorzeń nieswoistych płuc u dzieci za pomocą odmy sztucznej.

Dr. H. Frenklowa i Dr. A. Margulisowa (Łódź): Metody i wynik leczenia ropnego zapalenia opłucnej u dzieci na podstawie przypadków, spostrzeganych w szpitalu Anny-Marji w Łodzi w latach 1910/1931 i wiele innych.

Na zakończenie zjazdu prof. Dr. Groër podzielił się ze słuchaczami swojemi wrażeniami z pobytu w Ameryce.

Z osobliwości medycyny Amerykańskiej prof. Groër zaznaczył brak związku pomiędzy eksperymentalną medycyną, pracującą w ciszy wspaniale wyposażonych wielkich laboratoriów nad zagadnieniami teoretycznemi, a kliniką i szpitalami. To też teoretyczna medycyna stoi w Ameryce znacznie wyżej, niż kliniczna.

W Ameryce większość szpitali nawet tak olbrzymich, jak szpital w Chicago na 11.000 łózek, jest administrowana przez nie lekarzy. Lekarze, profesorowie uniwersytetu nawet — ordynują tam tylko i umieszczają swoich chorych.

Właściwymi szefami lecznictwa w takich szpitalach są t. zw. interni, lekarze zazwyczaj młodzi, odbywający swój staż i mieszkający stale w szpitalu. Tylko w niektórych miastach uniwersyteckich ściśle np. w Cincinnati szpital — klinika jest bezpośrednio zarządzony przez profesorów i lekarzy.

Prof. Groër uderzony był małą względnie ilością dzieci rasy białej chorych na gruźlicę. Gruźlicy dziecięcej widuje się dużo u ras kolorowych. Tłómaczyć należy to, nie tyle większą wrażliwością rasy czarnej lub czerwonej, lecz znacznie lepszymi warunkami społecznymi, higienicznymi bytowania białych w Ameryce. Szczepienia masowe ochronne przeciw błonicy obecnie są mniej entuzjastycznie propagowane przez Amerykan, niż kilka lat temu. Choroby alergiczne są

leczone przeważnie djetetycznie, a nie odczulaniem doskórnem. Z nowych zdobyczy wiedzy amerykańskiej prelegent wspomina o leczeniu hemofilji (krwiawiaczki) wyciągiem z jajników, podawaniem per os. W końcu swego odczytu prof. Groër obrazuje stosunki towarzyskie i społeczne w Stanach Zjednoczonych, mówi o dysharmonji pomiędzy starem i młodem pokoleniem, które nie rozumieją się wzajemnie.

Oddźwięk tych dysonansów mamy w literaturze amerykańskiej w słynnym dziele Lindseja „Bunt Młodzieży“. Ilość rozwodów w Ameryce wzrasta w szybszym tempie niż w Europie. Prof. Groër wini w tym wypadku amerykan, którzy po całodziennem zajęciu interesami wolne chwile wolą spędzić w klubach, niż na łonie rodziny.

Po odczycie prof. Groëra IV Zjazd pedjatrów został zamknięty. Następný Zjazd sekcji pedjatrycznej Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich odbędzie się w roku 1933 w Poznaniu, V-ty zaś Zjazd Pedjatrów projektowany jest za 4 lata w Łodzi.

W drugi dzień Zjazdu odbył się raut w Uniwersytecie, a 3-go dnia na pożegnanie skromny składkowy bankiet w hotelu Georga. Komitet Organizacyjny Zjazdu starał się pobyt we Lwowie urozmaicić-urządzając zwiedzanie miasta, zabytków, pokazy szpitali i t. p.

Przy zwiedzaniu kliniki pedjatrycznej, zbudowanej jeszcze za prof. Raczyńskiego i obliczonej na 20 miejsc z małą salką wykładową dla 40 najwyżej słuchaczy, smutne nasuwały się refleksje. Wszak na ostatnich semestrach medycyny we Lwowie obecnie studjuje 200 — 300 słuchaczy. W tych warunkach oczywiście nie mogą się oni nawet pomieścić w salce wykładowej — a o jakimkolwiek bądź korzystaniu ze szczupłego materiału klinicznego niema mowy. Ze szpitali bardzo dodatnie wrażenie robi zakaźny oddział szpitala powszechnego, znakomicie prowadzony przez sympatycznego prymarjusza, docenta Lipińskiego, który bardzo chętnie oprowadził uczestników Zjazdu i udzielił wyczerpujących wyjaśnień.

Częstochowa, dnia 15 czerwca 1931 r.

Dr. Paweł Szaniawski.

XI Zjazd Psychjatrów Polskich we Lwowie na Walnem Zgromadzeniu dn. 24 maja 1931 r. jednogłośnie uchwalił następujące wnioski:

I. Stwierdzając, że rozwój opieki pozazakładowej nad psychicznie choremi może częściowo złagodzić ujemne skutki niedostatecznej liczby miejsc w zakładach psychjatrycznych, oraz, że rozwój tej opieki

jest zgodny z nowoczesnymi tendencjami leczenia psychiatrycznego — XI Zjazd Psychjatrów Polskich zwraca się do władz państwowych, samorządowych oraz do społeczeństwa z prośbą o wydatne poparcie rozwoju opieki pozazakładowej, jako ważnego działu opieki społecznej i do władz państwowych o nadanie tej postaci opieki podstaw prawnych.

II. Uważając sprawę zapobiegania nerwicom i ich leczenie za jeden z bardzo ważnych punktów programu higieny psychicznej, i wobec niemożności sanatoryjnego leczenia nerwic u osób niezdolnych, Zjazd uchwala zwrócić się do odpowiednich czynników o zwrot sanatorium dla nerwowo chorych w Karolinie, stosownie do jego pierwotnego przeznaczenia.

III. Katastrofalnemu brakowi łóżek psychiatrycznych w Polsce miały do pewnego stopnia zapobiec trzy wojewódzkie szpitale psychiatryczne w Chełmie, Choroszczy i Gostyninie. Dotąd udało się tylko częściowo uruchomić szpital w Choroszczy. Z powodu braku funduszy grozi nie tylko wstrzymanie wzgl. opóźnienie realizacji dwóch pozostałych zakładów, lecz i zmarnowanie wielkich sum inwestowanych dotąd w obie budowy. Wobec tego stanu rzeczy XI Zjazd Psychjatrów Polskich we Lwowie zwraca się do władz państwowych z prośbą o umożliwienie jaknajszybszego ukończenia budujących się szpitali psychiatrycznych przez wyjednanie niezbędnych środków finansowych

Spis rzeczy.

| | | |
|--|------|-----|
| 1. Dr. Sycianko — Schorzenia układu nerwowego i psychicznego wśród funkcjonariuszy P. K. P. i rodzin w Dyrekcji Wileńskiej | str. | 1. |
| 2. Dr. Umiastowski — Sztuczna odma piersiowa i leczenie odmami w Wileńskiej Dyrekcji Kolejowej . | „ | 20. |
| 3. Dr. Miedziszewski — Szczepienia ochronne przeciw błonicy i płonicy | „ | 32. |
| 4. Dr. Żebrowski — Stan pomocy akuszeryjnej na P. K. P. w związku z ochroną zdrowia dziecka i matki | „ | 49. |
| 5. Streszczenia | „ | 65. |
| 6. Zjazdy | „ | 70. |

CENY OGŁOSZEŃ.

| okładka | zł. | przed tekstem | zł. | za tekstem | zł. | w tekście | zł. |
|-----------------|-----|-----------------|-----|-----------------|-----|-----------------|-----|
| cała strona | 100 | cała strona | 90 | cała strona | 80 | cała strona | 120 |
| $\frac{1}{2}$ „ | 60 | $\frac{1}{2}$ „ | 50 | $\frac{1}{2}$ „ | 45 | $\frac{1}{2}$ „ | 70 |
| $\frac{1}{4}$ „ | 40 | $\frac{1}{4}$ „ | 30 | $\frac{1}{4}$ „ | 25 | $\frac{1}{4}$ „ | 50 |
| $\frac{1}{8}$ „ | 30 | $\frac{1}{8}$ „ | 26 | $\frac{1}{8}$ „ | 20 | $\frac{1}{8}$ „ | 40 |