

# LEKARZ KOLEJOWY

KWARTALNIK

ORGAN ZRZESZENIA LEKARZY KOLEJOWYCH  
RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Redaktor: Dr. med. J. MAZUREK

Administrator: Dr. med. W. GRONOWSKI



Jest dzięki umiejętnemu połączeniu  
środków roślinnych wybitnym le-  
kiem o działaniu żółciotwórczym,  
żółciopędnym i regulującym stolec.

WSKAZANIA: kamienie żółciowe, cierpienia wątro-  
by, katar jelita grubego, przewlekłe  
zaparcie stolca i wszelkie cierpienia  
artryczne.

TWO PRZEMYSŁU CHEMICZNO-FRMACETYCZNEGO  
d. Magister KŁAWE, S. A., Warszawa.



ENERGICZNY LEK TONIZUJĄCY I POBUDZAJĄCY

# NEUROTONIN KLAWE



Arsen-Strychnina-Fosfor in amp.

Stany asteniczne i hipotoniczne.

Wyczerpanie psychiczne.

Niemoc płciowa.

Porażenia mięśni.

Zatrucia chroniczne alkoholem,  
morfina, nikotyna.

Pudełko 6 amp. po 1,2 cc.

---

T-WO PRZEM. CHEM.-FARM.

d. MAGISTER KLAWE, S. A.,  
Warszawa, Karolkowa 22/24.



*Wskazania*  
Gruźlica płuc,  
zapalenie i nie-  
żyt oskrzeli,  
różne przebie-  
gi schorze-  
nia dróg  
oddechowych

## CRESOLAN

### BARCIKOWSKIEGO

Sirap. phospho-creosoticus c. codeino  
Nr. rej. M. S. W. 1031.

Stosuje się zamiast znacznie  
droższych wyrobów zagranicz.



---

Literaturę i próby wysła

„WITAMINA“ S.A. Warszawa, Okopowa 21

Tel. 221-48 i 233-93.

# LEKARZ KOLEJOWY

---

Nr. 1

LUTY 1934

Rok VII.

---

## KOMITET REDAKCYJNY:

Dr. Jan Bermański (Gdańsk). — Dr. Wacław Biehler (Warszawa). — Doc. Adrian Demianowski (Lwów). — Dr. Gliwiński (Radom), — Dr. Gubrynowicz (Warszawa), — Dr. Hanke (Katowice). — Dr. Ludwik Kaliciński (Warszawa). — Dr. Kazimierz Karelus (Kraków), — Dr. Józef Mazurek, przewodniczący. — Dr. Ignacy Mojkowski (Warszawa). — Dr. Stanisław Mossor (Stanisławów). — Dr. Michał Niedźwiedzki (Poznań). — Dr. Julian Notz (Lwów). — Dr. Jan Opolski (Lwów). — Dr. Emanuel Tomaszewski (Wilno).

Redaktor: Dr. med. Józef Mazurek

Administrator: Dr. med. Wacław Gronowski

---

## Znaczenie chorób społecznych jako czynnika powodującego przedwczesne inwalidztwo pracy a leczenie zapobiegawczo-restytucyjne i akcja zapobiegawcza instytucyj ubezpieczeniowych chorobowych i inwalidzkich

Dr. EDMUND BOCZKOWSKI

Warszawa

Szereg spostrzeżeń zrobionych w dziedzinie czynności instytucyj ubezpieczeniowych chorobowych i inwalidzkich utrwaliły mnie w przekonaniu, że chociaż niedocenioną dotąd, lecz nadzwyczajnie doniosłą rolę czynnika zapobiegawczego przeciwko powstawaniu przedwczesnej niezdolności do pracy odgrywają stosowane przez te instytucje—akcja zapobiegawcza i leczenie zapobiegawczo-restytucyjne.

Żyjemy w okresie powojennym, w okresie światowego kryzysu gospodarczego, a co zatem idzie i bezrobocia, przy ogólnym upadku dorobku materialnego, w okresie pozostałości powojennych pod postacią szerzących się, w tych dogodnych warunkach, groźnych chorób zwanych grupą chorób społecznych.

Wiemy, że wojna światowa, a później i wojna z sowietami, które to wojny odbywały się na obszarze naszej ziemi ojczystej, po-



zostawiły po sobie zniszczenie moralne i materialne, oraz wielkie rzesze inwalidów wojennych, wdów i sierot, a też wiele zbiedniałej i chorej ludności cywilnej.

Dopiero teraz pokolenie powojenne odczuwa na zdrowiu okresy przebytych walk wojennych i dezorganizacji społecznej okresu wojennego.

Przedwcześnie i stopniowo wymierające starsze pokolenia, pozostawiają po sobie pokolenia młodsze, które wychowywały się w okresie działań wojennych i kryzysu powojennego gospodarczego, te pokolenia następne są też osłabione w swej odporności fizycznej i psychicznej, a to wskutek minionych nadzwyczajnie trudnych warunków bytowania, a nieraz i wskutek dziedzicznego obciążenia chorobowego.

W tych bardzo trudnych warunkach życiowych, korzystne i ważne znaczenie dla kraju i społeczeństwa, oraz przyszłych pokoleń odgrywają czynności instytucji ubezpieczeniowych krótko i długoterminowych. Od rzeczowej i skoordynowanej współpracy tych instytucji są uzależnione widoki na przyszłość w kierunku wzmożenia zdrowotności i dobrobytu.

Tylko rzeczowe skoordynowanie wszystkich wysiłków w zakresie stosowania zapobiegania chorobom, zapobiegania niezdolności do pracy i przywrócenia zdolności utraconej, i to przez wszystkie instytucje do tego powołane, jak państwowe, samorządowe, publiczno-prawne i społeczne, może przyczynić się do zmniejszenia inwalidztwa pracy i zwiększenia wydajności pracy u pracowników umysłowych i fizycznych.

Widocznych wyników tego postępowania w większym zakresie nie należy spodziewać się w czasie najbliższym, nie będą one od razu widoczne w całokształcie, wyraźnie objawią się te wyniki dopiero w przyszłych pokoleniach. Dopiero wówczas zostanie uwidoczniona w całokształcie przezorna polityka leczniczo-zapobiegawcza, zmniejszająca w przyszłości wydatki instytucji ubezpieczeniowych na leczenie faktyczne i renty inwalidzkie, wdowie i sieroce.

Nic tak jasno nie ilustruje i nie przekonuje o logiczności rozumowania, jak liczby statystyczne. Liczby te pomagają stwierdzić istotny stan rzeczy i bieg zjawisk i skierować w odpowiednim kierunku tory myślenia analitycznego i syntetycznego.

Przeglądając V Rocznik Ubezpieczeń Społecznych w Polsce, wydany przez Ministerstwo Opieki Społecznej w r. 1929 nakładem Ogólno-Państwowego Związku Kas Chorych i Związku Zakładów

Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych, na str. 99 tego rocznika odczytujemy następującą tabelkę:

na 100 osób ubezpieczonych na terenie województw centralnych wschodnich, południowych i zachodnich z uwzględnieniem Śląska Cieszyńskiego ogółem chorowało i było niezdolnych do pracy w r.

1926-ym . . . . .	30,61 osób
1927 „ . . . . .	33,08 „
1928 „ . . . . .	34,56 „
1929 „ . . . . .	34,50 „
przy przeciętnej dni zasiłkowych	
na 1 ubezpieczonego . .	7,66 dni
na 1 zachorowania . .	14,71 „

Powyższe liczby stwierdzają, że liczba zachorowań nie zmniejsza się, lecz z biegiem czasu wzrasta.

Dalsze studia w tym kierunku wykazują na różnych terenach ziem R. P. stały wzrost tak liczby zachorowań, jak i leczących się ubezpieczonych, oraz wzrost inwalidztwa pracy.

Daje się zauważyć nie tylko prawidłowe wzrastanie ilości zachorowań i ilości inwalidów pobierających renty, lecz obserwuje się, że przyczyną tych zachorowań i wzrostu inwalidztwa są choroby, noszące miano chorób społecznych.

Warunki kryzysowe, obniżające ogólny poziom dobrobytu materialnego, szczególnie wśród warstw pracujących, powojenne szerzenie się chorób zakaźnych, a szczególnie chorób wenerycznych i gruźlicy, niewątpliwie przyczyniają się do obniżenia poziomu ogólnej zdrowotności społeczeństwa, a trudne warunki mieszkaniowe, przy obniżeniu poziomu oświaty stwarzają sprzyjające warunki dla rozwoju tych chorób, szczególnie w ośrodkach fabrycznych i przemysłowych.

Po zaznajomieniu się z danymi tabeli VIII Rocznika Ubezpieczeń Społecznych w Polsce stwierdza drugostronna tabela.

Według danych wyszczególnionych w Roczniku Ubezpieczeń Społecznych w Polsce za rok 1929

Podana do wiadomości tabela wykazuje wśród szeregu chorób, powodujących przejściową lub stałą niezdolność do pracy i zarabkowania, poważny odłam gruźlicy, cierpienia przewodów i narządów oddechowych nie gruźliczego pochodzenia, grupę chorób gośćcowych, przewodów i narządów pokarmowych, układu krążenia krwi i układu nerwowego ośrodkowego, obwodowego i współczulnego.

Choroby te stały się poważniejszą grupą zachorowań i w wielkiej mierze przyczyniają się do powstawania inwalidztwa pracy w o-

Ważniejsze grupy chorobowe, które w r. 1929 spowodowały inwalidztwo pracy na terenach czynności:

1) Ubezpieczalni Krajowej w Poznaniu,

2) Zakładu Ubezpieczeń na wypadek inwalidztwa w Król. Hucie.

Grupy chorobowe	Nr. statyst.	Przyznano rent w r. 1929	
		przez U. K. w Poznaniu	Z. U. na w. inw. w Król. Hucie
Oslabienie ogólne	1 a	460	13
Ukończony 60 rok życia	—	—	4096
Oslabienie starcze	1 c	837	4
Choroby krwi	1 b	167	9
Gościec: stawów, mięśni i dnawy	2 a. 2 b. 3.	536	77
Gruźlica płuc i narządów innych	4. 5.	326	160
Rak i nowotwory złośliwe i inne	6 a. 6 b.	76	9
Kiła i rzeżączka	7 a. 7 b.	4	—
Choroby przemiany materji, cukrzyca, otluszczenie, wole	7 g. 7 h. 22 b.	68	3
Choroby układu nerwowego (ośrodkowego, obwodowego, współczuln.)	8, 9, 10 a. 10 b. 11. 12.	372	124
Choroby oczu	13	314	45
Choroby uszu	14	143	6
Choroby narządów i przewodów oddechowych (bez t. b. c.)	15 a. 15 b. 16. 17.	632	193
Choroby serca i układu krwionośnego	18. 19 a. 19 b.	1296	177
Choroby żołądka, przewodu pokarm., wątroby, trzustki i śledziony	20. 21 a. 21 b. 22 a.	483	38
Przepukliny podbrzuszne	23 a	257	6
Choroby nerek i narządów oraz dróg moczopłciowych	24. 25	108	20
Skutki obrażeń mechanicznych i innych wpływ. zewnętrzn.	28 a	211	61
Ogółem rent przyznano	od 1 do 29 st.	6774	5073

środkach pracy umysłowej i fizycznej, stanowiąc w przyszłości poważne niebezpieczeństwo dla ogółu pracujących.

Wiemy, jak poważne znaczenie odgrywają w kierunku prognozy powikłania chorobowe każdej z poszczególnych chorób społecznych. Powikłania chorobowe wtórne tych chorób przyczyniają się właściwie do powstawania inwalidztwa i niezdolności do pracy.

Nie jest tak niebezpieczną grypa (influenza), jak jej powikłania pod postacią chorób uszu, płuc i opłucnej, serca, stawów, nerek, przewodu pokarmowego i t. p.

Sprawy chorobowe gośćcowe przyczyniają się do powstawania ciężkich powikłań chorobowych pod postacią chorób sercowych i układu krwionośnego, układu nerwowego i t. p.

Choroby weneryczne, jak kiła i rzeżączka wywołują wtórne zmiany w narządach płciowych wewnętrznych, szczególnie u kobiet, na tle tych chorób powstają schorzenia układu nerwowego, narządów zmysłów, układu krwionośnego, a nawet kostno-stawowego i t. d.

Już niejednokrotnie stwierdziliśmy, że inwalidztwo powstaje na tle znaczniejszej wady serca z objawami dekompensacji, powstałej na podłożu gośćcowem. Stwierdza się niezdolność do pracy na tle zmian w ośrodkowym układzie nerwowym (paralysis agitans, tabes dorsalis), albo krwionośnym (aneurisma aortae), które to cierpienia powstały na podłożu kiłowem. Często niezdolność inwalidzka powstaje następstwem choroby nerek i ropnych zmian w obrębie jamy otrzewnowej miednicy małej, t. j. tam gdzie mieszczą się zmienione chorobowo na tle zmian rzeżączkowych wewnętrzne narządy rodne kobiece. A wady serca znaczniejszego stopnia powstałe na podłożu rzeżączki, a bezpłodność kobieca i męska oraz stany psycho-hysteroneurasteniczne, jako groźne powikłania o charakterze społecznym.

Wiemy też, że należyte leczenie tych chorób jest szczególnie uzależnionem od zapobiegania bardzo poważnym i groźnym powikłaniom chorobowym, które najczęściej przebiegają pod postacią wtórnych powikłań chorobowych, umiejscowionych w różnorodnych działach anatomo-fizjologicznych organizmu i które to powikłania statystyka w wielu przypadkach reglamentuje jako pierwotną przyczynę powstania inwalidztwa, bez uwzględniania tła, na którym powstały te zmiany chorobowe, powodujące inwalidztwo.

W trakcie leczenia tych chorób istnieje konieczność przeprowadzania w pewnych okresach choroby, pomocniczego leczenia uzdrowiskowego, lub też sanatoryjnego. Tego rodzaju leczenie kombinowane, łączące ze sobą w jedną całość dwa rodzaje lecznictwa, t. j. lecz-

nictwo faktyczne i lecznictwo zapobiegawcze posiada wielkie walory i jest wielce celowe, szczególnie w kierunku prognozy leczenia.

Leczenie w powyższy sposób prowadzone, stale zapobiega pogarszaniu się cierpienia i odracza moment powstania niezdolności do pracy, jeśli nawet niekiedy nie jest w stanie całkowicie zapobiec powstaniu tej niezdolności.

Umiejętne stosowanie lecnictwa tego rodzaju wykaże zawsze wielkie walory restytucji zdolności do pracy i zapobiegania powstawaniu niezdolności.

Gdy przyjmiemy pod uwagę skłonność chorób społecznych najcięższych, prolongowania się w pokolenia następne, czy to drogą obarczenia dziedzicznego, czy zakażenia, zrozumiemy, że stosowanie przez instytucje ubezpieczeniowe leczenia zapobiegawczo-restytucyjnego, posiada wielkie znaczenie nie tylko ze względu na dobro społeczne, lecz i ze względu na wydajność pracy społeczeństwa oraz zmniejszenie wydatków na świadczenia inwalidzkie i chorobowe.

Logika nakazuje, że najlepszych wyników spodziewać się należy lecząc zapobiegawczo początkowe okresy choroby, zapobiegając jej pogorszeniu się, niż leczyć chorobę w okresie zadawnionym i zaniechanym, gdy powstały już najgorsze ryzyka w kierunku wyleczenia, lub nawet zaleczenia.

Tabela poniżej załączona charakteryzuje nam tenże stan rzeczy:

Tab. II. Stan liczebny inwalidów zakwalifikowanych w r. 1929 według następujących grup chorobowych, na terenie czynności Spółki Brackiej w Tarnowskich Górach.

Sprawozdanie za rok 1929, str. 33.	Osób
Obrażeń zewnętrznych . . . . .	177
Gruźlicy płuc i raka . . . . .	150
Chorób narządów oddechowych . . . . .	186
Chorób ustroju naczyń krwionośnych . . . . .	425
„ „ nerwowego . . . . .	101
„ „ ruchu . . . . .	78
Niemocy starczej . . . . .	762
Chorób zakaźnych i pasożytniczych bez t. b. c. i Ca. . . . .	6
Chorób oczu . . . . .	16
„ uszu . . . . .	5
„ narządów trawienia . . . . .	24
„ „ moczowych . . . . .	8
Innych chorób . . . . .	19

---

Razem 1957



Tab. III. Sprawozdanie Z. U. P. U. we Lwowie za r. 1929 (str. XXX tab. 25) wykazuje następujące przyczyny śmierci względnie inwalidztwa ubezpieczonych:

	wyp. rent.
Zła przemiana materji . . . . .	62
Choroby zakaźne . . . . .	8
Choroby układu nerwowego . . . . .	33
Choroby narządów oddechowych . . . . .	76
Choroby układu krążenia krwi . . . . .	55
Choroby narządów trawienia . . . . .	27
Choroby dróg moczowych . . . . .	16
Choroby płciowe . . . . .	12
Inne choroby . . . . .	55
Gwałtowne przyczyny śmierci oraz nieszczęśliwe wypadki . . . . .	15
Razem . . . . .	359

Przytoczone tabele odzwierciadlają nam ten sam stan rzeczy co i tabele poprzednie, z tą różnicą, że w dziedzinie chorób, powodujących inwalidztwo u pracowników umysłowych, wykazują grupę schorzeń, powstałych na tle nieprawidłowej przemiany materji, opartej na nadczynności poszczególnych gruczołów o wydzielaniu dokrewnem.

Załączone dalsze tabele Nr. IV, V, VI, VII, wykazują przyczyny inwalidztwa u pracowników umysłowych na terenie czynności Z.U.P.U. w Król. Hucie, w r. 1928 i Z.U.P.U. w Poznaniu w r. 1930

Tab IV. Sprawozdanie Z. U. P. U. w Król. Hucie za r. 1928 wykazuje na str. 22 jako przyczynę inwalidztwa w tym roku następujące schorzenia:

	osób
Apopleksja . . . . .	7
Astma . . . . .	2
Amputacja nóg . . . . .	2
Cukrzyca . . . . .	4
Choroby organiczne serca . . . . .	55
Chroniczny katar płuc . . . . .	3
Choroby umysłowe . . . . .	6
Choroby nerwowe . . . . .	20
Gruźlica płuc . . . . .	27
Głuchota . . . . .	5
Gościec stawowy . . . . .	10

TAB. V. WYKAZ PRZYZNANYCH JEDNORAZOWYCH ODPRAW INWALIDZKICH W CIĄGU ROKU 1930  
Z. U. P. U. W POZNANIU.

A. Mężczyźni.

W i e k	Stan rodzinny		Grupa zawodowa				Rodzaj choroby						Okr. ub. (ilość mies.)				Grupa zarobkowa								U w a g a										
	Ilość	Wolny	Zonaty	Wdowiec	Rolnictwo	Leśnictwo	Górnictwo	Przemysł	Handel	Ubezpiecz.	Komunikacja	Transport	Służba publiczna	Chor. układu krwion. i krwi	Gruźl. płuc	Chor.ukł.ner. ośr. wsp. obw.	Cchoroby układu mięś.	Choroby układu staw.	Choroby układu kostn.	Choroby narz. zmysł.	Do 12	Od 13 do 24	Od 25 do 36	Od 37 do 48		Od 49 do 59	Od 60 do 90	Od 90 do 120	Od 120 do 150	Od 150 do 180	Od 180 do 220	Od 220 do 260	Od 260 do 300	Od 480 do 560	
22	1	1																																	
25	1	1																																	
26	1	1																																	
27	1																																		
31	1																																		
37	1																																		
40	1																																		
45	1																																		
54	1																																		
55	1																																		
57	1																																		
62	1																																		
63	1																																		
Re- sem	15	6	8	1	2	2	3	2	6	2	6	1	1	1	3	1	1	1	3	1	1	5	6	2	1	1	1	1	1	3	4	2	2		
lecz. § 61 od 29. X. 29. do 17. XII. 29. w Staszycówce																																			

## B. Kobiety.

[illegible]

TAB. VI. WYKAZ PRZYZNANYCH RENT INWALIDZKICH W CIĄGU ROKU 1930 Z.U.P.U. w POZNANIU  
B. Kobiety.

Wiek	Ilość	Stan rodzinny			Grupa zawodowa			Rodzaj choroby							Okres ubez.			Grupa zarobkowa								
		Wolny	Zamężna	Wdowa	Rołnictwo i Leśnictwo	Handel	Ubezpiecz.	Służba publiczna	Choroby ukł. krwion. i krwi	Choroby narz. i przew. odd.	Gruźlica płuc	Chor. ukł. ner. ośr. wsp. obw.	Chor. przew. pokarmowego	Chor. przem. materji	Rak i nowotwory	Od 60 do 120	od 121 do 160	od 180 do 240	od 90 do 120	od 120 do 150	od 150 do 180	od 180 do 220	od 220 do 260	od 260 do 300	od 300 do 360	
25	2	2						2		2						2				1						od 300 do 360
26	1	1					1			1						1										od 260 do 300
28	1	1								1						1						1				od 220 do 260
33	1	1					1			1						1				1						od 180 do 220
36	1	1					1				1									1						od 150 do 180
37	1	1														1										od 120 do 150
39	1		1				1			1																od 90 do 120
42	1	1									1					1										od 180 do 240
45	2	1	1					2							1	2					1					od 121 do 160
46	1	1					1									1										od 150 do 180
47	1	1					1		1							1										od 120 do 150
52	1	1						1					1			1						1				od 90 do 120
53	1	1					1									1										od 180 do 240
56	2	2					2														1					od 121 do 160
61	2	1		1			2																			od 150 do 180
66	1	1						2								2										od 180 do 240
Razem	20	17	2	1	2	5	13	3	1	6	6	1	1	1	2	15	3	2	1	3	3	5	4	3	1	





Gościec mięśniowy . . . . .	28
Ischias . . . . .	2
Kamienie żółciowe . . . . .	7
Katarakta . . . . .	3
Miażdżyca tętnic . . . . .	71
Nieżyt oskrzeli . . . . .	8
Nieżyt żołądka i jelit . . . . .	13
Niedokrwistość zn. stopnia . . . . .	4
Ogólne osłabienie starcze . . . . .	24
Przepuklina obustronna . . . . .	4
Paraliż . . . . .	7
Rozedma płuc . . . . .	34
Rak . . . . .	1
Skutki po nieszczęśl. wypadkach . . . . .	3
Ślepotą (osłab. wzroku) . . . . .	8
Uwład rdzenia . . . . .	3
Zapalenia nerek . . . . .	4
Zgrubienie (elefantiasis) . . . . .	2
Żylaki . . . . .	5

Razem . 372

Porównamy następnie podane wyżej tabele, zawierające dane statystyczne instytucji ubezpieczeniowych długoterminowych z tabelami, zawierającymi dane instytucji krótkoterminowego ubezpieczenia.

I dalsze tabele, oparte na danych statystycznych ubezpieczenia chorobowego wykazują również, że największa ilość chorób i porad lekarskich przynależy do tejże wielkiej grupy chorób społecznych, powodujących progresywny wzrost inwalidztwa pracy.

W tych tabelach uwydatnia się pokaźna ilość chorób wenerycznych i płciowych z uwzględnieniem chorób kobiecych, chorób przewodów i narządów moczowych, jaglicy, chorób uzębienia jamy ustnej i t. d.

Podajemy do wiadomości tabele VIII, IX, X, XI i XII:

Tab. VIII. Ilość zachorowań wśród *członków pracujących* w Kasie Chorych w Sosnowcu w r. 1929 według grup chorobowych.

Sprawozdanie Kasy za r. 1929, str. 45 (tabela).

Grupy chorobowe	Ilość zachorowań
I. a. Choroby zakaźne . . . . .	20.938
b. Gruźlica . . . . .	6.166
c. Weneryczne . . . . .	3.032
d. Nowotwory . . . . .	390

e. Gościec . . . . .	6.207
f. Inne choroby ogólne . . . . .	3.292
g. Zatrucia . . . . .	51
II. Chor. ukł. nerw. i narządów zmysłów	20.709
III. Choroby narządów krążenia . . .	3.177
IV. Choroby narządów oddychania . .	26.868
V. Choroby narządów trawienia . . .	66.980
VI. Choroby narządów moczopłciowych	3.104
VII. Stany związane z porodem i położeniem	1.828
VIII. Choroby skóry i tkanki łącznej pod- skórnej . . . . .	17.187
IX. Choroby kości i narządów ruchu .	3.720
X. Wady rozwojowe . . . . .	23
XI. Niemowlęstwo . . . . .	czł. rodzin
XII. Starość . . . . .	259
XIII. Zaburzenia chorobowe wywołane przez bodźce wewnętrzne . . . .	26.715
XIV. Choroby niedostat. określone . .	13.500

Ogółem 224.154

Tab. IX. Dane zawarte w Sprawozdaniu z działalności Kasy Chorych m. Wilna za lata 1922—1927 (str. 74—78 spr. 1929 r) wykazują, że leczono członków pracujących Kasy z powodu następujących chorób:

Grupy chorobowe	Porad lekarskich ambulatoryjnych
Chorób wewnętrznych a. b. c. . . .	jak poniżej
a. serca i przemiany materji . . . .	2.290
b. żołądka i jelit . . . . .	2.878
c. inne wewnętrzne . . . . .	29.006
Razem a. b. c. . . . .	35.074
Gruźliczne . . . . .	4.331
Chirurgiczne . . . . .	28.576
Urologja . . . . .	1.077
Nerwowe . . . . .	4.398
Kobiece . . . . .	7.449
Skórne i weneryczne . . . . .	17.716
Uszu, gardła i nosa . . . . .	10.504
Oczu . . . . .	15.788
Diecięce . . . . .	czł. rodzin
Zębów . . . . .	32.552

Ogółem 156.565 porad

Tab. X. Zestawienie zachorowań według rodzaju chorób za r. 1930 na terenie Kasy Chorych w Pabjanicach (str. 73, spr. 1930 r.).

Rodzaj choroby	Ilość zachorowań
Dur brzuszny i paratyfus . . . . .	13
Odra . . . . .	457
Płonica . . . . .	160
Krztusiec . . . . .	254
Błonica . . . . .	98
Grypa . . . . .	2.858
Czerwonka . . . . .	13
Inne choroby nagminne . . . . .	270
Gruźlica narządu oddechowego . . .	515
Gruźlica innych narządów . . . . .	322
Kiła (przymiot) . . . . .	173
Wrzód weneryczny (sz. miękkiej) . . .	16
Rzeżączka . . . . .	209
Rak rozmaitych narządów . . . . .	58
Nowotwory niezłośliwe . . . . .	31
Gościec (reumatyzm), dna . . . . .	1.814
Cukrzyca . . . . .	9
Niedokrwistość . . . . .	2.886
Inne choroby ogólne . . . . .	247
Choroby układu nerwowego . . . . .	1.603
Choroby narządu wzroku . . . . .	3.095
Jaglica . . . . .	166
Choroby uszu . . . . .	1.104
Choroby narządu krążenia . . . . .	1.671
Choroby narządu oddychania (bez t. b. c.) . . . . .	7.218
Choroby narządu trawienia (bez Ca) .	11.922
Choroby narządu moczopłciowego (bez wener.) . . . . .	1.984
Porody prawidłowe . . . . .	1.127
Poronienia . . . . .	388
Porody nieprawidłowe i choroby ciąży .	219
Choroby związane z okresem połogowym	163
Choroby skóry i tkanki podskórnej . .	4.064
Choroby kości i narząd. ruchu (bez t. b. c. i Rm.) . . . . .	2.425
Samobójstwa lub usiłowania . . . . .	18

Zabójstwa . . . . .	1
Uszkodzenia rozmaite . . . . .	1.887
Obserwacja . . . . .	2.404

Ogółem 51.862

Tab. XI. Wykaz zachorowań u ubezpieczonych (członków Kasy i członków rodzin) leczonych na terenie Kasy Chorych m. Poznania w r. 1929. Sprawozdanie za r. 1929, str. 22.

Grupy chorobowe	Liczba leczonych			% do ogółu chorych
	czł. prac.	czł. rodz.	ogółem	
Choroby ogólne	32.258	13 852	46.110	21.66%
„ układu nerwowego i narz. zmysłów	19.310	5.936	25.246	11.85%
„ narządu krążenia	7 068	2.620	9.688	4.55%
„ narządów oddechowych	17.767	10 208	27.975	13.14%
„ narz. trawienia	24.061	12.592	36 653	17.22%
„ narz. moczopłciowych i ich przydatków	7.879	5.139	13.018	6.11%
Stany związane z ciążą, położeniem i porodem	2.066	2.758	4.824	2.27%
Choroby skóry i tkanki łącznej podskórnej	14 032	5.537	19.569	9.20%
Choroby kości i narządu ruchu	9 438	3.564	13.002	6.11%
Wady rozwojowe	364	161	525	0.25%
Choroby niemowlęce	271	292	563	0.26%
„ spowodowane starością	6	8	14	0.01%
Zaburzenia chorobowe wywołane przez bodźce zewnętrzne	10.136	1.914	12.050	5.66%
Choroby niedostatecznie określone	2.371	1.273	3.644	1.71%
Ogółem	147 027	65.854	212.881	100%

Tab. XIII. Zachorowania członków pracujących w r. 1926 na terenie Kasy Chorych m. Warszawy w zależności od rodzaju choroby.



Sprawozdanie z r. 1926, str. 57.

Grupy chorobowe	Zachorowania
I. Choroby ogólne . . . . .	86.555
A. Choroby zakaźne . . . . .	16.731
B. Gruźlica . . . . .	23.198
C. Choroby weneryczne . . . . .	13.741
D. Nowotwory . . . . .	1.003
E. Gościec . . . . .	8.764
F. Inne choroby ogólne . . . . .	23.040
G. Zatrucia . . . . .	78
II. Choroby układu nerwowego i narz. zmysłów . . . . .	73.140
A. Choroby układu nerwowego . . . . .	20.696
B. Choroby narządów zmysłów . . . . .	52.444
III. Choroby narządu krążenia . . . . .	18.450
IV. Choroby narządu oddychania . . . . .	46.953
V. Choroby narządu trawienia . . . . .	132.994
A. Choroby narządu trawienia prócz pa- sożytów . . . . .	132.766
B. Pasożyty . . . . .	228
VI. Choroby narządu moczopłciowego i jego przydatków pochodzenia nie- wenerycznego . . . . .	15.635
VII. Stany związane z ciążą, porodem i położeniem . . . . .	7.048
VIII. Choroby skóry i tkanki łącznej pod- skórnej . . . . .	49.893
IX. Choroby kości i narządu ruchu . . . . .	22.513
X. Wady rozwojowe . . . . .	1.365
XI. Niemowlęctwo . . . . .	87
XII. Starość . . . . .	183
XIII. Zaburzenia chorobowe wywołane przez bodźce zewnętrzne . . . . .	27.596
A. Przemęczenie . . . . .	83
B. Inne zaburzenia . . . . .	27.513
XIV. Choroby niedostatecznie określone	23.296

Ogólna liczba zachorowań 505.708

Po stwierdzeniu, że grupa tak zwanych chorób społecznych jest bardzo poważnie zaangażowana w dziedzinie chorób w największej mierze przyczyniających się do powstania i wzrostu inwalidztwa pra-

cy, pozostaje nam uświadomić sobie, w jakim stopniu choroby te wzrastają ilościowo.

Pomogą nam w tem następnie przytoczone tabele chorobowo-statystyczne, na podstawie których można przeprowadzić badania porównawcze za okres kilkoletni.

Zestawiona z danych, zawartych w rocznych sprawozdaniach Okręgowego Związku Kas Chorych w Krakowie, tabela uwzględnia ruch chorych w ambulatorjum chorób wewnętrznych, w okresie od r. 1925 do 1931.

Na podstawie danych tej tabeli łatwo się stwierdza, że liczby statystyczne, odtwarzające jakość i ilość wypadków chorobowych i konsultacyj lekarskich z roku na rok stopniowo wzrastają.

Tabela wykazuje, że najwięcej ulegają wzrostowi choroby układu nerwowego, choroby układu krwionośnego, choroby narządów i przewodów pokarmowych i inne.

Tab. XIII. Sprawozdanie z ruchu chorych w ambulatorjum chorób wewnętrznych b. Okręgowego Związku Kas Chorych w Krakowie, według grup chorobowych w latach od 1925 do 1931 włącznie według sprawozdań — str 77, 30, 14, 17, 23 i inne.

Grupy chorobowe	1925	1926	1927	1928	1929	1930	1931
Gruźlica—odmy sztuczne	247	201	326	426	799	905	736+193
Choroby płucne bez t. b. c.	26	61	86	82	152	102	150
Choroby żołądka	306						
Choroby jelit	74	286	307	425	565	645	358
Nowotwory	37	21	25	36	41	38	45
Choroby naczyń krwionośnych i serca	184	193	198	239	226	327	205
Choroby stawów i nerwów obwodowych	25	31	50	51	62	112	62
Choroby wątroby i wor. żółciowego	26	35	33	38	53	40	51
Choroby nerek i pęcherza mocz.	35	52	61	84	72	98	66
Choroby przemiany materji	19	36	35	31	99	123	87
Choroby krwi	19	21	11	13	43	43	39
Inne	9	12	22	25	12	25	16
Choroby nerwowe wedł. f 1924 r spraw. stac. neur. ( 265	536	540	700	864	956		
Choroby kobiece (wg. spraw. amb. ginek.)					410	408	

Oprócz przychodni chorób wewnętrznych, nerwowych i kobiecych b. O. Z. K. Ch. w Krakowie prowadził przychodnię przeciwgośćcową, przychodnię dla chorych moczopłciowych, uszno-gardłowych, ocznych, chirurgicznych oraz ortopedyczną, pozatem stację opieki nad Matką i Dzieckiem i t. p.

Odczytując uważnie powyższe tabele b. O. Z. K. Ch. w Krakowie, możemy z tych danych wyciągnąć wiele wartościowych wniosków. Przyjąć należy pod uwagę, że dane te pochodzą z terenu Kąsowego, może najlepiej zorganizowanego pod względem stosowania akcji zapobiegawczej i leczenia zapobiegawczo-restytucyjnego.

Przechodząc do dalszych badań, ponownie powracamy do wymownych tabel statystycznych, sporządzonych przez zakłady ubezpieczenia inwalidzkiego.

Przeglądając zawarte w tabelach XIV, XV i XVI dane, pochodzące z terenu pracy ubezpieczeniowej najstarszych i rutynowanych instytucji ubezpieczeniowych długoterminowych, stwierdzamy następujący stan rzeczy:

tabela XIV, wykazująca liczbę rencistów na terenie czynności Spółki Brackiej na Górnym Śląsku w latach od 1924 do 1931, wskazuje na stały wzrost inwalidztwa w dziedzinie następujących grup chorobowych:

chorób narządów oddechowych (bez t. b. c.),

chorób układu krwionośnego, szczególnie w ostatnich latach.

Gruźlica, choroby układu nerwowego, choroby ustroju pokarmowego, obrażenia zewnętrzne, oraz inne zachorowania — to wzrastają liczebnie, to znów obniżają się w swem nasileniu.

Tak zwane choroby narządów ruchu wykazują stałą tendencję opadania, lecz nie jest wykluczonem, że ta bardziej objawowa, niż istotnie chorobowa grupa zachorzeń i niedowładów ulegała stopniowo przegrupowaniu, a renciści z tej rubryki statystycznej zostali umieszczeni w rubryce, uwzględniających odpowiednie choroby podstawowe, które przyczyniły się do powstania inwalidztwa.

Tabela XV omawia przyczyny inwalidztwa rencistów Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Województwa Śląskiego w latach 1927-1929 i 1931.

Badając te tabele stwierdzamy zjawisko podobne do poprzednio zaznaczonego, a mianowicie: stały wzrost chorób przewodów i narządów oddychania (bez t. b. c.), oraz chorób żołądka.

Inne zachorowania, jak gruźlica, schorzenia układu nerwowego, grupa zachorzeń gośćcowych i inne — wykazują w latach ostatnich

albo stałą zwyżkę zachorowań, albo okresowy wzrost nasilenia z następczem obniżeniem się liczby wypadków chorobowych.

Natomiast tabela XVI, wyjaśniająca przyczyny inwalidztwa na terenie czynności Ubezpieczalni krajowej w Poznaniu w latach 1928 i 1929, t. j. na terenie Województwa Poznańskiego i Pomorskiego, wykazuje stopniowy przyrost inwalidztwa prawie we wszystkich, a szczególnie w zakresie ważniejszych statystycznych ugrupowań chorobowych.

Największy przyrost wypadków inwalidztwa, jak wynika z tej tabeli, ustalić można w zakresie chorób układu krwionośnego, narządów i przewodów oddechowych (bez gruźlicy), chorób układu nerwowego, chorób żołądkowych i wreszcie w dziedzinie chorób powstałych na tle nieprawidłowej czynności gruczołów o wydzielaniu dokrewnem, oraz zewnętrznem. Również i inne choroby uległy widocznej zwyżce, jak np. choroby narządów zmysłów.

Współczynnik wzrostu inwalidztwa w r. 1929 w porównaniu z rokiem ubiegłym (1928) wynosił 17,66<sup>0</sup>/.

Nadmienić trzeba, że przy analizowaniu stanu chorobowości i inwalidztwa na terenach przemysłowych, rolniczych i mieszanych należy przyjąć pod uwagę położenie geograficzno-geologiczne terenu, warunki klimatyczne i sanitarne, stopień zaludnienia, pojemność i jakość rynku pracy oraz specyficzne warunki miejscowe.

Tab. XIV. Liczba osób uprawnionych do pobierania rent inwalidzkich w latach 1924 — 1931 na terenie czynności „Spółki Brackiej” z siedzibą w Tarnowskich Górach (Województwo Śląskie).

Grupy chorobowe	Stan liczebny							
	1924	1925	1926	1927	1928	1929	1930	1931
Obrażenia zewnętrzne	122	161	179	184	129	177	197	136
Gruźlica płuc oraz rąk	98	153	151	142	121	150	113	121
Chor. narządów oddychania	398	342	168	180	135	186	318	447
Chor. ustroju naczyń krwion.	802	771	296	456	337	425	625	714
Chor. ustroju nerwowego	95	127	85	87	72	101	117	93
Chor. narządów ruchu	576	337	104	119	58	78	129	89
Niemoc starcza	2414	1918	725	898	572	762	1368	1006
Choroby oczu	18	39	19	38	20	16	22	31
„ uszu	7	23	8	9	5	5	12	5
„ narządów trawien.	48	44	14	11	14	24	27	30
„ narząd. moczowych	11	23	15	11	3	8	9	10
„ inne	29	51	31	34	20	19	24	17
R a z e m	4618	3989	1804	2177	1502	1957	2988	2730



Tab. XV. Przyczyny inwalidztwa w r. 1927-1929 i 1931 według grup chorobowych na terenie Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Województwa Śląskiego.

GRUPY CHOROBY	1927	%	1928	%	1929	%	1930	%
Ukończenie 60 r. życia	2199	59	4836	82	4096	80	3156	70
Charłactwo starcze	485	13	4	0,06	4	0,05	6	
Gruźlica płuc	153	4	189	3	158	3	147	3
Choroby serca i tętnicy główn.	146	3	139	2	150	2	292	6
„ płucna (bez t. b. c)	132	3	148	2	190	3	253	6
„ umysłowe	89	2	147	2	83	1	90	2
Skutki obrażeń mechanicznych . innych przyczyn	71	1	86	1	61	1	61	1
Oslabienie ogólne	66	1	12	0,2	13	0,2	22	0,4
Choroby oczu	46	1	40	0,6	45	0,8	62	1
Reumatyzm stawowy	40	1	21	0,3	34	0,6	170	4
Choroby żył	36	0,9	7	0,1	18	0,3	28	0,6
Reumatyzm mięśniowy	34	0,9	18	0,3	43	0,8	—	—
Gościec dnawy	55	0,7	19	0,3	—	—	—	—
Choroby kości i okostnej	20	0,5	22	0,3	25	0,4	21	0,4
„ żołądka	18	0,4	25	0,4	38	0,7	58	1
„ rdzenia kręgowego	7	0,1	15	0,2	9	0,1	4	0,08
„ nerek					14	0,2	17	0,3
Inne choroby	Pozostały %					do 100%		
Ogółem wszystkich uprawnio- nych do inwalidztwa	3680	100	5832	100	5073	100	4512	100

Tab. XVI. Przyczyny inwalidztwa według grup chorobowych w r. 1928 i 1929 na podstawie danych uwzględnionych w sprawozdaniach Ubezpieczalni Krajowej w Poznaniu za r. 1928 i 1929 str. 11 i 15.

WAŻNIEJSZE GRUPY CHOROBOWE	Liczba inw. w r. 1928	Liczba inw. w r. 1929	przybyło (+) ubyło (—)
Choroby serca i tętnicy głównej	350	675	+ 325
„ płuć bez t. b. c.	369	507	+ 138
„ tętnic	409	489	+ 80
Oslabienie ogólne	280	460	+ 180
Gruźlica płuc	283	278	— 5
Gościec dnawy	307	314	+ 7
Choroby żołądka	251	363	+ 112
„ żył	106	132	+ 26
Owrzodzenie goleniowe	156	157	+ 1
Reumatyzm stawowy	137	156	+ 19
„ mięśniowy	40	66	+ 26
Chor. dróg moczowych i narz. płciowych	62	62	+ —
Choroby nerek	34	46	+ 12
„ umysłowe	71	91	+ 20
Padaczka	15	21	— 6
Chor. układu nerw. obwodow. i współcz.	165	208	+ 43
Błędaczka, oraz choroby krwi	110	167	+ 57
Choroby mózgu i opon mózgowych	25	31	+ 6
„ mlecza piersiowego	19	21	+ 2
„ wątroby, trzustki i śledziony	38	59	+ 21
W o l e	6	8	+ 2
R a k	37	65	+ 28
Choroby jelit	42	41	— 1
Cukrzyca	15	13	— 2
Choroby uszu	76	143	+ 67
„ oczu	266	314	+ 48
„ opłucnej i przewodów oddechow.	65	119	+ 54
K i ł a	2	3	+ 1
Skutki obrażeń. mechan. i innych przyczyn	154	211	+ 57
Ogółem przyznano rent	5527	6774	+ 1197 z powodu wszystkich zachorzeń

Tego rodzaju spostrzeżenia miałem również sposobność zaobserwować podczas mej pracy na terenach czynności ubezpieczeniowo-leczniczej i inwalidzkiej Zakładu Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych i Okręgowego Związku Kas Chorych w Poznaniu w okresie od r. 1930 — 1932.

Jedynie ściśle skoordynowanie pracy ubezpieczeniowej tych, nieco odmiennych w swych czynnościach zakładów ubezpieczeniowych długo i krótkoterminowego ubezpieczenia, działających na terenie województw Poznańskiego i Pomorskiego, mogło dać dodatnie wyniki w kierunku rzeczowego leczenia i dążenia do zmniejszenia inwalidztwa pracy.

Obowiązujące ustawodawstwo ubezpieczeniowe przewiduje dla wymienionych zakładów ubezpieczeniowych nieco odmienny tryb postępowania i polityki leczniczej w dziedzinie leczenia i opieki nad inwalidami i ich rodzinami.

Jeśli dokładnie przeanalizować, to obie ustawy, tak z dnia 19 maja 1920 r. (Dz. U. Rz. P. Nr. 44. poz. 272), jak i z dnia 24 listopada 1928 r. (Dz. U. Rz. P. Nr. 106, poz. 911), oraz ordynacja ubezpieczeniowa z dn. 22 czerwca 1889 r. i 19 lipca 1911 r. (Dz. Ust. Rzeszy str. 97 i 509), a także ustawa z dnia 28 grudnia 1887 r. (Dz. U. p. austr. Nr. 1, z r. 1888), oraz inne ich lokalne odmiany w istocie swego postępowania stanowią jedną całość przy rzeczowej i skoordynowanej współpracy.

Lecznictwo faktyczne i akcję zapobiegania zachorowaniom, które stosują zakłady ubezpieczenia chorobowego, uzupełnia lecznictwo zapobiegawczo-restytucyjne, stosowane przez zakłady ubezpieczenia inwalidzkiego (art. 23 i 34 u. ch. oraz 61 Dekretu). Jako dalszy ciąg leczenia faktycznego Kas Chorych ubezpieczenie inwalidzkie przewiduje leczenie z art. 25. Dekretu P. R. o ubezpieczeniu pracowników umysłowych.

Widzimy, że jest zachowana logika w postępowaniu zakładów, osiągnięto całość postępowania leczniczego, a mianowicie: akcję zapobiegania chorobom, leczenie zapobiegawcze inwalidztwu a także powstawaniu stanów chorobowych, wymagających leczenia faktycznego, które jest również leczeniem zapobiegawczem przed mogącym nastąpić inwalidztwem pracy. Gdyby to inwalidztwo już nastąpiło, ustawa zaleca stosowanie leczenia restytucyjnego celem obniżenia stopnia niezdolności wzgl. przywrócenia zdolności do pracy, a wreszcie poleca zastosowanie leczenia z art. 25, nawet bez względu na już powstałe inwalidztwo i prawo do renty, a to dlatego, że jednakże nie traci ustawodawca nadziei, poza innymi względami, że inwalida

jednakże będzie mógł, w niektórych wypadkach, odzyskać utraconą zdolność do pracy, a zatem i zarobkowania.

Widać w powyższem mądrość ustawodawstwa, które zmierza w drodze wszelakich wysiłków, skoordynowanych w dziedzinie leczenia wszystkich zakładów ubezpieczeniowych, tak by nie dopuścić do momentu powstania inwalidztwa pracy, jak również by wrócić warsztatom pracy zawodowej i ogólnej utracone jednostki pracujące.

Lecznictwo zapobiegające niezdolności do pracy, wzgl. wykonywania czynności zawodowych, winno być ze względów społecznych stosowane nietylko wyłącznie w kierunku przywrócenia, t. j. restytucji już utraconej zdolności do wykonywania czynności zawodowych lub pracy ogólnej; lecznictwo restytucyjno-zapobiegawcze należy stosować również w celu obniżenia każdej niezdolności do pracy, nawet średnio-procentowej, a to *dla wzmoczenia wydajności pracy danej jednostki socjalnej i możliwego jaknajwiększego oddalenia chwili mogącego nastąpić inwalidztwa pracy.*

Ustawodawca ma na względzie jeden cel, cel wzniosły i jednocześnie bardzo ważny czynnik społeczno-ekonomiczny: *za wszelką cenę zachować zdolność społeczeństwa, jako całości, do pracy i jaknajwięcej oddalić chwilę wypłaty drogich świadczeń rentowych i zastosowania uciążliwego pod względem finansowym lecznictwa chorób przewlekłych powikłanych i zaniedbanych, wymagających zastosowania w wielu wypadkach art. 40 Dekretu (przyznania opieki osoby postronnej z dodatkiem na pielęgnację).*

Powyższe może być zastosowane i co do ilości przyznanych rent wdowich i sierocych.

Skojarzona czynność w tym kierunku zakładów ubezpieczenia chorobowego i ubezpieczenia inwalidzkiego posiada wielkie znaczenie, szczególnie jeśli jest zastosowaną w stosunku do leczenia i zwalczania chorób, które powodują wzrost inwalidztwa pracy, a więc szczególnie chorób, t. zw. społecznych.

Wysoce doniosłe znaczenie zapobiegania chorobom i zapobiegania powstawania niezdolności do pracy i zarobkowania, tak pod względem społecznym, jak i ekonomicznym, już dawno oceniły centrale ubezpieczeniowe stołeczne, Związek Kas Chorych i Związek Zakładów Pracowników Umysłowych, wydając szereg cennych okólników i zaleceń organizacyjnych w kierunku znormalizowania akcji zapobiegawczej Kas Chorych i lecznictwa zapobiegawczo-restytucyjnego Zakładów Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych na terenie R. P. czynnych.



Jednocześnie wspomniane instytucje centralne włożyły wiele wysiłków organizacyjnych, tworząc organizacyjną całość w dziedzinie lecznictwa klimatyczno-sanatoryjno-uzdrowiskowego, oraz najważniejszego i obfitego w przyszłości w bogate plony — lecznictwa zapobiegawczego wśród słabowitych i zaniedbanych przez zubożałych rodziców dzieci, i to podczas dość znacznej powojennej depresji gospodarczej światowej.

Zakład Lecznico-Szkolny dla słabowitych dzieci w Kiekrzu, Kolonje i Półkolonje letnie dla dzieci w miejscowościach uzdrowiskowych w wielkiej mierze przyczynią się w przyszłości do skierowania na rynek pracy społecznej i zawodowej wielu jednostek silnych i zdrowych, które może, jeśli by nie roztoczona nad nimi w młodości opieka, albo zginęłyby w warunkach obecnej ciężkiej walki o bytowanie i prawo do życia, albo obarczyłyby działy świadczeń instytucyj ubezpieczeniowych chorobowych i inwalidzkich, lub też inne instytucje opieki społecznej.

Zaznajomimy się następnie ze sprawozdaniami Związku Zakładów Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych w Warszawie za r. 1930 (str. 71) i za rok 1931 (str. 64).

Tabele te wykazują:

Tab. XVII. Leczono ubezpieczonych pracowników umysłowych w r. 1930 z art. 61 (leczenie zapobiegawcze) według następujących grup chorobowych.

Grupy chorobowe	Warszawa		Lwów		Poznań		Razem	
	osób	%	osób	%	osób	%	osób	%
Chor.narządu oddech. z t.b.c. włącz.	201	48,2	259	37,5	327	42,9	787	42,1
Chor. stawów i gośćcowe	110	26,3	39	5,6	81	10,6	230	12,3
Chor. przem. materji i org. wewn.	23	5,5	193	27,9	32	4,2	248	13,3
Chor. układu naczyniowego	20	4,8	78	11,3	97	12,7	195	10,4
Chor. syst. nerwowego	63	15,2	122	17,7	225	29,6	410	21,9

W Z. U. P. U. w Królewskiej Hucie  
na chor. płucne leczono — 235 osób t. j. 43,7%,  
na gościec i miażdżycę układu tętniczego — 132 „  
na choroby serca i układu nerwowego — 166 „  
na inne choroby — 4 „

Z pomocy dentystycznej po myśli artykułu 61 Dekretu R. P. o ubezpieczeniu P. U. korzystało w Z. U. P. U. w Poznaniu — 111 osób, w Z.U.P.U. w Królewskiej Hucie — 34 osoby.

Ogólna ilość osób ubezpieczonych, którzy korzystali z pomocy leczniczej zakładów z art. 61 wynosiła w roku 1930 — 2.556 osób, z których na Z.U.P.U. w Poznaniu przypada — 873 osoby

"	we Lwowie	"	— 692	"
"	w Król. Hucie	"	— 572	"
"	w Warszawie	"	— 419	"

Zgodnie z danymi według sprawozdania Związku Zakładów Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych z siedzibą w Warszawie za r. 1930 str. 71.

Tab. XVIII. Leczono ubezpieczonych (P. U.) w r. 1931 z mocy art. 61 (zapobiegawczo) według następujących grup chorobowych:

GRUPY CHOROBOWE	Z. U. P. U.									
	Warszawa		Lwów		Poznań		Król. Hut.		Ogółem	
	osób	%	osób	%	osób	%	osób	%	osób	%
Gruźl. narz. oddech.	206	36,5	61	6,7	145	15,5	144	21,0	556	18,0
Inne choroby narz. oddech.	9	1,6	313	34,4	210	22,5	143	21,0	675	21,8
Gościec i chor. stawów	203	35,9	50	5,5	97	10,4	121	17,5	471	15,2
Chor. przem. mater. i ogół.	15	2,6	197	21,6	101	10,8	16	2,3	329	10,6
Chor. narz. krążenia	19	3,4	69	7,6	97	10,4	173	25,2	358	11,6
Chor. układu nerwowego	113	20,0	149	16,4	256	27,4	67	9,7	585	18,9
Chor. narz. trawienia	—	—	32	3,5	23	2,5	11	1,6	66	2,1
Choroby kobiece	—	—	39	4,3	5	0,5	7	1,0	51	1,6
Choroby weneryczne	—	—	—	—	—	—	5	0,7	5	0,2
R a z e m	565	100	910	100	934	100	687	100	3096	100

Według liczebnych danych sprawozdania Z.U.P.U. w Warszawie za r. 1931 str. 64.

Tabele XVII i XVIII wyjaśniają nam stopień wykorzystania przez poszczególne Zakłady Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych na swych terenach — uprawnień do stosowania leczenia restytucyjno-zapobiegawczego z art. 61 Dekretu Pana Prezydenta R. P. z dnia 24 listopada 1927 r. o ubezpieczeniu Pracowników Umysłowych.

Jednocześnie powyższe tabele wykazują w dziedzinie jakich grup chorobowych leczenie to stosowano.

Spostrzegamy, że po myśli normujących wskazówek Związku Zakładów Pracowników Umysłowych poszczególne Zakłady U. P. U., jak Poznański, Lwowski i w Król. Hucie skierowały wszystkie swe wysiłki na zwalczanie tych chorób, które w największej mierze przyczyniały się do wzrostu inwalidztwa pracy.

Zakłady te, oddawna już istniejące na terenach, które od wielu

lat posiadały ordynacje ubezpieczeniowe, nawet gdy nie posiadały jeszcze normatywnych wskazówek od ZUPU. w kierunku stosowania leczenia zapobiegawczo-restytucyjnego, kierowały się jakby obronnym instyktem społecznym samozachowawczym i doświadczeniem na tle poczynionych obserwacji z działu świadczeń inwalidzkich rentowych.

Z tych tabeli wnioskować możemy, że ze szczególną uwagą leczono gruźlicę i inne choroby narządów i dróg oddechowych, narządów i przewodów pokarmowych z uwzględnieniem protezowania dentystycznego i t. d.

Leczono zapobiegawczo różne postacie gośćcowe, oraz inne schorzenia układu kostno-mięśniowo-stawowego, w celu zapobieżenia powstawaniu inwalidztwa z powodu poważniejszych zachorzeń serca i układu krwionośnego pozasercowego, powstałych na tle gościa stawowego i t. p. (wady serca, zapalenie wsierdzia i t. d.).

Roztoczono też opiekę lekarską i leczniczą z tegoż art. 61 nad poważną grupą chorobową, zwaną chorobami kobiecymi. Leczono w szczególności te przewlekłe zmiany chorobowe w adnexach, które nosiły charakter ropno-zapalny przewlekły. Ta grupa chorób posiada niezwykle ważne znaczenie jak ze względów społecznych, tak i dlatego, że może łatwo powodować szereg bardzo poważnych powikłań, groźny dla zdrowia i nawet życia kobiety, które na dłuższy okres mogą wytrącić pracowniczkę z jej normalnych warunków bytowania i pracy.

Długotrwałe i przewlekłe zmiany chorobowe w układzie nerwowym i narządach innych, powstałe na podłożu zaniedbanych i nieprawidłowo leczonych chorób kobiecych, mogą w wysokim stopniu przyczynić się do obniżenia wartości i wydajności pracy, szczególnie u pracowniczki umysłowej.

Doświadczenie lekarskie poucza nas, że cięższe stany klimakteryczne u kobiet, powstałe na tle uwiąznięcia gruczołów seksualnych, winny być jaknajdokładniej leczone w kierunku zapobiegania powikłaniom, albowiem łatwo mogą przyprowadzić do inwalidztwa pracy i to na okres dłuższy.

Stwierdzić też powinniśmy wielkie znaczenie leczenia zapobiegawczego, przy leczeniu wszelkich stanów chorobowych, szczególnie początkowych, powstałych na tle schorzeń moczopłciowych i wenerycznych. Zaniedbanie leczenia tych ostatnich ze strony zakładów ubezpieczeniowych byłoby postępowaniem wybitnie aspołecznym i niehumanitarnym i w kalkulacji oszczędnościowej leczniczej i inwalidzkiej nieopłacałoby się.

Ilu wypadkom niezdolności do pracy udałoby się zapobiec gdyby kiła była leczona, poczynając od zaobserwowania, początkowego zespołu objawów chorobowych i przez czas dłuższy; w wielu wypadkach zapobieżonoby uprawnieniom do renty inwalidzkiej oraz wdowiej i sieroczej z powodu porażenia postępującego, wieloogniskowego stwardnienia rdzenia kręgowego, jaskry oraz innych powikłań kiły, umiejscowionych w ośrodkowym układzie nerwowym oraz narządach zmysłów — ocenimy to dopiero wówczas, kiedy przyjmiemy pod uwagę prawo obarczenia dziedzicznego.

A wreszcie wybitne znaczenie leczenia zapobiegawczo-restytucyjnego, stosowanego w dziedzinie chorób, powstałych na tle wadliwej przemiany materji, związanych z nad i niedoczynnością gruczołów o wydzielaniu dokrewnem, a nawet i zewnętrznem. A rola leczenia zapobiegawczego sanatoryjno-uzdrowskiego przy różnorodnych stanach wyczerpania fizycznego i psychicznego, przy wyłączeniu organizmu i przy braku powietrza i słońca w niniejszych szczególnie skomplikowanych warunkach bytowania i pracy w okresie obecnej powojennej depresji gospodarczej.

Jak wielu chorobom poważniejszym udałoby się zapobiec, gdyby też podczas stosowania leczenia zapobiegawczego w zakładach leczniczych uzdrowskich i sanatorjach przyzwyczajano leczonego chorego do odpowiedniego trybu życia i pracy, ażeby po opuszczeniu sanatorium dalej kontynuował i znormalizował swój tryb życia.

Bardzo wiele jeszcze moglibyśmy na ten temat podać odpowiednich przykładów. Zastępy ludzi, rozumiejących doniosłość tego rodzaju leczenia, pod każdym względem społecznym, powiększają się. Każdy obywatel, nawet nie lekarz jeśli posiada zmysł obserwacyjny, nie może nie zauważyć wyników stosowania tego rodzaju leczenia przy zastosowaniu szczególnie wśród młodzieży, akcji zapobiegawczej, połączonej z nauczaniem zasad higieny osobistej i społecznej, oraz zawodowej. Następnie porównamy ze sobą tabele: XIX, XX, XXI, XXII i XXIII.

Przy ogólnej sumie składek przypisanych przez Zakłady U. P. U. w r. 1930 w złotych — 83.041.156,00 (bez innych dochodów).

Przy przeciętnym  $\%$  stosunku składek do ogólnych dochodów — 79,8 $\%$ .

a na 1 ubezpieczonego w r. 1930 przeciętne ogólne dochody wynosiły — 396 zł.



Tab. XIX. Według danych Sprawozdania Związku Zakładów P. U. w Warszawie za rok 1930, str. 26, 72 i inne.

Wydano w złotych w r. 1930:

Z. U. P. U. w:	Świadczenia rentowe	Odprawy jednorazowe	Wydano na lecz. zapob. z art. 61	Ilość osób leczono zapobiegawczo
Warszawie	27.409*)	3.283.110	334.727	419
Królewskiej Hucie	1.618.689	758.077	399.496	572
Lwowie	1.426.217	399.226	351.224	692
Poznaniu	840.068	326.323	392.562	873
Razem:	3.912.383	4.766.736	1.478.009	2.556

w r. 1930

wydano na protezy i inne lecz. przez Z. U. P. U. w:  
(dentystyka)

Warszawie . . . . .	1.989,03
Lwowie . . . . .	250,—
Poznaniu . . . . .	8.763,20
Królewskiej Hucie . . . .	4.441,10

Razem: 15.443,33

Tab. XX. Stosunek świadczeń rentowych (rent) w poszczególnych Zakładach U. P. U. w roku 1929 i 1930 (bez jednorazowych odpraw) w złotych:

Z. U. P. U. w.	w r. 1929	w r. 1930
Warszawie	4.689 zł.	20.020 zł.
Królewskiej Hucie	675.499 „	653.460 „
Lwowie	518.792 „	558.557 „
Poznaniu	384.973 „	322.841 „
Razem:	1.583.953 zł	1.557.578 zł.

\*) Zakład U. P. U. w Warszawie posiadał w r. 1930 prawie wyłącznie ubezpieczonych którzy nie przebyli jeszcze przewidzianego ustawą okresu wyczekiwania, uprawniającego do pobierania renty inwalidzkiej w razie utraty zdolności do wykonywania czynności zawodowych ponad 50%. Ubezpieczeni-inwalidzi, którym Zakład Warszawski wypłacał renty — przeszli do niego z innych, starych zakładów.

Zakład Warszawski wypłacał swoim ubezpieczonym w razie zaistnienia inwalidztwa jedynie odprawy jednorazowe.



Według danych Sprawozdania Związku Zakładów Ubezpieczeń Pracowników Umyłowych za rok 1930 (str. 26).

Tab. XXI. Porównanie wydatków na świadczenia inwalidzkie i leczenie zapobiegawcze w poszczególnych Zakładach U. P. U. w roku 1930 w liczbach bezwzględnych. (Według Sprawozdania Z.Z.U.P.U. za rok 1930, str. 49).

Wydatki na:	Z a k ł a d y U. P. U. w:			
	Warszawie	Król. Hucie	Lwowie	Poznaniu
	Z ł o t y c h			
Świadczenia powstałe przed 1. I. 1928	—	1.161.315,87	1.470.837,90	572.769,84
Świadczenia powstałe po 1. I. 1928	3.645.245,90	2.778.159,95	2.180.600,52	1.570.734,15
Renty inwalidzkie	10.412,19 (ubez. inn. zakł.)	837.603,20	529.337,30	234.328,29
„ wdowie	14.456,10 (pou. z in. zak.)	326.688,22	242.241,60	156.162,80
„ sieroce	134,40 (jak powyżej)	177.082,70	128.362,60	72.250,30
Odprawy (str. 30 i 58)	3.281.049,80	672.730,40	371.031,90	256.119,20
Lecznictwo z art. 25	(jak powyżej)	1.898,44	3.934,15	11.780,53
Lecznictwo z art. 61 (zapobiegawcze inwalidztwu) według planu Z. Z. U. P. U.	334.737,11	399.495,75	351.523,87	392.561,75

Tab. XXII. Zestawienie porównawcze wydatków na świadczenia rentowe i lecznictwo zapobiegawcze w r. 1930 w poszczególnych Zakładach U. P. U. w liczbach względnych. (Według danych zawartych w Sprawozdaniu Z. Z. U. P. U. za r. 1930, str. 51).

Zakłady U. P. U. w:

Wyszczególnienia	Warszawie			Król. Hucie			Lwowie			Poznaniu		
	w 0/0		na 1 ubezpiecz.	w 0/0		na 1 ubezpiecz.	w 0/0		na 1 ubezpiecz.	w 0/0		na 1 ubezpiecz.
	do-choód	skła-dek		do-choód	skła-dek		do-choód	skła-dek		do-choód	skła-dek	
Świadczenia powstałe przed 1. I. 1928 r.	—	—	—	5,5	6,8	27,17	7,7	10,3	32,26	3,3	4,6	11,95
Świadczenia po 1. I. 1928 r.	7,8	9,3	23,75	13,1	16,2	65,01	11,4	15,3	47,82	9,2	12,6	32,78
Renty inwalidzkie	0,0	0,0	0,08	4,0	4,9	19,60	2,8	3,7	11,61	1,4	1,9	4,89
	własnych rencistów nie miał											
Renty wdowie	0,1	0,1	0,11	1,5	1,9	7,64	1,3	1,7	5,31	0,9	1,3	3,26
	włas. rent za wyj. po wypadk. nie miał											
Renty sieroce	0,0	0,0	0,00	0,8	1,1	4,14	0,7	0,9	2,81	0,4	0,6	1,51
	jak powyżej											
Odprawy (art. 30 i 58)	7,0	8,4	25,88	3,2	3,9	15,74	1,9	2,6	8,14	1,5	2,0	5,35
Lecznictwo z art. 25	—	—	—	0,0	0,0	0,05	0,0	0,0	0,09	0,1	0,1	0,25
	jak powyżej											
Lecznictwo z art. 61 zapobiegawczo-restytucyjne według planu Z. Z. U. P. U.	0,7	0,8	2,64	1,9	2,3	9,35	1,8	2,5	7,70	2,3	3,1	8,19

Tab. XXIII. Wykonanie przez poszczególne Zakłady U. P. U. ustalonego przez Z. Z. U. P. U. na r. 1930 preliminarza budżetowego na lecnictwo zapobiegawczo-restytucyjne z art. 61 D. P. R. P. z dnia 24. XI 1927 r. (Dz. U. P. Nr. 106, p. 911).

W złotych (wedł. sprawozd. Z. Z. z r. 1930.

Z. U. P. U.	Preliminowano	Wydatkowano	Zaoszczędzono
Warszawa	350.000	334.727,00	15 272,89
Lwów	400 000	351.223.87	48.776,13
Poznań	450.000	392 561,75	57.438,25
Królewska Huta	400.000	399.495,75	504,25
Ogółem	1.600.000	1.478.008,48	121.991,52

Wysokości składki przeciętnej na 1 ubezpieczonego w tymże roku 1930 — w:

Z. U. P. U. w Warszawie . . . . .	308,8 zł.
„ w Królewskiej Hucie . . . . .	401,3 „
„ we Lwowie . . . . .	313,4 „
„ w Poznaniu . . . . .	259,7 „

Tabela XIX. wykazuje stosunek pomiędzy wydatkami na świadczenia inwalidzkie i na leczenie zapobiegawczo-restytucyjne w poszczególnych Zakładach U. P. U. Tabela oparta na liczbach podanych w sprawozdaniu Z. Z. U. P. U. w Warszawie.

Tabelka mniejsza wykazuje wydatki uskutecznione z art. 61 na dentystykę i protezowanie dentystyczne.

Przed odczytywaniem tabeli powinniśmy uprzytomnić sobie różnice, które istnieją pomiędzy rentą inwalidzką, a jednorazową odprawą (art. 22, 30 i 40 Dekretu o ubezpieczeniu pracowników umysłowych z dnia 24. XI. 1927 r. oraz między leczeniem faktycznym, a leczeniem zapobiegawczo-restytucyjnym (art. 23 i 33 Ustawy z dnia 19 maja 1920 r. o ubezpieczeniu na wypadek choroby i art. 25 oraz 61 Dekretu o Ubezpieczeniu Pracowników Umysłowych).

Ustawodawstwo ubezpieczeniowe, obowiązujące Zakłady Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych wymaga od ubezpieczonego, dla nabycia uprawnień rentowych, przebycia w ubezpieczeniu pięcioletniego okresu wyczekiwania (60 mies. składkowych). A gdy ubezpieczony temu obowiązкови zadość-uczyni i stanie się, w myśl orzeczenia lekarskiego, ew. komisijnego, niezdolnym do wykonywania czyn-

ności zawodowych ponad 50%, czy to przejściowo, czy na stałe — przysługuje ubezpieczonemu prawo do renty inwalidzkiej przejściowej, lub przyznanej na stałe.

Jeżeli przytem choroba jest obłożną i powoduje niedołęstwo fizyczne lub psychiczne, wymagające opieki osoby postronnej, przysługuje ubezpieczonemu, który został rencistą, dodatek do renty, przeznaczony na pielęgnację, z art. 40 Dekretu.

Niezależnie od renty i dodatku na pielęgnację, inwalida posiada, w myśl art. 25 Dekretu, prawo do leczenia na koszt Zakładu.

Jeśli ubezpieczony, u którego nastąpiła *stała* niezdolność do wykonywania czynności zawodowych ponad 50% ustawą przewidzianych, nie posiada przebycia pełnego okresu wyczekiwania, a okres ten nie przekracza 60 miesięcy składkowych — ubezpieczony posiada prawo do otrzymania rocznej jednorazowej odprawy. Natomiast jeśli niezdolność do pracy ponad 50% powstała naskutek wypadku przy pracy ustawodawstwo wypadkowe nie przewiduje wykorzystania 60 miesięcznego okresu wyczekiwania i niezależnie od okresu ubezpieczenia inwalida posiada prawo do renty inwalidzkiej (art. 16 Dekretu).

O zaopatrzeniu ze Skarbu Państwa mówi art. 160 i 16 Dekretu.

Lecznictwo stosowane przez Zakłady Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych opiera się ustawowo na art. 61 i 25 Dekretu a mianowicie: art. 61 przewiduje stosowanie leczenia zwanego zapobiegawczo-restytucyjnem, t. j. stosowanie którego ma na celu zapobieżenie mogącej nastąpić niezdolności do wykonywania czynności zawodowych, lub obniżenie już istniejącej niezdolności do pracy, która zbliża się do pogranicza między zdolnością, a niezdolnością i zwiększenie w ten sposób u pracownika sprawności psycho-fizycznej, a wreszcie i przywrócenie zdolności do pracy zawodowej u pracowników, u których już zaistniała niezdolność do wykonywania czynności zawodowych ponad 50%.

Dla pracowników fizycznych, leczenie zapobiegawczo-restytucyjne jest oparte na §§ 1269 1270 ordynacji ubezpieczeniowej, na której opiera się czynność Ubezpieczalni Krajowej w Poznaniu, terenem czynności której są województwa Poznańskie i Pomorskie.

Artykuł 25 Dekretu o ubezpieczeniu pracowników umysłowych nakłada na Zakłady Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych obowiązek leczenia, nawet niezależnie od zaistniałego inwalidztwa pracy. Jest to leczenie faktyczne, stosowane w wypadkach, gdy ubezpieczony wyczerpał w Kasie Ubezpieczeń Społecznych, przysługujący okres zasiłkowy i jest nadal chory. Leczenie to jest po myśli ustawodawcy dalszym ciągiem leczenia faktycznego, stosowanego w Ka-

sach Chorych w myśl art. 33 i 43. Ustawy Chorobowej z dnia 19. V. 1920 roku.

Jako wstęp do lecznictwa zapobiegawczo-restytucyjnego można uważać tak zwaną akcję profilaktyczną, t. j. zapobiegawczą pod względem zapobiegania powstawaniu chorób, którą to akcję prowadzą, w miarę możliwości, Kasy Chorych zgodnie z brzmieniem art. 34 i 90 ustawy chorobowej.

Jeśli ustawodawca uzależnia prowadzenie akcji zapobiegania chorobom, t. j. profilaktyki, od stanu finansowego Kasy, to lecznictwo zapobiegające powstawaniu inwalidztwa pracy w myśl art. 63 Dekretu z dn. 24.XI-27 r. może być przez odnośny Zakład U.P.U. zarządzane nawet pod rygorem wstrzymania świadczeń rentowych inwalidzkich.

Zestawiając więc myśli wszystkich wspomnianych artykułów ustaw ubezpieczeniowych, chorobowej i inwalidzkiej, widzimy to mądre dążenie ustawodawstwa do scalenia postępowania leczniczego i inwalidzkiego — z główną myślą przewodnią: za wszelką cenę zapobiec inwalidztwu pracy i jaknajdalej odroczyć ustawowy moment przyznania renty inwalidzkiej wskutek powstania inwalidztwa.

Ustawodawca chce mieć jako członków w instytucjach ubezpieczeniowych pracowników fizycznych i umysłowych, *w jaknajwiększej mierze i przez możliwie najdłuższy okres czasu, zdolnych tak do pracy ogólnej, jak i zawodowej*, przewidując nawet przeszkolenie inwalidów własnym kosztem w zawodzie, do którego by się nadawali.

Zapobiec powstawaniu choroby zapomocą szerzenia oświaty w zakresie higieny osobistej i społecznej oraz zawodowej zapomocą usilnego odżywiania dzieci zaniedbanych pod względem higieny i słabowitych, zapobiec i jaknajdalej odroczyć okres powstania inwalidztwa pracy zapomocą stosowania lecznictwa faktycznego i zapobiegawczego, a w razie nastąpienia inwalidztwa — udzielić świadczeń inwalidzkich rentowych, jednakże i nadal leczyć, celem przywrócenia zdolności do pracy — to jest kardynalna i wartościowa podstawa postępowania ubezpieczenia krótko i długoterminowego, w myśl zawartych w przytoczonych artykułach zasad ustawodawstwa ubezpieczeniowego.

Inne postępowanie byłoby niezgodne z wymogami ustawy ubezpieczeniowej i odrębne od powyższego postępowanie lecznicze nosiłoby charakter polityki zdrowotnej i ekonomiczno-socjalnej krótkowzrocznej i niezmiernie szkodliwej dla społeczeństwa i Państwa.

Po wstępnem omówieniu zasad przyznawania i udzielania świadczeń leczniczych i rentowych przez instytucje ubezpieczeniowe oraz



stosowania akcji zapobiegawczej i leczenia zapobiegawczo-restytucyjnego, przystąpimy do zaznajomienia się z tabelą XIX i jej omówienia.

Zaznaczyć należy, że Zakład U. P. U. w Warszawie, jako jednostka ubezpieczeniowa, istnieje dopiero od roku 1928, a samodzielny dział inwalidztwa i świadczeń rentowych powstał w pełnej mierze dopiero po nabyciu przez ubezpieczonych w tym Zakładzie 60 miesięcy wyczekiwania składowego przewencyjnego, t. j. w roku 1933. Do tego czasu były przyznawane wyłącznie odprawy inwalidzkie t. j. gdy niezdolność do wykonywania czynności zawodowych u ubezpieczonych i ubezpieczony nie przekroczył 60 m. okresu wyczekiwania—była stałą, a świadczenia rentowe dotyczyły wyłącznie ubezpieczonych z innych zakładów U. P. U., t. j. ubezpieczonych, którzy zamieszkali na terenie Z. U. P. U. w Warszawie, a poprzednio mieszkali i pracowali na terenie czynności innego Zakładu.

Z danych, zawartych w tabeli, widzimy, że Zakład U. P. U. w Warszawie, posiadający największe tereny dla swych ustawą przewidzianych czynności, oraz największą ilość osób ubezpieczonych, wypłacił w r. 1930 w złotych, na udzielone jednorazowe odprawy inwalidzkie, kwotę która przewyższa łączną kwotę wypłaconą przez poszczególne terenowe Zakłady U. P. U. i wydaną na wszystkie rodzaje świadczeń inwalidzkich, z uwzględnieniem nawet rent wdowich i sierocych (tab. XIX, XXI i XXII).

Tenże Zakład Warszawski, w tymże roku w porównaniu z pozostałymi Zakładami wydał na leczenie zapobiegawczo-restytucyjne najmniejszą kwotę i to przy najmniejszej ilości leczonych ubezpieczonych.

Natomiast, najmniejsze kwoty na wszelkiego rodzaju świadczenia inwalidzkie — wydał Zakład Poznański, przy stosunkowo największej kwocie, wydanej na leczenie zapobiegawczo-restytucyjne i protezowo-dentystyczne, przy największej ilości leczonych ubezpieczonych, leczonych według grup chorobowych, które w największej mierze przyczyniały się do wzrostu inwalidztwa (sprawozdanie Z. U. P. U. w Poznaniu z roku 1930).

Jak widać też z tabeli XX, kwota wydana przez Zakład U. P. U. w Poznaniu na inwalidzkie świadczenia rentowe zmniejszyła się w r. 1930 o całe 16,13% w porównaniu z r. ubiegłym. *Przypisać to należy z racjonalizowaniu i uprawianiu w szerszym zakresie leczenia zapobiegawczo-rastytucyjnego z art. 61 Dekretu.*

W Zakładzie Warszawskim, uprawiającym leczenie zapobiegawczo-restytucyjne, w stopniu najmniejszym w stosunku do ilości swych ubezpieczonych, jednorazowe odprawy inwalidzkie wynosiły



w r. 1928 — 576,630,40 zł. i stopniowo coraz to zwiększały się (Sprawozdanie Z. U. P. U. za r. 1928/29 i sprawozdanie Z. U. P. U. w Warszawie za rok 1928). Jak jednak wyglądałaby ta sprawa, gdyby były to świadczenia rentowe?

Tabele Nr. Nr. XXI i XXII wykazują nam w cyfrach bezwzględnych i względnych ten sam stan rzeczy, uwzględniając przytem świadczenia wdowie i sieroce. Stwierdzamy, że kwoty wydane na te działy obniżają się stopniowo w tych Zakładach U. P. U., które na prowadzenie lecznictwa zapobiegawczo-restytucyjnego wydają większe kwoty, oraz prowadzą ten dział lecznictwa rzeczowo, kierując się statystyką inwalidztwa.

Wreszcie z danych tabeli XXIII widzimy, że powyższe postępy w kierunku zatrzymania wzrostu inwalidztwa nie przekonały w dostatecznej mierze, że leczenie zapobiegawczo-restytucyjne posiada doniosłe znaczenie w zmniejszaniu inwalidztwa pracy i poszczególne Zakłady nadal starają się czynić oszczędności na kwotach przeznaczonych na to lecznictwo. Niewyczerpane pozostałości kwot, przeznaczonych na leczenie zapobiegawczo-restytucyjne, umieszczono w sprawozdaniu w rybryce „zaoszczędzono“, co nie zgadza się z faktycznym stanem rzeczy, ponieważ w zamian „zaoszczędzonych“, na lecznictwie zapobiegawczo-restytucyjnym kwot — zwiększą się wielokrotnie, oczywiście, że w przyszłości, wydatki Zakładów w rubryce, mieszczącej wydatki na renty i odprawy inwalidzkie, zaopatrzenie wdowie i sieroce.

Te pseudo-oszczędności w dziale wydatków na leczenie zapobiegawczo-restytucyjne ciężkim brzemieniem kładą się na dział świadczeń inwalidzkich, z roku na rok wzmagając wydatki na renty i odprawy. I nadal negujemy stan rzeczy, że pomiędzy wydatkami na lecznictwo zapobiegawczo-restytucyjne, a wydatkami na świadczenia inwalidzkie i chorobowe istnieje ścisła zależność odwrotnie proporcjonalna.

A więc powstaje zapytanie: czy ubezpieczenia wolą większe kwoty wydawać na świadczenia niezdolnym do pracy inwalidom, oraz wdowom i sierotom, czy mniejszym kosztem przezornie leczyć zapobiegawczo-restytucyjnie ubezpieczonych zdolnych w zasadzie do pracy, ochraniając ich od zaniedbania choroby, na leczenie której ubezpieczeniowe instytucje zmuszone będą przez długie lata łożyć większe kwoty w wielu wypadkach już bezskutecznie.

A gdyby nawet przyjąć, że polityką leczniczą instytucji ubezpieczeniowych w zasadzie nie powinno kierować „wyrachowanie kupieckie“, to czy źle te instytucje o wysokim znaczeniu społecz-

nem wyszłyby z tego założenia? — Napewno i w tym wypadku dobrze.

Chroniąc społeczeństwo przed destrukcją fizyczną i psychiczną w tak ciężkim okresie bytowania, chronionoby to społeczeństwo jednocześnie i przed destrukcją ekonomiczną i socjalną; wzmożonoby odporność tego społeczeństwa, a wyniki tego uwidoczniłyby się w bliższej, lub dalszej przyszłości. W ten sposób i instytucje ubezpieczeniowe, bardzo czułe na wszelkie zmiany gospodarcze, nie narażałyby się w przyszłości na większe wstrząsy i miały korzyść ze swych członków płacących składki, a mniej wymagających świadczeń ze strony tych Zakładów.

Lekceważenie przez instytucje ubezpieczeniowe chorobowe i inwalidzkie tak ważnych regulatorów zdrowia społecznego, jak zapobieganie chorobom i leczenie zapobiegawcze przed powstaniem inwalidztwa pracy, w wysokim stopniu i nieogłędnie naraziłoby całe społeczeństwo w kierunku wyprowadzenia z równowagi gospodarczej, oraz zagrażałoby zdrowiu publicznemu i bezpieczeństwu pracy.

Ustawodawca przewidział konieczność stosowania tego rodzaju leczenia i jego wielkie znaczenie w czynności instytucyj ubezpieczeniowych: Nie możemy stosowania tego leczenia uznać za akcję „dobrowolną” ze strony Zakładów, w literalnem znaczeniu tego słowa, lub akcję nadzwyczajną. Ustawodawca przewidział, że jak akcja zapobiegawcza, tak i leczenie zapobiegawczo-restytucyjne są to pomocnicze wysoce ważne czynniki, które stosować trzeba według potrzeb i w granicach jakie nakreśli statystyka chorobowa i inwalidzka.

Akcję zapobiegania i leczenie zapobiegawczo-restytucyjne winny instytucje ubezpieczeniowe, *szczególnie instytucje ubezpieczenia przymusowego*, stosować w granicach potrzeb faktycznych, istotnych i *skoordynować to postępowanie zapobiegawcze z podobną czynnością innych instytucyj do uprawiania tegoż rodzaju akcji powołanych*, jak instytucje państwowe, samorządowe, inne publiczno-prawne i prywatne, oraz społeczne.

---

## Pierwsze Laboratorium Psychotechniczne Kolei Północnej w Paryżu.

INŻ. WOJCIECHOWSKI

Warszawa

W Nr. 4 kwartalnika „Le Travail Humain” znajdujemy opis powyższego laboratorium, zorganizowanego pod kierunkiem prof. J. M. Lahy, który od roku 1925/26 współpracuje ideowo z referatem psychotechniki Ministerstwa Komunikacji i którego metodę badań maszynistów zastosowaliśmy w roku 1927. Prof. Lahy jest też autorem tego opisu.

Autor stwierdza przedewszystkiem, że pod względem zastosowania psychotechniki w kolejnictwie Niemcy, Rosja i Polska wyprzedziły inne państwa europejskie; natomiast Francja jeszcze przed laty 9 ciu założyła pracownię do doboru motorniczych i szoferów w Paryżu (S-té du Transport en Commun de la Region Parisienne). Pracownia ta znajduje się pod kierunkiem prof. Lahy i była modelem dla naszych pracowni kolejowych.

Z opisu historii powstania pracowni Kolei Północnej wynika, że pierwszym zadaniem prof. Lahy było przekonać dyрекcję o wartości badań psychotechnicznych. W tym celu przeprowadzone były badania nad maszynistkami od maszyn piszących i statystycznych. Badania te dały materiał dostateczny do wprowadzenia doboru personelu biurowego, pracującego na maszynach bardzo kosztownych, na których szkolenie osób nieodpowiednich pochłaniało spore sumy. Oszczędności uzyskane przez dobór pokryły koszt laboratorium, urządzonego w tym celu.

Przed dwoma laty rozpoczęto studia nad doбором służby stacyjnej, nie wymagającej długiego szkolenia, a więc zwrotniczych<sup>1)</sup>.

---

<sup>1)</sup> Jak widać prof. Lahy nie poszedł drogą kolejności badań naszych pracowni: można to objaśniać albo specjalną jego ostrożnością naukową, albo względami oszczędnościowymi. W naszych pracowniach kolejowych badania objęły przedewszystkiem maszynistów i dyżurnych ruchu

Niestety, autor nie podaje rezultatów i samej metody badania, odsyłając czytelników do najbliższego numeru kwartalnika.

Przy tworzeniu pracowni miano na względzie nie tyle posiadanie różnorodnych przyrządów i maszyn, ile zharmonizowanie całości laboratorium i wewnętrznych urządzeń z postępowaniem operatorów i z zabiegami natury psychologicznej, aby możliwie wszystkim badanym w różnym czasie zapewnić jednakowe i jednolite warunki badania. Z tego założenia wychodząc, uznano np. zastosowanie wagonu psychotechnicznego za rzecz nieodpowiednią<sup>1)</sup>.

Kształcenie operatorów psychotechnicznych jest racjonalnie ujęte w następujące zasady:

1) każdy z nich musi być poddany wszystkim badaniom, jakie kiedyś będzie prowadził, aby zdawał sobie sprawę z przebiegu tych procesów myślowych, które przeżywa osoba badana;

2) każdy musi wycechować wszystkie używane w pracowni testy, utworzyć „dossier“ osób zbadanych i profile psychologiczne;

3) zastępować zupełnie wykwalifikowanego operatora;

4) przeprowadzać badania testowe, skoro dyrektor pracowni uzna go za dostatecznie przygotowanego;

5) każdy musi nie tylko opanować technikę prowadzenia badań, lecz i nauczyć się interpretować treść „dossier“ ze względu na wymagania doboru zawodowego.

Lokal Pracowni składa się z jednej dużej sali do badań zbiorowych 24-ch osób, z 5 niewielkich pokoi do badań indywidualnych, z gabinetu dyrektora, gabinetu szefa pracowni, sekretariatu i archiwum.

Przy urządzaniu pracowni zastosowano różne sposoby techniczno-budowlane, aby zmniejszyć hałas i dźwięki przypadkowe zewnętrzne, tak np. okna umieszczono na wysokości 2 m. od posadzki. W pokojach do badań indywidualnych umieszczają przyrządy potrzebne do jednego tylko testu.

Regulamin badań przewiduje kilka dobrych zasad np.: pracownicy wezwani do badań otrzymują zawiadomienia, na których oprócz daty i godziny badań, podane są numery pociągów, którymi osoba wezwana na badania ma przyjechać do Paryża i odjechać po badaniu: na odwrocie karty zawiadamiającej podane są zasady zachowania się podczas badań i ostrzeżenie, iż w razie jakiegokolwiek, choćby niedyspozycji, lub trosk osobistych lub rodzinnych wezwany

<sup>1)</sup> Polski wagon psychotechniczny jest [stawiany zwykle zdala od stacji, gdzieś na ślepy torze, tak iż wzrokowe i słuchowe bodźce nie podlegają zakłóceniom.



ma prawo zwolnić się od badania [w tym dniu. Zwierzchność osób wezwanych na badania ma zalecone, aby przysyłała ludzi wypoczętych i nie zmuszała ich w przededniu badań do podróży i służby nocnej.

Na czele pracowni stoi inżynier, stanowiący łącznik między kierownictwem naukowym i poszczególnymi wydziałami przedsiębiorstwa.

Organizacyjne ramy Pracowni uwzględniają prawie zupełną samodzielną psychotechnikę, która znajduje się w bezpośrednim kontakcie ze służbami dyrekcji, ponieważ one kontrolują wyniki badań i korzystają z nich przy organizowaniu pracy.

Na Kolei Północnej jak i w innych instytucjach, prowadzonych przez prof. Lahy, medycyna i psychotechnika współpracują w ścisłym porozumieniu, a badanie lekarskie zawsze poprzedza badanie psychotechniczne.

Istnieje bardzo ścisły związek między pracami służby technicznej a psychotechniką, gdyż otrzymuje ona od techników wskazówki co do pracy specjalistów, a sama udziela rad co do przystosowania maszyn do człowieka.

Personel pracowni składa się z naukowców i wykonawców. Sam prof. Lahy jest reprezentantem pierwszych, gdyż jako dyrektor pracowni psychologii stosowanej Uniwersytetu ma ciągłą styczność z nauką. Personel wykonawczy składa się z 10 osób: jednego adjunkta pracowni, 7-iu operatorów, z których dwaj mają władzę nad pozostałymi, jednej maszynistki i jednego służącego, zadanie którego polega na dozorowaniu przyrządów, na ich regulowaniu i codziennym sprawdzaniu.

Personel wykonawczy rekrutuje się ze służby administracyjnej kolejowej i nie ma wykształcenia psychologicznego, natomiast personel ten jest dobierany psychotechnicznie i szkolony w samej pracowni.

Każdy operator musi umieć prowadzić wszystkie badania.

Powyższy skład osobowy może zbadać 50 osób tygodniowo przy pracy 12 godzinnej od 7-ej rano do 19-ej<sup>1)</sup>.

Badania zbiorowe obejmują dość dużo testów, pozyszywanych w kajety.

Oprócz tego stosowane są testy indywidualne. Opisu testów w artykule nie znajdujemy.

<sup>1)</sup> Podobno każdy operator ma kilka chwil wytchnienia między jednym testem a drugim; w każdym razie tak długotrwała praca jest stanowczo nie-normalna.



Aparaty mierzące czas muszą być kontrolowane codziennie a wyniki kontroli — wciągane do dziennika.

W Pracowni odbywają się posiedzenia sprawozdawcze i krytyka wyników i spostrzeżeń; w tych posiedzeniach biorą udział starsi i młodszy pracownicy (operatorzy).

Oprócz służby naukowej i wykonawczej istnieje t. zw. służba badawcza, związana ze służbą statystyczną, działającą w Laboratorium Psychologii Stosowanej w Szkole Praktycznej Studiów Wyższych. W ten sposób koszt pracy naukowo-badawczej nie obciąża samej Pracowni Kolejowej.

Do obowiązków Pracowni należy także opracowywanie różnych zagadnień życia kolejowego, a mianowicie:

dobór terminatorów i rzemieślników w warsztatach kolejowych, udział w dochodzeniach przyczyn wypadków w celu sprawiedliwej oceny przewinień czynnika ludzkiego, studia nad działaniem maszyn i mechanizmów, aby najlepiej odpowiadały warunkom racjonalizacji pracy ludzkiej, wreszcie zagadnienia przyczyn natury psychologicznej zdarzających się wypadków.

# EMPHYSAL

## Dwujodek Kofeino-Teobrominowy WYRÓB POLSKI

Wprowadzony do lekospisu Dyrekcji Kolejowych, Związku Kas Chorych, Szpitali i t. d.

### WSKAZANIA:

Rozedma płuc (Emphysema pulmonum)  
Dychawica sercowa i oskrzelowa (Asthma cardiacum et bronchial)  
Miażdżyca naczyń obwodowych i wieńcowych serca (sclerosis)  
Wzmożone ciśnienie krwi (hypertensio)  
Nieżyt oskrzeli i dróg oddechowych (Bronchitis chronica)

Sprzedaż we wszystkich aptekach  
SKŁAD GŁÓWNY, APTECZNY DOM HANDLOWY  
**BALKOWSKI I HERYNOWSKI**  
WARSZAWA, AL. JEROZOLIMSKA 23. TELEFONY: 9.85-27 i 9.85-37.

## Zagadnienie wykonywania odczynu Bordet-Wassermanna i pekrewnych, w szczególności odczynu skłębkwania Müllera (M. B. R. II) u pracowników kolejowych.

DR. A. LIEBESMANN

D. O. K. P. Stanisławów

Gdy w roku 1930 na zjeździe lekarzy kolejowych w Katowicach wygłosiłem referat p. t. „Rozwiązanie zagadnienia chorób metaluetycznych w kolejnictwie” wnioski moje z wielu stron spotkały się z energicznym sprzeciwem. Nie było wówczas jeszcze mowy o tem, ażeby w naszym kolejnictwie zalecenia moje w czyn wprowadzić. Ba nawet odezwały się wtedy głosy, że niektórzy metaluetycy są mimo swego schorzenia jeszcze doskonałymi pracownikami, że usuwanie ich przyniosłoby im samym dużą moralną krzywdę, zaś kolejnictwu materialne straty. Z prawdziwą więc satysfakcją czytam ostatnio w Lekarzu Kolejowym artykuł Stryjeckiego p. t. „Dotychczasowe wyniki badania krwi na odczyn Bordet-Wassermanna u kandydatów na pracowników kolejowych Dyrekcji Warszawskiej”. Artykuł ten wykazuje, że zrobiono nareszcie wyłom w dotychczasowym systemie badania pracowników kolejowych. Słusznie Stryjecki podnosi, że jest to posunięcie ważne i celowe, nie tylko z punktu widzenia interesów kolei, lecz i ze względu na interes społeczny. Ponawiam więc swe w r. 1930 postawione wnioski i uzupełniam je w tym kierunku, że należy inicjatywę Sanitarjatu D. O. K. P. w Warszawie co do badania krwi na odczyn Bordet-Wassermanna dalej rozszerzyć na wszystkie Dyrekcje Kolejowe w Państwie Polskiem.

Taka decyzja, usprawiedliwiona teoretycznemi przesłankami oraz wynikami dotychczasowych badań w tym kierunku, postawi kolejnictwo polskie w pierwszym szeregu wśród państw europejskich.

Wiedziałem, że kwestja ta prędzej czy później musi wypłynąć, bo wypchnie ją samo życie. Postęp w każdej dziedzinie rozwija się

z szaloną zawrotnością. W każdym państwie widzimy zastosowania jak największej szybkości pociągów, ze względu na silną konkurencję aut i samolotów. Wobec tego zrozumiałem jest, że prowadzenie po pociągów jakoteż cała regulacja ruchu powinna spoczywać w rękach ludzi pod względem fizycznym i psychicznym bezwzględnie zdrowych. Wiadomem jest, że kiła wywołuje w różnych stadiach a więc i bez objawów zewnętrznych, zakłócenie w równowadze psychicznej; nie można więc wykluczyć, jak Stryjecki słusznie podaje, czy właśnie ta okoliczność nie była czasem przyczyną katastrof. Przecież nie przeprowadzono dotychczas u sprawców najrozmaitszych katastrof systematycznych badań co do kiły utajonej, a refleksje takie musiały się nasunąć choćby z racji ostatniej krew w żyłach ścinającej katastrofy pod Paryżem, w której setki ludzi postradało życie. I słusznie twierdzi Stryjecki: „Sprawa systematycznego i masowego badania krwi na odczyn Bordet-Wassermanna jest możliwą do rozwiązania w pełni tylko tam, gdzie względy tak zwanych kredytów nie zabijają wszelkiej nawet najbardziej aktualnej i doniosłej inicjatywy”. Przez stałe i systematyczne badanie pracowników kolejowych usunie się zawczasu ze służby ruchu niejednego chorego, a praca ta opłaci się, jeśli sobie uprzytomnimy, że jedna większa katastrofa spowodowana ewentualnie przez pracownika dotkniętego skutkami kiły kosztuje państwo tyle, że koszt takiej katastrofy pokryłyby na długie lata potrzeby wszystkich serologicznych laboratoriów w całym państwie. (Jeden parowóz nowoczesny kosztuje 400 tysięcy złotych).

Od roku 1930 do 1934 wykonałem w mojem prywatnem laboratorium 1128 badań krwi dla pracowników i członków ich rodzin Dyrekcji Okręgowej Kolei Państwowych w Stanisławowie, a wyniki przedstawia następująca tabela:

Rok	Ogólna ilość odczynów Wassermanna	Wyniki dodatkie	Procent	U ilu osobników stwierdzono blade krętki (ulcus. primarium)
1930	386	50	17.5%	4
1931	260	34	13.1%	1
1932	277	45	16.2%	0
1933	295	52	17.6%	6
Razem	1128	199	16.2%	11

Z tablicy powyższej widać, że procent z odczynem na Wassermanna dodatnim jest bardzo wysoki. Należy wziąć pod uwagę, że są to pracownicy względnie ich członkowie rodziny, którzy bądźto z własnej inicjatywy, bądźto przy badaniach perjodycznych, bądźto przypadkowo przy zwyczajnem badaniu u lekarza kolejowego, zostali skierowani do badania krwi na odczyn Wassermanna. Szereg pracowników kolejowych leczy się i bada sobie krew na odczyn Wassermanna nie u lekarzy kolejowych, boją się ewentualnych konsekwencji (usunięcie ze służby). Gdyby można powyższych badanych u lekarzy prywatnych wliczyć do statystyki, procent luetyków w naszej Dyrekcji byłby o wiele wyższy. W ciągu pięcioletniej mojej pracy przy kolei przekonałem się, że pracownicy kolejowi w służbie ruchu (maszyniści, konduktorzy, kierownicy pociągów) oderwani od życia rodzinnego narażeni są w bardzo znacznym stopniu na choroby weneryczne.

Zachodzi pytanie skąd się wzięła tak wielka ilość chorych na kiłę w naszej Dyrekcji? Wiele przyczyn na to się złożyło. Z tych najważniejsze są:

1) W niektórych okolicach Pokucia panuje kiła endemicznie. (Dolina Prutu, Kosów).

2) Obszar Dyrekcji stanisławowskiej był terenem wojennym, zajmowanym kolejno przez oddziały różnych armji, tak podczas wojny światowej, jak następnie podczas inwazji ukraińskiej i wojny polsko-bolszewickiej, skutkiem tego najbardziej narażonym na spuszczenia materjalne, jakoteż znaczne szerzenie się chorób zakaźnych i wenerycznych.

Przechodząc do samych badań, nadmienię, że obok odczynu Wassermanna wykonuję conajmniej dwa odczyny pokrewne n. p. odczyn zmętnienia Meinickego (M. T. R. Meinicke Trübungsreaktion), odczyn wyjaśnienia Meinickego (M. K. R. Meinicke Klärung Reaktion), odczyn citocholowy Sachs,—Witebsky'ego i wreszcie jedną z najczulszych Müllera odczyn skłębkwania (M. B. R. II Müller Ballung Reaktion). Wiadomem jest, że czasem odczyn Wassermanna daje nie specyficzne wyniki dodatnie, jednakowoż dotychczas nie wiemy co to za ciała wiążą dopełniacz; z drugiej zaś strony ujemny Wassermann nie wyklucza kiły. Z postępem nauki twierdzenie to zostało ściśnięte—zredukowane przez szereg nowo-wykrytych metod bardziej prostych, niż odchylenie komplementu—do nich należą: odczyn Sachs-Georg'ego, Meinickego, Kahna, Müllera i innych.

Ze względu na doniosłe znaczenie powyższych metod w odkrywaniu kiły wogóle a temsamem u pracowników kolejowych, zatrzymam się nieco nad powyższemi metodami. We wszystkich powyżej



wymienionych odczynach kłaczkowania chodzi o to, ażeby można danem badaniem wykazać nawet ślady antyciał kiły. Zasadniczą miarą dobrego wyniku wszystkich metod kłaczkowania jest sporządzenie dobrego i dokładnego antygenu, wyciągu alkoholowego z serca wołowego. Statystyki wykazują, że większość wyników odczynu Wassermanna odpowiada wynikom wszystkich metod kłaczkowania, jednakowoż w wypadkach gdzie organizm ma mało antyciał kiły, metody skłaczkowania stoją wyżej, bo dają wynik specyficznie dodatni, tam gdzie Wassermann jest ujemny. Celem ujednostajnienia sprawy, jakie metody skłaczkowania wśród licznych obok Wassermanna należy używać w serodiagnostyce kiły — Komitet Hygieny przy Lidze Narodów zwołał konferencję serologów w roku 1923, a następnie poraz drugi w roku 1928 do Kopenhagi, gdzie rozstrzygnąć miano powyższą kwestję. Rozstrząsano sprawę również w r. 1930 na zjeździe najpoważniejszych serologów świata w Montevideo. Wnioski były wszędzie jednakowe, mianowicie, że obok odczynów Wassermanna należy wykonać kilka odczynów skłaczkowania. W pierwszym rządzie Müllera odczyn skłębkwania M. B. R. II., Kahna i Meinickego.

Müllerowi później się udało jeszcze bardziej udoskonalić swoją reakcję tak, że należy ją dzisiaj uważać za jedną z najczulszych odczynów skłaczkowania. Chcąc bliżej zapoznać się z odczynem Müllera — wyjechałem do Wiednia, gdzie dzięki nadzwyczajnej uprzejmości Prof. R. Müllera zapoznałem się z jego metodą pod jego osobistą kontrolą w Serodiagnostische Station des Allgemeinen Krankenhaus in Wien. Materiał był tam bardzo obfity i z pewnością miarodajny, skoro instytut wykonywał około 500 analiz dziennie. Przekonałem się tam o nadzwyczajnej czułości tego odczynu, przyczem muszę podnieść, że odczyn ma tę wyższość nad Sachs-Georgim, Meinickiem i innemi, że już po 4 godzinach po wykonaniu można przystąpić do odczytania odczynu.

Ostatnie badania wykazały, że przy badaniu płynu mózgowo-rdzeniowego należy zawsze obok odczynu Wassermanna wykonać odczyn skłębkwania Müllera, gdyż często tam gdzie odczyn Wassermanna przy płynie mózgowo-rdzeniowym jest ujemny, odczyn skłębkwania jest specyficznie dodatni. Do wykonania odczynu skłębkwania Müllera (M. B. R. II) potrzebny jest odpowiednio sporządzony ekstrakt alkoholowo-cholesterynowy specjalnie dobranych wołowych mięśni sercowych. Roztwór koloidalny antygenu-rozcieńczony jest dwuczasowo zasadowym roztworem soli fizjologicznej (0.03% alkalicznie). Sól fizjologiczną należy każdorazowo przygotować, gdyż często zarasta drobnoustrojami.



*Technika:* 2 cm.<sup>3</sup> antygenu daje się do próbówki o wymiarze 16 mm. średnicy i około 90 mm. wysokości a następnie rozcieńcza się zasadową solą fizjologiczną, której temp. wynosi 17°. Bezpośrednio potem miesza się zawartość próbówki przez odwrócenie jej o 180°. Probówkę zostawia się przez 12 minut na miejscu. Następnie rozcieńcza się jeszcze 25 cm. zasadową solą fizjologiczną. W tym celu bierze się 5 cm.<sup>3</sup> dojrzałego antygenu do suchego naczynia szklanego o wymiarze około 50 mm. i z drugiego naczynia szybko wlewa się przygotowany płyn 25 cm soli fizjologicznej. Wskazaniem jest ściśle zachowanie przepisów jak n. p. wielkość naczynia, temperatura soli fizjologicznej itd.

W międzyczasie przygotowuje się surowicę czynną badanego w ilości 0.25 i 0.35 cm<sup>3</sup> w próbkach około 8 mm średnicy — nie mogą być wyższe niż 7.5 mm., ani szersze ponad 9 mm. W razie małej ilości surowicy robi się tylko w jednej próbówce 0.35 cm<sup>3</sup>. Do rozlanej surowicy unieczynnionej w 56° dodaje się przygotowany poprzednio antygen po 0.5 cm.<sup>3</sup> do każdej próbówki, miesza się przez obrót próbówki o 180° a następnie daje się do łaźni wodnej w temperaturze 55° do 56°. Wyższa temperatura jest szkodliwą dla odczynu, gdyż może rozłożyć koloidalny roztwór. Po 15 minutach wybiera się z łaźni wodnej i zostawia się próbówki w temperaturze pokojowej. Zostawiamy stelarz z próbkami na spokojnem miejscu i w ten sposób cały odczyn jest gotowy.

W silnie reagujących surowicach można obserwować już w pierwszej godzinie tworzący się kłębek barwy białawo-żółtawej. Surowice słabiej reagujące wykazują po godzinie drobne kłaczki, które w następnych trzech godzinach zbijają się w kłębek. Po czterech godzinach cały odczyn jest gotowy, poczem przystępujemy do odczytywania próby: a więc po czterech godzinach, jeśli tworzy się wyraźny kłębek zawieszony w płynie, oznaczamy jako wynik dodatni+++ , jeśli się kłaczki zbijają w niekształtną chmurę, natenczas wynik jest niepewny, podejrzany+ —, a jeśli roztwór jest jednostajny, koloidalny, barwy białawej, natenczas oznaczamy to jako wynik ujemny—.

Z płynem mózgowo-rdzeniowym postępuje się nieco odmiennie: 6 cm.<sup>3</sup> nieczynnego płynu mózgowo-rdzeniowego dodaje się 0.3 antygenu — przez 10 minut do łaźni wodnej o temperaturze 56° następnie zostawia się w temperaturze pokojowej i odczytuje się jak surowice.

Celem przyspieszenia reakcji Müller zaleca metodę centryfugowania a więc bezpośrednio po wybraniu z łaźni wodnej centryfuguje się przez 5—10 minut przy obrotach 2500—3000 centryfugi odpowiednio sporządzonej. Wyjęte z wirówki próbówki o luetycznych surowi-

cach wykazują wyraźne drobne kłaczkki, które do godziny zbijają się w większe, a następnie w kłębek.

W całej technice odczynu Müllera, najmniejsza omyłka, względnie niedotrzymanie odpowiednich przepisów doprowadza do nieudania się reakcji. (O odczynach kłaczkiwania przygotowuję osobny referat).

Wracając do uwag podanych na wstępie dzisiejszej pracy podnoszę z naciskiem, że:

1) badania krwi u pracowników kolejowych na odczyn Wassermanna zwłaszcza u tych, których służba jest nadzwyczaj odpowiedzialną, więc maszynistów, palaczy, kierowników pociągów, zawiadowców stacji, dyżurnych ruchu, przetokowych, zwrotniczych i t. p. winny być przymusowe. Taksamo winien być Wassermann przeprowadzony również u kandydatów do służby związanej z ruchem pociągów,

2) dotychczasowe doświadczenia badań (odczyn Bordet-Wassermanna) przeprowadzonych u kandydatów na pracowników kolejowych w Dyrekcji Okręgowej Kolei Państwowych w Warszawie winny być wzięte pod uwagę,

3) obok odczynu Wassermanna winny być dla kontroli wykonane conajmniej dwa odczyny kłaczujące.

Przez te zarządzenia uniemożliwi się przyjęcie do służby kolejowej osobników cierpiących na długotrwałe choroby, a uchroni się Skarb Państwa od uciążliwych nieraz kosztów, chorzy zaś będący już w służbie będą pod ścisłą kontrolą tak, że z jednej strony zmusi się ich do jak najwcześniejszego i energicznego leczenia, z drugiej zaś wkraczając w życie osobiste pracownika czuwać będziemy nad dobrem i bezpieczeństwem publicznem.

---

## Uwagi o organizacji rejonów lekarskich

DR. CZ. CZECHOWICZ

Lekarz Sanitarny D. O. K. P. Radom

14 lat fachowej pracy kolejowej, — 5 w Dyrekcji Warszawskiej i 3 w Dyrekcji Poznańskiej na stanowisku lekarza rejonowego, zatem 6 lat jako lekarz sanitarny Dyrekcji Radomskiej, jednocześnie zastępcą Naczelnika Wydziału Sanitarnego, — dały mi możliwość zapoznania się, mogę twierdzić gruntownego, z obecnym sposobem organizacji pomocy lekarskiej na kolejach polskich. Wieloletnie tak doświadczenie osobiste jak różnorodne obserwacje dają mi prawo twierdzić, że—co do pomocy lekarskiej—jeszcze dotychczas nie wszystko i nie wszędzie jest należycie zorganizowane.

W niniejszym artykuliku chciałbym poruszyć tylko kwestję podstaw, że tak powiem, do wykreślenia granic rejonów, organizacji i takowych i rozmiarów pracy lekarza rejonowego.

Tego, co będę dalej mówić, nie uważam wcale za definitywne rozstrzygnięcie tej kwestji; przedkładam tylko swe myśli ku rozważaniu Szanownym Kolegom-czytelnikom. Może to będzie ziarnem, które z czasem wyda zdatny do użytku plon.

A więc, przy organizowaniu rejonów lekarskich należy, zdaniem mojem, kierować się przede wszystkim następującymi wytycznymi:

- 1) korzystanie z pomocy lekarskiej musi być ułatwione ad maximum; pomoc ta winna być o ile można zbliżona do chorego;
- 2) należy dążyć do największego zmniejszenia marnotrawstwa czasu, spowodowanego przejazdami lekarza do chorego lub odwrotnie;
- 3) stała pomoc lekarska nie może być zastępowana żadnymi jej surogatami (felczerzy, sanitariusze);
- 4) personel lekarski musi być należycie wykorzystany, lecz bez uszczerbku dla siebie, zwłaszcza by nie był przemęczony lub wyczerpany fizycznie przez nadmiar pracy.

Dążenie do ustalenia normy przeciętnej rozległości rejonu, a tem samem pracy lekarza, na podstawie tylko dwóch czynników—kilometrażu i zaludnienia — uważałbym za błędne. Co z tego że rejon będzie miał przeciętną, ustaloną zgóry, ilość osób upoważnionych do korzystania z pomocy lekarskiej, a kilometraż jego wyniesie również teoretycznie przyjęte 100—150 kilometrów — gdy jeden wyjazd do chorego na krańce rejonu wymaga 6—8, a czasem i 10—12 godzin.

Chcąc należycie opracować to zadanie i ustalić właściwy kilometraż trzeba najpierw dobrze przestudjować rozkład jazdy pociągów nie tylko osobowych, lecz także i towarowych, tak zwanych pośpieszno-towarowych, czyli tranzytowych. Z tablicą w ręku rozkładu jazdy tych pociągów określić dla każdej poszczególnej stacji czas potrzebny na przejazd lekarza, jak w jednym kierunku tak i w drugim. Wówczas tylko można będzie wywnioskować, jakie muszą być granice rejonu. Pod uwagę trzeba brać również wszystkie siedziby lekarzy niekolejowych, zamieszkałych na danym szlaku, którzy mogliby być zaproszeni w charakterze pomocniczych lekarzy kolejowych.

Podstawą do wykreślania granic każdego poszczególnego rejonu, względnie jego części składowych (nazwijmy to podrejonem lub odcinkiem lekarskim), inaczej mówiąc ustalenie rozmiaru pracy lekarza rejonowego musi być osnute na możliwości szybkiego przyścia z pomocą choremu, zamieszkałemu na szlaku poza siedzibą lekarza rejonowego.

Ilość czasu potrzebna do załatwienia jednego wyjazdu tam i z powrotem nie powinna przekraczać  $1\frac{1}{2}$ —2 godzin; mam tu naturalnie na myśli chorych nie wymagających większych zabiegów. Ten warunek może być zachowany zależnie od rozkładu jazdy pociągów, który o ileby ulegał zmianie to trzeba przypuszczać ku lepszemu.

Ambulatoryjne przyjęcia chorych nie powinny przekraczać 2-ch godzin dziennie.

Wizytacja chorych obłożnie w miejscu zamieszkania lekarza też winna zająć około 2-ch godzin.

W ten sposób lekarz rejonowy byłby normalnie zatrudniony pracą kolejową przeciętnie przez 6 godzin dziennie. Pozatem miałyby wolny czas na dodatkowe zarabkowanie, bądź to pracując w innych organizacjach społecznych czy samorządowych, albo zajmując się praktyką prywatną, co byłoby źródłem powiększenia jego zarobku materialnego.

A biorąc pod uwagę że na stanowisku swoim lekarz rejonowego ma jakby stały 24-godzinowy dyżur we dnie i w nocy, uważam iż wymienione przed chwilą normy pracy nie mogą być uznane za



małe co do ogólnego rozmiaru pracy, jakiej można byłoby wymagać od lekarza kolejowego.

Celowo pomijam inne momenty pracy, jakie mogą istnieć poza wykazanymi wyżej, jakto nagłe wezwanie do chorego (nawet nocne), badania z urzędu, rewizje sanitarne rejonu, prowadzenie kancelarii i t. d. Praca ta, nie mając cech zjawisk stałych codziennych, stanowczo może ułożyć się w ogólnej masie pracy codziennej, nie obciążając zbyt znacznie lekarzy rejonowych.

Jednocześnie takie warunki pracy lekarza kolejowego, przy tak małym obecnie uposażeniu służbowym, dałyby możliwość kumulowania posad lekarskich, zwłaszcza na mniejszych stacjach w pobliżu miast powiatowych lub miasteczek, gdzie są instytucje lekarskie samorządowe lub społeczne (kasy chorych, sejmiki).

Przy takich warunkach Dyrekcje łatwo mogłyby znaleźć lekarzy prywatnych, kasowych czy sejmikowych celem obsadzenia podrejonów lub odcinków lekarskich. Naturalnie, że wówczas te posady należałoby traktować jako dodatkowe źródło zarobku dla nowoprzyjmowanych lekarzy, już mających posadę podstawową, i zależnie od zaludnienia i kilometrażu — opłacać mniej niż stałych lekarzy rejonowych.

Jednocześnie muszę zastrzec się, iż nie przesądzam kwestji administrowania rejonem lekarskim. To znaczy iż nie obstać za tem, że każdy poszczególny rejon musi być koniecznie podzielony na podrejony, względnie odcinki, i tem samem mieć kilku lekarzy. Mogą powstać małe rejony z jednym lekarzem administrującym samodzielnie; lecz również można utworzyć rejony z kilkoma lekarzami. W tym ostatnim wypadku ośrodkiem administracyjnym winna być siedziba lekarza rejonowego, który musi być uważany, powiedzmy, za gospodarza-reprezentanta całego rejonu; reszta zaś lekarzy — z podrejonów lub odcinków — będą w stosunku do niego poniekąd uzależnieni. Stosunek ten nie tylko może ale musi być ściśle określony specjalną instrukcją, resp przepisami.

Na zakończenie przytoczę przykład, osobiście mi znany, w jednej Dyrekcji. Siedziba jednego lekarza jest w A — drugiego o 50 kilometrów w B. Granica rejonów przechodzi za sygnałem stacji C (pierwsza od B), która należy do rejonu B. Dróżnik mieszkający  $1\frac{1}{2}$  kilometr. za C należy już do A. Przyjazd do niego lekarza z A wymaga 4—5 godzin, wtenczas gdy lekarz z B mógłby załatwić to w niespełną godzinę.

---



## Streszczenia i oceny

*R. Pièdelièvre i P. Etienne-Martin* **Pociski błędzące. Warunki wędrowania kul w naczyniach krwionośnych.** (Presse médicale Nr. 87, r. 1933).

Pociski, które trafiają do organizmu, mogą wejść w kontakt z grubszymi naczyniami krwionośnymi, przebić je i wówczas mogą być przeniesione prądem krwi w miejsca odległe. Pociski takie nazywa się pociskami błędzącymi.

Fakt ten ma duże znaczenie w medycynie sądowej. Wędrówka pocisku odbywać się może drogą tętnic lub grubszych żył.

I. *Wędrowanie drogą tętniczą.* Obserwacje są dość liczne. Opisany jest przypadek postrzału w okolicę prawej łopatki ze znalezieniem kuli w dolnej połowie lewej tętnicy udowej. Odgrywa tu rolę znaczna tolerancja organizmu na obce ciała. Wędrówka kul w układzie tętniczym odbywa się najczęściej w kierunku tętnicy biodrowej względnie udowej, przeważnie po stronie lewej. Nie można z pewnością określić, czy to jest okoliczność przypadkowa, czy też uwarunkowana stosunkami anatomicznymi. Zapewne wysokość ciśnienia tętniczego ma tu duże znaczenie; prąd krwi porywa obce ciało i unosi je na obwód, nawet przy podniesieniu kończyny do góry, co stwierdzono doświadczalnie na psie.

II. *Wędrowanie drogą żylną.* Pocisk przebiwszy żyłę już po nałożeniu haemostazy, dostaje się do prawego serca, gdzie notowano jeszcze pewną tolerancję organizmu na obce ciała.

Zachodzi tu większa różnorodność, aniżeli w wędrówce pocisków w układzie tętniczym. Waga pocisku góruje niekiedy nad prądem krwi. Przesuwanie się pocisku zależy od oporu, tarcia i pociągania, zachodzących w świetle naczynia krwionośnego.

Najciekawsze i najtrudniejsze do rozwiązania jest zagadnienie samego sposobu dostania się pocisku do naczynia krwionośnego. Wydaje się rzeczą niemożliwą, ażeby kula nowoczesnej broni, przebijając

jąc przednią ścianę naczyń, nie uszkodziła jednocześnie tylnej. Autorzy dokonali szeregu doświadczeń, strzelając z karabinu do rury kauczukowej, elastycznej, przez którą przeprowadzano prąd wody.

Otóż przekonano się, że kule z różnych odległości przebijały obydwie ściany, nie dostawszy się do światła naczyń. Natomiast, gdy za tylną ścianą rury umieszczono deseczkę, w ścisłym z nią kontakcie, analogicznie do aorty, opierającej się na kręgosłupie, wówczas przekonano się, że kula przebijała w przeważnej ilości doświadczeń przednią ścianę naczyń i zostawała unoszona prądem wody. Na tylnej ścianie rury pozostawał tylko ślad uderzenia lub niewielkie jej pęknięcie, względnie taki ślad znajdowano tylko na umieszczonej deseczce. Podobna więc okoliczność zachodzi przy postrzale tętnicy głównej lub żyły próżnej, opierających się na kręgosłupie. Gdy pocisk dostaje się do tych naczyń ulega jakby odbiciu w świetle naczyń od tylnej jego ściany, mającej oparcie, jak wspomniano, na kręgosłupie.

*W. Ehrenkreutz.*

*G. S. Demianow. O nowym objawie rozpoznawczym lumbago.* (Presse médicale Nr. 93, r. 1933).

Liczne cierpienia w okolicy lędźwiowej natury mięśniowej, nerwowej, kostnej powodują znaczne trudności w ich rozpoznawaniu, zwłaszcza, jeśli cierpienie tyczy się tej lub innej grupy mięśniowej. Najczęściej w tym ostatnim przypadku mamy do czynienia z cierpieniem mięśnia krzyżowo-lędźwiowego (m. sacrolumbalis) jako najbardziej czynnego w okolicy lędźwiowej i najczęściej wystawianego na przeziębienie i inne obrażenia zewnętrzne.

Zapalenie mięśnia krzyżowo-lędźwiowego, poza silnymi nieraz bólami nie daje prawie żadnych objawów przedmiotowych, jak obrzmienie, sztywność i t. p. Stąd mamy trudności rozpoznawcze w wypadkach lumbago, a zwłaszcza przy różniczkowaniu z rwą kulszową.

Na drodze obserwacji autorowi udało się uchwycić objaw rozpoznawczy, podobny do objawu Lasegua i często z nim mieszany. Objaw ten można otrzymać w przypadku lumbago, kolejno zginając w stawach biodrowych w pozycji leżącej kończynę dolną. Przy uniesieniu kończyny do pewnego poziomu chory zaczyna odczuwać silny ból. Ból ten zależy bądź od naciągania chorego nerwu kulszowego i jest wówczas umiejscowiony w okolicy krzyżowej i na przebiegu nerwu, bądź też od naciągania chorego mięśnia krzyżowo-lędźwiowego na skutek obniżania przy tym ruchu tylnego brzegu miednicy. Jeżeli podczas podnoszenia kończyny dolnej miednica będzie usta-

lona przez ucisk drugiej ręki badającej na przedni kołek kości biodrowej, to ból od naciągania mięśnia znacznie się zmniejszy lub ustąpi zupełnie (przy lumbago). Natomiast przy rwie kolszowej ból się nie zmniejszy, a przeciwnie może się zwiększyć. Badanie to przeprowadza się z obu stron każdorazowo przy unieruchomieniu miednicy lub bez niego. Można w ten sposób odróżnić rwę kulszową od lumbago, względnie wykryć przypadki mieszane: z jednej strony — ischias, z drugiej — lumbago. W przypadku jednoczesnego lumbago i rwy kulszowej po stronie chorej objaw będzie ujemny; występuje tylko objaw Lasegua, z drugiej strony zaś — dodatni. W rzadkich przypadkach obustronnych objaw opisywany będzie obustronnie ujemny, a występuje jedynie wybitnie objaw Lasegua. Nie zmniejsza to jednak jego znaczenia w przebiegu zwykłych postaci tych cierpień.

W. Ehrenkreutz.

*R. Busrniere. Nosiciele zarazków chorób wenerycznych.* (Presse médicale Nr. 104, r. 1933).

Powszechnie znana jest rola nosicieli zarazków w rozszerzaniu się chorób zakaźnych. Osobnicy napozór zdrowi mogą roznosić bakterje błonicy, zapalenia opon mózgowych i t. p., nie zapadając sami na te cierpienia. W wenerologii teoria nosicieli zarazków nie jest dawna i nie przez wszystkich autorów uznawana. Nowsze badania doświadczalne posunęły tę sprawę znacznie naprzód. Autor rozpatruje kwestję nosicieli zarazków w przebiegu czterech chorób wenerycznych: rzeżączki, wrzodu miękkiego, syfilisu i ziarniniaka pachwin.

*Rzeżączka.* Wiadomo jest oddawna, że gonokok może przetrwać długie miesiące na śluzówkach organów płciowych po miesiącu jawnych objawów klinicznych. Zarazek przenika do kanału moczopłciowego gruczołów Bartholiniego lub do gruczołu krokowego, gruczołów Coopera, pęcherzyków nasiennych macicy i jajowodów. Mężczyźni napozór zupełnie wyleczeni po kilku a nawet kilkunastu latach bez jakiegokolwiek powtórnego zarażenia się, na skutek tylko nadużycia alkoholowego lub przeziębienia spostrzegają znów wyciek z cewki. Jedynie niekiedy badanie moczu i nasienia w tym ukrytym okresie wykazuje obecność gonokoków. U kobiet zdarza się to częściej. W tym okresie utajonym mogą one nie wykazywać żadnych zmian chorobowych i zarażać swych partnerów. Niekiedy same po dłuższym czasie zapadają na zapalenie przydatków, stawów itp. Gonokok może być wykryty w cewce moczowej przed wystąpieniem pierwszych objawów choroby, a więc w okresie wylegania się.

W tym to okresie osobnik może zarażać. Okres ten trwa od

czterech dni do trzech tygodni lub trzech miesięcy (Janet, Prochowicz). Co się tyczy kobiet, szczególnie prostytutek w ruchliwych domach publicznych, gdzie między jednym gościem a drugim prostytutka niema czasu przeprowadzić odpowiedniej tualety, jej pochwa odgrywa według wyrażenia Janeta rolę „niechlujnego naczynia“ dokąd jeden partner składa swoje gonokoki, które rozdzielane są następnym, zarażając ich, gdy tymczasem same kobiety nie zapadają na rzeżączkę.

Aby wytłumaczyć brak obrażeń śluzówek, pomimo obecności gonokoków, powołują się na odporność miejscową i ogólną.

W stanie normalnym zachodzi równowaga między bakteriami, a organizmem uodpornionym, lecz pod jakimkolwiek zadziałaniem może nastąpić zerwanie tej równowagi i tak np. u młodych dziewcząt, wyleczonych z zapalenia pochwy i sromu, spostrzegano ponowne rozwinięcie się tego cierpienia po ciężkiej anginie, błonicy, co dowodzi przechowania się izolowanych zarazków. Opisywano przypadek powstania ropnia, zawierającego gonokoki, po 12 dniach od operacji usunięcia wyrostka robaczkowego u osobnika, który przed 10 laty przechodził rzeżączkę.

Oprócz odporności, niektórzy autorzy dla wytłumaczenia nosicielstwa powołują się na zmniejszoną zjadliwość zarazków. Janet nie podziela tego poglądu i stwierdza, że zarazki u kobiet, chociaż osłabione i nieliczne, mogą jednak po przeniesieniu ich na mężczyznę wywołać rzeżączkę.

*Wrzód miękki.* Szereg faktów przemawia za saprofityzmem zarazka Ducreya. U wielu osobników leczonych normalnie po 15—20 dniach stwierdzono odnowienie się choroby. Spotykano chorych, którzy niegdyś mieli wrzód miękki nie wykazywali już żadnych zmian chorobowych, zarażali jednak swych partnerów. Gougerot zwrócił uwagę na późne powstawanie wrzodu po zakażeniu. Trzeba przyjąć w tych wypadkach, że bacillus Ducreya, złożony na narządach płciowych nie przeniknął wgłąb tkanek, a żył jak saprofit, nieuszkadzając naskórka przez dłuższy czas.

Możliwe jest, że zarazek wytworzył szczelinę w naskórku, bądź też uczulił organizm, mający dotąd odporność naturalną lub nabytą. Inny fakt, przemawiający na korzyść saprofityzmu zarazka Ducreya, jest rzadkie spotykanie wrzodów miękkich u kobiet, nawet zarażonych. Mogą one jednak zarażać mężczyzn. Nim wykluczymy zdolność zarażania u takiej prostytutki, należy pomimo braku widocznych zmian na organach płciowych, zbadać mikroskopijnie wydzielinę pochwową, gdzie pomiędzy obfitą florą bakteryjną nieraz trudno jest wykryć za-



razek Ducreya i trzeba zastosować rozpoznawcze szczepienie do-skórne według metody Ravaut.

*Syfilis.* Liczne są wypadki zarażania syfilisem przez osobników, wykazujących dodatnią reakcję Wassermanna we krwi bez najmniej-szych widocznych zmian klinicznych. W innych wypadkach tylko Wassermann płynu mózgowo-rdzeniowego był dodatni. Tłumaczy się to obecnością spirochet w płynach ustrojowych osobnika zarażające-go, czego najlepszym dowodem są przypadki zarażania syfilisem przy transfuzjach krwi od osobników chorych. Opisywano przypadki wylę-gania przedłużonego wrzodu syfilitycznego (60—97 dni). Wyglądało to, jakby zarazek żył pewien czas, jako saprofit na śluzówce, nim przeniknął wgłąb i wytworzył wrzód. Zarazek może również przeby-wać w śluzie szyjki macicznej bez wytwarzania zmian swoistych. Czy pochwą podobnie jak przy wiewiorze, według Janeta może odgrywać rolę t. zw. „niechlujnego naczynia“ u prostytutek? Otóż badania wy-kazały w normalnych warunkach trwałość zarazka w pochwie do 2-ch tygodni, co wystarczałoby u prostytutki do zarażenia partnera.

Ta krótkotrwałość zarazka tłumaczy się oddziaływaniem nań kwaśnego odczynu pochwy, co nie dopuszcza do tworzenia się w niej wrzodu, gdy tymczasem przedsionek, śluzówka warg sromowych, chociaż wykazują odczyn kwaśny, częściej są siedliskiem wrzodów syfilitycz-nych. Tłumaczy się to tem, że alkaliczna wydzielina gruczołów Bar-toliniego podczas stosunku neutralizuje kwaśny odczyn przedsionka i warg. Ułatwia to zarazkowi do przenikania wgłąb śluzówki i do jej uszkodzania.

*Ziarniniak pachwin.* Według badań Nicole-Favra, Duranda, nowe to cierpienie weneryczne wywołuje zarazek niewidoczny, przesączal-ny, ginący w temp. 60° C. Dla człowieka reakcja Freia jest uważana, jako specyficzna dla omawianego cierpienia i zawsze wtedy dodatnia.

Podobnie, jak wrzód miękki i ziarniniak rzadko występuje u ko-biet. Natomiast reakcja Freia u prostytutek bywa często dodatnia bez zmian swoistych. Kobieta może być zarażona przez chorego męż-czyznę; sama nie choruje a zaraża innych. Kobieta i w tym wypadku jest nosicielem zarazków.

Z powyższych rozważań wynika, iż taki osobnik może być uwa-żany za nosiciela zarazków chorób wenerycznych, który nawet pomi-mo braku oznak klinicznych i serologicznych, wykazuje obecność bakterij swoistych dla omówionych cierpień na śluzówkach narządów płciowych, pozornie zdrowych.

W. Ehrenkreutz.



## Zjazd XLII. Francuskiego Towarzystwa Chirurgicznego.

Zjazd ten odbył się w Paryżu od 9 do 14 października ub. roku. Przewodniczył prof. Leriche (z Lyonu), który swe przemówienie inauguracyjne poświęcił szefowi swemu A. Poncet'owi, poczem wygłosił poglądy swe na chirurgję nowoczesną oraz na metodykę badań i pracy w tej dziedzinie.

Temat pierwszy.

### Chirurgja gruczołów przytarczycowych.

I. *Hypoparathyroidismus. Referent Welti (Paryż)*. Pomimo, że pod względem liczby, kształtu, położenia i stosunku względem siebie zachodzi wielka różnorodność, gruczoły te są położone dosyć symetrycznie. Zidentyfikowanie ich jest rzeczą łatwą, gdyż ich cechy morfologiczne są dostatecznie ostro zarysowane. Tętnica gruczołu jest tu zawsze końcową i podwiązanie jej prowadzi do nekrozy narządu. Nie należy liczyć na gruczoły przytarczycowe wewnętrzne ani na gruczoły daleko położone, jeżeli pragnie się uniknąć tęcza w razie uszkodzenia gruczołów przytarczycowych zewnętrznych, ponieważ nie mogą one zastąpić w czynności swej gruczołu uszkodzonego.

*Badania anatomo-kliniczne.* Częste występowanie tężyczki w następstwie operacji na C. T. zmniejszyło się znacznie w miarę zwiększenia się postępu w technice. Trzeba jednak mieć na względzie postaci ukryte, nie dające żadnego objawu w ciągu bardzo długiego czasu (lat całych), a w końcu prowadzące do zgonu. Usposabiają do tego zabiegi powtarzane, zabiegi obustronne, usuwanie, połączone z trudnościami.

Autor dochodzi do przekonania, że zubożenie krwi w wapno, będąc najbardziej charakterystyczną zmianą biologiczną, bywa bardziej następstwem niż przyczyną tężyczki. Określanie ilości wapna we krwi posiada duże znaczenie, pozwalając określić stopień ciężkości zmian i ocenić wynik stosowania środków leczniczych.

Pod względem klinicznym odróżniać trzeba kilka postaci tężyczki. 1) Postać ostrą. Objawy tej postaci rozpoznaje się wogóle w ciągu pierwszych dni po operacji. Polegają one na uczuciu niepokoju, na złem samopoczuciu, podnieceniu. Po tych objawach występują napady skurczów mięśni rąk i twarzy, nadwrażliwość nerwów obwodowych na prąd elektryczny, nadwrażliwość nerwowo-mięśniowa, objawy klasyczne Trousseau'a i Chvostek'a, w końcu zbiór objawów ogólnych świadczących o zatruciu wysokiego stopnia. Zjawiska toksyczne mogą przeważać, stanowiąc specjalnie ciężkie postaci kliniczne.

2) Tężyczka przewlekła. Występuje ona albo jako dalszy ciąg postaci ostrej, albo też zjawia się od początku jako przewlekła, za-

znacząc się napadami kontraktur, występującymi w odstępach mniej lub bardziej znacznych. W przerwach można rozpoznać tę postać jedynie na zasadzie obecności objawu Chvostek'a, badania prądem elektrycznym i określenia ilości wapna we krwi. W każdym bądź razie objawy niewydolności gruczołów przytarczycowych takie, jak łatwo występujące rozdrażnienie, niepokój, uczucie mrowienia, zawroty głowy, bladość, zaburzenia w trawieniu, niemiarowość akcji serca, już samo przez się pozwalają przypuszczać istnienie tej postaci. Jest ona nadzwyczaj uporczywa, opierając się wszelkim zabiegom leczniczym.

*Leczenie.* 1) Leczenie środkami terapeutycznymi. a) W tężyczce ostrej leczenie polega głównie na podawaniu soli wapna w dawkach dużych i na zastrzykiwaniu specjalnego hormonu—parathormon'u Collip'a. Wyciągi z tarczycy do pewnego stopnia mogą również poprawić stan chorego. b) W tężyczce przewlekłej opoterapia małymi dawkami przetworu gruczołowego, zastosowanie witaminy D i leczenie światłem słonecznem stanowią podstawę leczenia. Zaleca się stosowanie hormonu tylko w postaciach cięższych, ponieważ zbyt długie stosowanie tego środka prowadzi do przyzwyczajania się doń.

2) Przeszczepianie gruczołów przytarczycowych, o ile można wnioskować na zasadzie najbogatszej statystyki Eiselberg'a, nie pozwala przypuszczać, by poza chwilową poprawą można było spodziewać się tu trwalszych wyników dodatnich.

3) Zapobieganie tężyczce. Wobec wszystkiego, co zostało powiedziane powyżej w sprawie leczenia, dojść trzeba do wniosku, że najlepiej jest zapobiegać tężyczce. Zapobieganie polega na stosowaniu szeregu środków ostrożności w czasie dokonywania operacji na gruncie tarczowym, mających na celu uniknięcie skałeczenia gruczołu przytarczycowego. Według rad de Quervain'a należy a) oszczędzać otoczkę tylną i tkankę tarczycy, przylegającą do tej otoczki; b) operować przy zachowaniu daleko posuniętego tamowania krwawienia, by nie nakładać kleszczyków na „chybi-trafi”. W przypadku raka C. T., o ile nowotwór przeszedł już na otoczkę, lepiej jest skierować chorego do leczenia promieniami Roentgen'a.

II. *Hyperparathyreoidismus*. Referent tego tematu, Jung ze Strasburga, wymienia siedem głównych objawów tego stanu: nadmiar wapna we krwi, nadmiar wapna w moczu, zmniejszenie się ilości fosforu we krwi, zwiększenie się ilości fosforu w moczu, odwapnienie kości, zmniejszenie się napięcia mięśniowego, zmniejszenie się pobudliwości nerwowo-mięśniowej.

*Badania doświadczalne.* Hyperparathyreoidismus można wywołać sztucznie u zwierząt, zastrzykując wyciągi P. T., bardziej zaś prze-

szczepieniem odnośnych gruczołów. W hyperparathyreoidismus sztucznie wywołanym iniekcjami wyciągów P. T. zawartość wapna we krwi może wzrastać do 0,200 i więcej w litrze (normalnie 0,090—0,100). Fosfor nieorganiczny we krwi, którego ilość tu waha się od 0,025 do 0,035 w litrze (u dorosłych, i może dochodzić do 0,050 u wzrostków i dzieci), w hyperparathyreoidismus sztucznym zmienia się odwrotnie w porównaniu z wapnem. W każdym bądź razie jednak w okresie końcowym i w przypadku ciężkiego zatrucia występuje nadmiar fosforu we krwi. W moczu pod wpływem działania na organizm wyciągów P. T. zwiększa się ilość wydzielanego wapna i fosforu, w kale zaś pozostaje bez zmian. W kościach zastrzykiwanie wyciągu P. T. wywołuje objawy łącznotkankowego zapalenia tych narządów—powstają zmiany o tym samym charakterze, co i w chorobie Recklinghausena.

*Badania nad gruczolakiem parathyreoidowym.* Referent poza dokładnem badaniem anatomicznem i histologicznem takiego gruczolaka oraz stosunku jego do kośćca, zajmuje się szczególnie znaczeniem jego w łącznotkankowym zapaleniu kości oraz w rozmięczeniu kości. Na zasadzie tych dociekań dochodzi on do następujących wniosków: gruczolak P. T. najczęściej bywa źródłem zatrucia organizmu. Stanowi on podstawę dla powstawania zespołu objawów hyperparathyreoidyzmu wraz z zapaleniem łącznotkankowym kości. Istnieć jednak mogą gruczolaki P. T. zwykle bez objawów hyperparathyreoidyzmu, z drugiej zaś strony zapalenie kości łącznotkankowo-torbielowate istnieć może bez gruczolaka. Referent jest zdania, że pewne zaburzenia przemiany materji są w stanie spowodować w końcu odczyny parathyreoidalne, które znowu mogą wywołać w końcu zmiany typu rozmięczeniaowego lub twardzielowego.

*Badania kliniczne.* Referent rozpatruje wszystkie cierpienia lub zespoły objawów, którym towarzyszy hyperparathyreoidismus, przy czem stara się ustalić wyniki zabiegów, wykrywanych na gruczolach P. T.

1) *Osteitis fibroso-cystica Recklinghausen'a.* Referent zebrał 60 przypadków operowanych tego cierpienia. W 36 przypadkach stwierdzono istnienie i usunięto gruczolak parathyreoidalny. W 4 przypadkach usunięcia dokonano na 2 seansach. W 6 przypadkach prócz gruczolaków usunięto jednocześnie jeden lub kilka gruczołów normalnych, czego na zasadzie wyników, otrzymywanych drogą doświadczalną, należałoby unikać. W 8 przypadkach usunięto jedynie 1—2 gruczoły normalne. W 5 przypadkach nie znaleziono zupełnie tkanki chorobowo zmienionej i nie usunięto niczego. W jednym z tych przypadków Leriche

wykonał rezekcję tętnicy. Po usunięciu gruczolaka P. T. zawsze występował przejściowy okres hypoparathyreoidyzmu. Na 46 przypadków 27 razy stwierdzono tężyczkę w 6 razach z ciężkim przebiegiem, przyczem w jednym przypadku było zejście śmiertelne. Ujemne te wyniki zależą od przejściowej upośledzonej czynności pozostałych gruczołów przy znacznem zapotrzebowaniu na wapno ze strony kośćca. Dlatego też po operacjach takich należy odpowiednio dostarczać osobnikom operowanym wapno, w przypadkach zaś ciężkich stosować zastrzykiwania hormonu. Chorych po operacji trzeba dokładnie obserwować. Trzeba wiedzieć, że odnalezienie gruczolaka bywa czasem trudne i że należy go poszukiwać cierpliwie i długo. Jedynie wtedy, kiedy chirurg jest zupełnie pewny, że gruczolaka nie ma, wskazane jest usunięcie normalnego gruczołu P. T. albo też wykonanie rezekcji tętniczej. W celu poszukiwania należy wykonywać cięcie poprzeczne.

2) *Wielostawowe zapalenie, prowadzące do ankylozy i gościec przewlekły.* Referent w sprawie tej nie wyprowadza wniosków bezsprzecznych, pewnych. Narazie zdawało by się, że operowane winny być jedynie przypadki, którym wyraźnie towarzyszy wzmożona zawartość wapna we krwi, że należy wyeliminować przypadki, w których niema skłonności do ankylozy, jak również sprawy pochodzenia zakaźnego. O ile przestrzegane są te warunki, to, dzięki operacji uzyskać można wybitną, utrzymującą się powyżej 6 miesięcy, poprawę w 25% przypadków.

3) *Inne cierpienia.* Z pośród innych cierpień, jak zdaje się, tylko w pewnych, dostatecznie czystych postaciach sklerodermji z wyraźnie wzmożoną zawartością wapna we krwi zabieg operacyjny na C. P. T. daje dobry i prawie zawsze trwały wynik. W pewnych granicach zabieg ten może okazać się pożytecznym w osteomalacji.

W dyskusji Mandl (Wiedeń) podkreśla, że adenomectomy parathyreoidea w chorobie Recklinghausen'a daje wynik pomyślny. Sądzi on, że obecność w tem cierpieniu gruczolaka nie jest stałą, ale, że zawsze istnieje tu powiększenie gruczołu P. T. Brak tego powiększenia w pewnych cierpieniach zbliżonych do osteomalacji niewątpliwie tłumaczy niepowodzenia, napotykanne w tych przypadkach.

Donati (Medjolan) podkreśla konieczność zachowania pewnego unaczynienia i zaznacza rolę rezekcji tętnic w obniżeniu zawartości wapna we krwi. Szybkość spadku ilości wapna we krwi nie posiada zresztą znaczenia dla wywołania lub niewywołania tężyczki. Co do skuteczności adenomectomy w chorobie Recklinghausen'a, to nie posiadamy jeszcze dostatecznego doświadczenia.

Snapper (Amsterdam) jest zdania, że w tężyczce nadmiar fos-



foru we krwi wywiera wielki wpływ na powstanie nadmiernej pobudliwości w układzie nerwowym. Otrzymał on doskonałe wyniki przy stosowaniu ergosterolu.

*Moulonguet-Dolérès, May i Lièvre (Paryż)* podają jeden przypadek osteozy parathyreoidealnej ze zmianami w kościach typu Recklinghausen'a. Choroba istniała lat 10. z których 5 trwało zupełne niedołęstwo. Usunięcie gruczolaka P. T. doprowadziło do szybkiego wyleczenia. Operacja miała miejsce temu 2 lata, wyleczenie zaś trwa dotychczas.

*Corachan (Barcelona)* na 8 przypadków usunięcia gl. parathyreoideae w polyarthrititis ankylostica miał raz doskonały wynik.

*Weissenbach, Gatellier i Durupt (Paryż)* stwierdzają, że określanie zawartości wapna we krwi przed i po zabiegu operacyjnym nie posiada zbyt wielkiego znaczenia wobec tego, że, aczkolwiek obniża się ona zaraz po operacji, to jednak wraca do poziomu poprzedniego w czasie następującym.

*Albert (Liège)* podaje przypadek choroby Recklinghausen'a, w którym usunięto gruczolak przytarczycowy, ważący 4400 grm. Po tym zabiegu w niespełna 24 godziny ilość wapna spadła ze 153 do 70 miligr. na tysiąc, wystąpił zupełny bezmocz, który ustąpił dopiero po zastrzyknięciu wysokich dawek wapna. Pomimo dalej prowadzonego leczenia wapnem, wystąpiły wkrótce objawy ukrytej tężyczki, w 12 zaś dni po operacji napad ostry tego cierpienia. W jednym z napadów tężyczki na 21 dzień po operacji chory zmarł. Pozostawione in situ 3 gruczoły przytarczycowe były napozór zupełnie normalne. Stąd wniosek, że pomimo to w danym przypadku należało nie usuwać całego guza, lecz zostawić małą część jego. Poziom wapna we krwi przez cały czas po operacji stale wynosił 70 miligr. na tysiąc grm.

*Simon (Strasburg)* w przypadku polyarthrititis ankylopoëtica usunął gruczoł przytarczycowy i, aczkolwiek usunięty narząd nie przedstawiał żadnych cech patologicznych, wynik był pomyślny. W 6 przypadkach tego samego cierpienia ten sam mówca stosował jedynie fenolizację gałązek tętniczych w celu wywołania przekrwienia i miał otrzymać wyniki dodatnie.

Temat drugi.

**Doraźne leczenie pęknięć podstawy czaszki.**

*Sprawozdawcy Lenormant i Patel (Paryż) oraz Wertheimer (Lyon).* W pęknięciach podstawy czaszki odróżnić trzeba dwa wyraźne różniące się od siebie umiejscowienia: jedno w kościach, drugie zaś w mózgu i oponach. Ważniejsze bywa to drugie. Należy tu



odróżnić uszkodzenia anatomiczne opon i mózgu i uszkodzenia pochodzenia naczynioruchowego, polegające na krótkotrwałym skurczu naczyń, powodującym spadek ciśnienia płynu mózgowo-rdzeniowego, po którym znowu następuje rozszerzenie się naczyń krwionośnych, prowadzące do większego lub mniejszego stopnia obrzęku mózgu. Na trupach ludzi zmarłych w 6—12 godzin po urazie stwierdzono: albo zmiany znaczne, umiejscowione w postaci ognisk, w postaci „kontuzji” w połączeniu z wylewem krwi podoponowym rozlanym, wylewem krwi do komór, albo uszkodzenia liczne, rozsiane, wybroczyny w szarej i białej substancji półkul mózgowych.

W 24—48 godzin po urazie stwierdza się: a) krwawiącą nierówność na wypukłej powierzchni półkuli mózgowej oraz bardzo nieznaczny wylew krwi pod oponą twardą; b) czasem nie udaje się stwierdzić nawet przekrwienia, spostrzeganego zresztą przez wielu. Wytlumaczenie zatem zejścia śmiertelnego w pewnych przynajmniej przypadkach nie może być jasne. O ile więc przy urazie głowy mamy do czynienia z czaszką nie pękniętą, to musimy przypuszczać, że istnieją czynniki dodatkowe, które ustalić nie jesteśmy w stanie.

Z doświadczeń, dokonanych przez Wertheimer'a na psach, polegających na zastrzykiwaniach, które powodują nagły wzrost ciśnienia w mózgu, widać, że następstwa urazu czaszki mogą być pierwotne i wtórne. Te ostatnie łączą się z pierwszymi bezpośrednio i fizjologicznie. Rozciągnięcie jam wewnątrzczaszkowych powoduje odruchy naczynioruchowe, zwykle krótkotrwałe, obejmujące unerwienie naczynioruchowe krążenia wewnątrzczaszkowego, oraz odruchy bardziej długotrwałe, działające na ośrodki mózgowe. Następstwem tych odruchów jest wzmożenie się ciśnienia krwi pierwotne lub wtórne.

Można przyjąć, że to wzmożenie ciśnienia jest skutkiem pobudzenia ośrodków, umiejscowionych w ścianach komór, szczególnie komory III-ej. Następstwem tego będzie wzmożenie ciśnienia płynu mózgowo-rdzeniowego z odbiciem się tego wzmożenia na ośrodkach, umiejscowionych w komorze IV-ej. Jeżeli mechanizm regulacyjny w mózgu nie spotyka przeszkód, rokowanie jest lepsze, jeżeli jednak istnieją przeszkody, utrudniające działanie mechanizmu wyrównawczego, to zwierze ginie.

*Leczenie* polegać winno na 1) leczeniu bezpośrednim następstw urazu mózgu i na 2) leczeniu wzmożonego ciśnienia: a) trepanacjach (szczególnie trepanacji podpotylicowej), b) nakłuciach: komorowem, którego technikę jednak posiadają nie wszyscy chirurdzy i lędwio-wem, które nie zawsze bywa skuteczne, c) leczeniu, obniżającym ciś-

nienie. 3) Leczenie ciśnienia obniżonego (surowica sztuczna, zachwalana przez Leriche'a).

Referenci podkreślają tu konieczność wszechstronnego zbadania przypadku.

1. *Wskazania w ciągu pierwszych 24 godzin po wypadku.* W przypadkach lekkich, gdzie wszelkie zabiegi albo są zbyt cenne, albo też rodzaj ich jest określony wyraźnymi objawami (wylew nad- lub podoponowy, krew w płynie mózgowo-rdzeniowym, wzrastające stopniowe pogorszenie, wysoka ciepłota i t. p.). Często jednak niema ścisłej i stałej równowagi między stopniem uszkodzenia i objawami klinicznymi i wówczas właśnie chirurg napotyka trudności przy rozpoznawaniu wylewów krwi wewnątrzczaszkowych. Sposób postępowania chirurga w czasie operacji w przypadkach urazu czaszki polega na: 1) o ile jest wylew krwi nazewnętrz opony twardej—usunięciu skrzepów i wykryciu źródła krwawienia (referenci na 20 przypadków mieli 13 zejść śmiertelnych). 2) O ile po trepanacji okolicy skroniowej chirurg znajduje, że opona twarda jest zabarwiona fioletowo, jest napięta i nie tętni, o ile objawy kliniczne są dostatecznie jasne w kierunku krwaka wewnątrzczaszkowego, to należy oponę naciąć. 3) Jeżeli chirurg nie stwierdza nic ani nazewnętrz ani też pod oponą twardą, to winien on mieć na względzie możliwość uszkodzeń pośrednich i wówczas, dokonawszy trepanacji, winien zbadać stronę przeciwną czaszki (uszkodzenia t. zw. par contre—coup). I tu jednak chirurg może nie znaleźć zmian. Wówczas trzeba przypuszczać istnienie wylewu krwi wewnątrz mózgu. W przypadkach ciężkiego wstępu mózgu należy zastanawiać się nad kolejnością występowania objawów fizyko-patologicznych, gdyż stąd wypływają wskazania lecznicze. Z pośród sposobów badania bardzo ważną rolę odgrywa tu określenie wysokości ciśnienia krwi, a szczególnie ciśnienia płynu mózgowo-rdzeniowego. Przy ciśnieniu obniżonym zastrzykuje się dożylnie 500—1000 ct. sz. roztworu fizjologicznego soli. W przypadkach z ciśnieniem wzmożonym należy wykonywać nakłucia lędźwiowe (przy kontroli manometrem) albo też zastosować leczenie, mające na celu obniżenie ciśnienia innymi sposobami.

Jeżeli idzie o przypadki cięższe, w których narazie przynajmniej trudno jest zorientować się co do istoty uszkodzenia i sposobów leczenia, to nakłucie komory daje w nich pożyteczne wskazówki tak pod względem rozpoznawczym jak i leczniczym. Nakłucie takie może stwierdzić, że komory są obustronnie spłaszczone, co najczęściej zależy od obrzęku mózgu, bardzo zaś rzadko od obustronnych wylewów krwi. Zasadniczo więc w przypadkach obustronnego spłaszczenia ko-

mór należy wykonać obustronną trepanację skroniową. Może ona w przypadkach wylewów podoponowych przynieść choremu wielką korzyść. Należy jednak i po zabiegu w ciągu najbliższych godzin i w ciągu dni następnych walczyć z uporczywym nadmiernem ciśnieniem wewnątrzczaszkowym albo zapomocą nakłuć lędźwiowych, albo też, co jest lepsze, za pomocą środków, obniżających ciśnienie. W szeregu przypadków jedna z komór jest rozszerzona, druga zaś spłaszczona. Należy wówczas wykryć przyczynę jednostronnego ucisku (wylew krwi?). Znaczniejsze nagromadzenie się krwi nazewnątrz opony twardej lub też pod nią może, zamykając otwór Monro, być powodem rozszerzenia komory na stronie przeciwległej. Wtedy objawy mogą być dwustronne, albo też przeważają na stronie uszkodzenia. Należy wówczas dokonać trepanacji w okolicy ciemieniowej, gdzie stwierdzono spłaszczenie komory mózgowej.

Nakłucie, dokonywane celem opróżnienia rozciągniętej płynem komory, jest często wskazane, aczkolwiek nie posiada ono bezwzględniego leczniczego znaczenia. W tak zwanem wodogłowie ostrem postępowanie lecznicze bywa rozmaite, liczyć się jednak należy z trudnościami, które napotykamy, starając się wytłumaczyć sobie przyczynę takiego wzmożonego ciśnienia wewnątrzczaszkowego. Niewątpliwie ważne jest tu stopniowe wzmaganie się ciśnienia tętniczego przy wzmożonem ciśnieniu wewnątrzczaszkowym. Takie wyniki badania skłaniają nas do wykonania nakłucia komory, lecz nie mogą wyjaśnić przyczyny wodogłowia wewnętrznego. Z punktu widzenia leczniczego na pierwsze miejsce wysuwa się tu usunięcie pewnej ilości płynu komorowego. Jeżeli jednak nawet kilkakrotnie wykonywane nakłucie komór nie pomaga, usprawiedliwione jest w tych warunkach sączkowanie przestrzeni podpajęczynowych w okolicy wielkiej cysterny tylnej.

2) *Wskazania w ciągu 2-go i 3-go dnia po wypadku.* Referenci omawiają tu jedynie objawy, które występują po pierwszym okresie krytycznym 36-godzinnym, w przypadkach, w których nie było szybkiej poprawy po wypadku. Pogorszenie objaśnić można a) albo obniżeniem się ciśnienia wewnątrzczaszkowego, które bywa następstwem wypływania płynu mózgowo-rdzeniowego przez uszkodzoną kość czaszki; (w takich przypadkach, jest rzecz naturalna, przeciwwskazane nakłucie lędźwiowe); b) albo też, o wiele częściej, wzmożeniem się następstwem ciśnienia wewnątrzczaszkowego. To ostatnie zależeć może od rozlanego wylewu krwi podpajęczynówkowego. Powtarzane parokrotnie nakłucia lędźwiowe wzmagają przekrwienie mózgu i opon i wówczas następuje pogorszenie. O ile po 24—48 godzinach względn-

nie dobrego stanu nagle występuje pogorszenie, to trepanacja w okolicy skroniowej, czy to jedno, czy dwustronna jest zabiegiem najprostszym i najbardziej wskazanym. Jeżeli jednak uszkodzeniu uległy części mózgowia, położone bardziej od tyłu, i podejrzewać można, że mózg przedłużony jest uciśnięty lub podrażniony, lub też jeżeli badanie stwierdza t. zw. zablokowanie w połączeniu między zbiornikami płynu mózgowo-rdzeniowego, to w celu wyjaśnienia umiejscowienia i przyczyny takiego zablokowania należy wykonać nakłucie podpotyliczne. Sączkowanie jednak podpotyliczne, zaproponowane przez Ody'ego, daje dosyć często wyniki niepomysłne, wbrew temu, co pisał sam Ody.

#### Dyskusja.

*Henschen (Bazyleja)* zaznacza, że trzeba przy wypukleniu mózgu po stłuczeniu odróżniać wypuklenie zależne od obrzęku „wilgotnego” od obrzęku „suchego”. Pierwszy powstaje skutkiem obrzęku międzykomórkowego, drugi zależy od obrzęku samych komórek mózgowych. W pierwszym należy wykonywać nakłucia łądźwiowe lub komorowe, w drugim trepanację w celu uniknięcia zablokowania, do którego nakłucia mogą doprowadzić. W tym drugim przypadku pcha trepanacją trzeba zwalczać odwodnienie substancji mózgowej przez zastrzykiwania bardzo małych rozczyńców kwasu fosforowego lub octowego.

*Baillart (Paryż) i Dziembowski (Bydgoszcz)* podkreślają duże znaczenie dna oczu, przyczem badanie ciśnienia siatkówkowego, wykonywane sposobem Baillart'a, ma dawać, jak twierdzi sam Baillart, bardzo pożyteczne wskazówki.

*Ody (Genewa)* ostrzega chirurgów przed zbyt wczesnym stosowaniem jego sposobu. W ciągu pierwszej doby jest on wskazany w razie istnienia wylewu krwawego w okolicy opuszki. Sączkowanie potyliczne prowadzi tylko do przejściowego skutku, o ile jednocześnie z uciskiem na rdzeń przedłużony istnieją znaczne uszkodzenia mózgu.

*Bachy (Saint Quentin)* na zasadzie swych własnych 200 obserwacji zaleca częste nakłucia łądźwiowe, w ciężkich zaś przypadkach — trepanację. W przypadkach ciężkich, jeżeli niema wyraźnych wskazań ze względu na umiejscowienie, należy wykonywać trepanację skroniową dwustronną. Jeżeli jest ucisk na mózg z obniżeniem ciśnienia płynu mózgowo-rdzeniowego, należy wykonać operację Ody'ego.

*Termier (Grenoble)*. Wobec tego, że wskazania do zabiegów operacyjnych w złamaniach podstawy czaszki są przeważnie trudne do



sprecyzowania, jest zwolennikiem kilkakrotnie, o ile potrzeba, wykonywanych nakłuć lędźwiowych z zastrzykiwaniem jednoczesnem pod skórę większych ilości płynu fizjologicznego.

*Masini (Marsylja)* leczył 12 przypadków pęknięć podstawy czaszki kilkakrotnymi nakłuciami lędźwiowemi. W 10 przypadkach uzyskał powodzenie, 2 chorzy zmarli. W 6 przypadkach stosował on zabieg Cushing'a z zupełnem powodzeniem (wyleczenie) we wszystkich przypadkach. Masini radzi stosować narazie leczenie objawowe i kilkakrotne nakłucia lędźwiowe. Jeżeli niema wyniku dodatniego, radzi on robić trepanację jednostronną, jeżeli są wyraźne objawy uciskowe, jeżeli zaś ich niema, to podwójną trepanację podskroniową według Cushing'a. O ile przypuszcza się nagromadzenie skrzepów w cysterna magna z zamknięciem przestrzeni pajęczynówkowych, to mówca radzi wykonać sączkowanie podpotyliczne według Ody'ego.

*Marcel Sénéchal (Paryż)* sądzi, że nakłucia lędźwiowe winny być dokonywane jedynie w przypadkach odpowiednich, w których płyn mózgowo-rdzeniowy znajduje się pod ciśnieniem wzmożonem, i tylko w granicach tego wzmożonego ciśnienia. W przypadkach cięższych, gdzie stwierdza się obniżenie ciśnienia płynu mózgowo-rdzeniowego, zastrzykiwania wody przekroplonej, płynu fizjologicznego i acetylcholino mogą być bardzo pomocne.

### Temat trzeci.

**Leczenie chirurgiczne wielkich krwotoków żołądkowo-dwunastniczych pochodzenia wrzodowego.**

I. *Wskazania kliniczne. Referent Papin (Bordo).* Referent rozpatruje przede wszystkim inne cierpienia, którym mogą towarzyszyć krwotoki żołądkowo-dwunastnicze. Zaznacza on, że o ciężkości krwotoku żołądkowo-dwunastniczym świadczy nie tyle obfitość, ile częstość występowania krwotoku. Szczególną uwagę trzeba zwracać na skryte krwawienia. Najgorszem jest to, że, kiedy lekarz na zasadzie częstości występowania krwotoku dochodzi do przekonania, że operacja jest konieczna, skutkiem skrwawienia chorego zabieg staje się coraz cięższym. Śmiertelność z krwotoków żołądkowo-dwunastniczych wynosi według referenta 15%. Śmiertelność zależy od płci i wieku. Podana liczba jest średnią arytmetyczną. We wskazaniach do zabiegu operacyjnego należy odróżniać przypadki z takimi krwawieniami, które same przez się zatrzymać się nie mogą, a więc wymagają interwencji chirurgicznej. Jeżeli przypadki znacznych krwawień z wrzodów mają jeden i ten sam podkład anatomiczno-patologiczny, to o ile ogólna śmiertelność w tych przypadkach nie jest znaczna, lepiej jest nie operować, ponieważ, operując, mielibyśmy tu śmiertelność większą.

Jeżeli jednak natrafimy na przypadki, w których zmiany anatomo-patologiczne są określone i w których zejście śmiertelne jest pewne, to lepiej jest operować i to jaknajwcześniej. Są to przypadki wrzodów dosyć starych, które, drążąc w ścianie żołądka lub dwunastnicy, dochodzą do tętnicy i ta ulega uszkodzeniu. Tętnica taka otoczona bywa zazwyczaj tkanką włóknistą i skurczyć się nie może.

Różnicy w danych statystycznych można uniknąć, rozróżniając właśnie rozmaite postaci wrzodów i mając na względzie uszkodzenie naczyń procesem wrzodziejącym.

*Indywidualizowanie anatomo patologiczne w przypadkach, w których należy operować.* 1) Wrzody przenikające do naczyń. Wrzody te przenikają przez ścianę żołądka lub dwunastnicy, uszkadzając w końcu jakieś ważniejsze naczynie krwionośne. Są to więc wrzody stare, modelowate. Są one zwykle umiejscowione na krzywiźnie małej albo na tylnej ścianie pierwszej części dwunastnicy, przylegającej do trzustki. Wrzody te uszkadzają odnośne naczynia krwionośne. Powoduje to krwotoki niezbyt obfite lecz częste. Jedynie zabieg operacyjny może opanować krwawienie. 2) Wrzody powierzchowne, nie przechodzące wgłąb poza śluzówkę i powodujące ostre, powtarzające się krwawienie. Jeżeli ulegają uszkodzeniu tętniczki śluzówki, to krwotok może być znaczny, czasem śmiertelny. Należą tu dalej sprawy, w których wrzodu właściwie nie ma, ale istnieje stan zapalny wrzodziejący na błonie śluzowej, który powoduje krwawienie z niej. W przypadkach wymienionych pod 2 należy ustalić skłonność do krwawienia i wypróbować środki terapeutyczne. O ile środki te zawodzą, to pozostaje tylko zabieg operacyjny.

*Rozpoznanie kliniczne i chwila wykonania zabiegu.* Ani postępowanie w krwawieniu, ani wysokość ciśnienia tętniczego, ani ilość czerwonych ciałek we krwi krążącej nie decydują o wskazaniu do operacji. Wskazanie zależy od samego uszkodzenia ściany narządu. Dokładne wywiady ustalić mogą, że wrzód jest dawnego pochodzenia. Sposób występowania krwawień daje możliwość dokładnego wnioskowania o charakterze wrzodu (wrzód przenikający wgłąb ściany żołądka lub dwunastnicy). Tam, gdzie nie posiadamy danych, przemawiających za tego rodzaju wrzodami, nasuwa się przypuszczenie istnienia krwawień z owrzodzeń śluzówki, które poddać należy zabiegom terapeutycznym. Jeżeli, pomimo leczenia objawy cierpienia nie ustępują, to tylko wówczas należy operować. Wogóle więc operujemy przypadki, w których przed operacją ustaliliśmy, że sprawa uszkadza większe naczynie. Im wcześniej operujemy w takich przypadkach, tem lepiej.

Są jednak przypadki, w których krwawienia pochodzą przypuszczalnie ze śluzówki i w których operujemy, ponieważ są one częste i nie ustępują od leczenia terapeutycznego. Oczywistym wskazaniem do zabiegu będzie perforacja wrzodu w połączeniu z krwotokiem. O ile krwawieniom towarzyszy gorączka, to leczyć należy środkami terapeutycznymi. Operować nie należy osobników bardzo wychudzonych lub bardzo otyłych. Operować może jedynie chirurg, który doskonale posiadał technikę operacji na żołądku.

Jeżeli krwotok miał miejsce raz tylko w przypadku napewno ustalonym jako wrzód żołądka, to możliwe będzie wyczekiwanie na chwilę, kiedy stan ogólny chorego na zabieg pozwoli.

Jeżeli jednak krwotoki powtarzały się, to, aczkolwiek nie były one znaczne, o ile mamy do czynienia z wrzodem dawnym, uszkadzającym naczynie krwionośne, operować trzeba natychmiast po uprzednim dokonaniu transfuzji.

II. *Wskazania do leczenia terapeutycznego i do leczenia chirurgicznego.* (Wilmot—Paryż). Rozstrzygnięcie tej sprawy, aczkolwiek jest bardzo ważne, jest dosyć trudne. Jeżeli mamy do czynienia z krwotokiem pochodzenia żołądkowego lub dwunastniczego, to winniśmy uprzytomnić sobie stopień niebezpieczeństwa grożącego choremu, t. j. starać się wyczuć, czy krwotok zatrzyma się sam przez się i czy, o ile zatrzyma się, nie wznowi się potem. Winniśmy sobie również ściśle wyjaśnić anatomiczną przyczynę krwawienia. W okresie ostrej niedokrewności sprawa stałości lub wznowienia się krwotoku gra o wiele większą rolę niż kwestja krwotoku, aczkolwiek znacznego, bo może tylko jednorazowego. Liczne cierpienia zewnątrz żołądkowe lub żołądkowe mogą być tłem krwotoków. Pozatem nie da się z pewnością krwotok z owrzodzeń śluzówki od kwotoku powstałego naskutek przedziurawienia naczynia, a tymczasem w tym ostatnim przypadku operować należy natychmiast. Stąd wniosek, że przystąpienie do zabiegu albo powstrzymanie się od niego nie może być zdecydowane przy pierwszym badaniu chorego. Wywiady, kilkakrotne badanie chorego, szybkie pomyślne działanie transfuzji lub jej niepowodzenie dają wskazówki co do powstrzymania się od zabiegu operacyjnego albo też przystąpienie do niego.

W ciągu więc kilku pierwszych godzin można stosować środki terapeutyczne, przedewszystkiem zaś transfuzję w celu powstrzymania krwotoku i przygotowania chorego do zabiegu chirurgicznego. Jeżeli transfuzja nie pomaga, należy do tego zabiegu przystąpić. Na omówienie zasługują 4 typy operacji:

a) Laparatomja próbna zwykła lub w połączeniu z gastrotomją (Savariaud). Zabieg ten obecnie jest prawie zupełnie zarzucony.

b) Zabiegi paljatywne: 1) Gastroenterostomja zwykła, która pomaga jednak tylko w przypadkach krwotoków na tle zastoju przy wrzodzie, zwężającym okolicę odźwiernikowo-dwunastniczą. Krwotoki te stoją w związku ze znacznem przekrwieniem okolicy wrzodu, podtrzymywanem i zwiększanem zaleganiem treści żołądkowej. 2) Jejunostomja, która daje tu efekt większy niż gastroenterostomja, tembardziej, że odżywianie za pomocą otworu jejunastomijnego jest lepsze niż lewatywy odżywcze. Jest ona wskazana szczególnie w krwotokach żołądkowych, którym towarzyszy gorączka. 3) Wyłączenie odźwiernika. Wskazaniem do tego zabiegu jest wrzód odźwiernikowo-dwunastniczy lub dwunastniczy, obficie krwawiący, przyczem krwotoku nie udaje się powstrzymać innymi sposobami.

c) Zabiegi operacyjne, mające na celu bezpośrednią hemastozę. Należy tu: 1) podwiązanie tętnic i 2) tamponowanie dwunastnicy. W przypadkach wrzodu żołądka należy nie tylko podwazywać tętnicę powyżej i poniżej wrzodu, lecz dodatkowo należy jeszcze tętnice krzywizny wielkiej. W przypadkach wrzodu dwunastnicy podwazywać należy tętnicę żołądkowo-dwunastniczą. Śmiertelność po podwazywaniu tętnic nie przekracza 17,14%. Tamponowanie dwunastnicy dokonywane jest w przypadkach krwotoku z tętnicy żołądkowo-dwunastniczej po wykonaniu gastrojejunostomji. Duży tampon z gazy umieszczamy na przedniej powierzchni kanału odźwiernikowo-dwunastniczego, poczem zaszywamy ścianę brzuszłą. Tampon pozostaje na miejscu w ciągu 24 godzin.

d) Zabiegi, mające na celu bezpośrednie zatrzymanie krwotoku. 1) Przyżeganie kauterem i diatermią mają zastosowanie przy umiejscowieniu modzelowatego wrzodu w okolicy wpustu na krzywiznie małej. 2) Bezpośrednie zaszywanie wrzodu. Ligatura u podstawy wrzodu. Zabiegi te są wskazane tam, gdzie świeżo powstały wrzód posiada brzegi miękkie. 3) Wycięcie albo rezekcja wrzodu w połączeniu z gastro-enterostemją lub bez niej. Zabieg ten jest lżejszy niż obszerniejsza gastrostomia, należy jednak ograniczać go do przypadków następujących: a) jeżeli istnieje łatwy dostęp do wrzodu, wrzód jest położony na przedniej powierzchni żołądka lub dwunastnicy, albo też w dolnej połowie krzywizny małej; b) jeżeli świeżo powstały wrzód jest położony na przedniej powierzchni żołądka; c) jeżeli wrzód jest modzelowaty lecz nie przenikający wgłąb, a więc wrzody krzywizny małej jej dolnej połowy, wrzody przedniej powierzchni przewodu odźwiernikowo-dwunastniczego.

4) Rezekcja żołądkowo-dwunastnicza (gastro-pylorectomia, ga-



stro-duodenectomy). Trzej chirurdzy Finsterer, Bohmanssohn i Pauchet po wypróbowaniu różnych metod są gorącymi zwolennikami tego radykalnego zabiegu. Finsterer sądzi, że rezekcja ma być dokonywana jedynie w razie niepowodzenia leczenia terapeutycznego. Zdaniem jego niema ani jednego przypadku, w którym przy uszkodzeniu przez wrzód większego naczynia wewnątrz żołądkowego zabiegi terapeutyczne mogłyby zapewnić stałą hemostazę. Pauchet po długim okresie, w ciągu którego był stronnikiem to interwencji chirurgicznej, to leczenia terapeutycznego, został w końcu zwolennikiem obszernych rezekcji w połączeniu z przedoperacyjnymi transfuzjami i drenowaniem krwi z przewodu pokarmowego za pomocą appendicostomji albo coecostomji. Zdaniem Stolz'a i Weiss'a chorzy narażeni są na większe niebezpieczeństwo, o ile zwleka się z zabiegiem operacyjnym (gastrectomją), gdyż podupada stan ogólny i niedokrewność wzmagają się. Niestety nawet dla chirurgów doświadczonych gastrectomja jest zabiegiem bardzo ciężkim, szczególnie, jeżeli chory jest w stanie ostrej niedokrwistości. Śmiertelność po tej operacji wynosi według różnych autorów od 2,8 do 19,46 procent.

5) Gastro-duodenectomy, dokonywana w dwa tempa. Tempo pierwsze polega na wysokiem wyłączeniu odcinka odźwiernikowo-dwunastniczego, drugie zaś poświęcone jest rezekcji wrzodu. Obserwacje, tyżące się tego zabiegu, są tylko dwie. W obu przypadkach zabieg uwieńczony został powodzeniem. Odległość w czasie między jednym i drugim zabiegiem (tempo) wynosiła 5 i 15 dni.

W końcu referent podaje sposoby postępowania w przypadkach, w których nastąpiło przedziurawienie ściany żołądka z jednoczesnym krwotokiem. Wskazana jest wówczas laparotomja w znieczuleniu miejscowem. O ile wrzodu nie można stwierdzić ani oględzinami ani obmacywaniem, to należy zastosować poczwórną ligaturę i wykonać jejunostomję lub gastro-enterostomję.

Dodatkowo można zrobić jeszcze i typhlostomję według Pauchet'a. Jeżeli wrzód jest widoczny, ruchomy, krwawienie ze ściany, to, stosownie do umiejscowienia wrzodu, wykonać trzeba wycięcie lub rezekcję i gastro-enterostomję, o ile wrzód jest dostępny. Jeżeli jest on położony wysoko, to zrobić przyżeganie i wszycie wrzodu. W przypadkach starych modzelowatych wrzodów, uszkadzających naczynia z krwotokami zewnątrz-żołądkowymi, należy wykonać zabieg zasadniczy: gastro-pylorectomiam lub gastroduodenectomiam.

Dyskusja.

Wilke (Edynburg) sądzi, że operacja jest wskazana jedynie w przypadkach wrzodów chronicznych, jeżeli po jednej transfuzji

krwotok znowu występuje. W przypadkach nagłych należy oddawać pierwszeństwo zabiegom zachowawczym przed gastrectomją. O ile wrzód jest umiejscowiony w dwunastnicy, to podwiązanie naczyń, zwężenie odźwiernika i gastro-enterostomja są wskazane i dają dobre wyniki.

*Finsterer (Wiedeń)* jest zwolennikiem niezwłocznego operowania przy warunku rozpoznawania wrzodu modelowatego. Jeżeli operację wykonywać niezwłocznie i w znieczuleniu miejscowym, to można prawie zawsze obejść się bez transfuzji, która w Wiedniu, skutkiem warunków miejscowych, znacznie zwiększa koszty zabiegu. Jeżeli są wątpliwości rozpoznawcze, to trzeba zawsze wykonać laparatomię próbną.

*Alessandri (Rzym)* sądzi, że zawsze starać się trzeba powstrzymać krwotok sposobami terapeutycznymi (małe, kilkakrotnie powtarzane transfuzje). Kiedy uda się chorego doprowadzić do stanu zadowalniającego, należy operować. Operacja winna być radykalna przy znieczuleniu miejscowym lub lędźwiowym. Jeżeli krwotok nie zatrzymuje się, to należy operować niezwłocznie po obfitej transfuzji. Zabieg może być radykalny, w każdym bądź razie winien być skierowany przeciw wrzodowi bezpośrednio. Stosowane powinno być zawsze znieczulenie miejscowe lub lędźwiowe.

*Bégonin (Bordo)* podaje przypadek, w którym był olbrzymi krwotok naskutek wrzodu dwunastnicy, dziurawiącego w 2 miejscach art. pancreatico-duodenalem, tymczasem zaś nie było zupełnie wymiotów ani wypróżnień krwawych. Krew zbierała się w kischkach cienkich. Krwotok doprowadził chorego do zgonu w 3 dni. Jako ważny objaw takich ukrytych krwotoków mówca podaje wzmagającą się błądźć powłok.

*Podlaha (Brno)* jest zwolennikiem operowania dopiero po energicznym leczeniu terapeutycznym i zatrzymaniu krwotoku. Operację nagłą ogranicza do następujących tylko przypadków:

- 1) W wywiadach obfity krwotok, albo krwawienie niewielkie, lecz częste.
- 2) Przypadki z dużym krwotokiem naskutek wrzodu przenikającego.
- 3) Przypadki, w których poza krwotokiem jest przedziurawienie ściany.

*Pauchet (Paryż)* na zasadzie swego 10-letniego doświadczenia jest przeciwnikiem następujących zabiegów: 1) podwiązania naczyń przy samej ścianie żołądka lub w odległości od niego; 2) gastrotomji z badaniem następnem (Savariaud); 3) gastro-enterostomji; 4) jejunostomji. Od 15 lat wykonywa stale gastrectomię, którą uważa za je-

dyny zabieg wskazany w przypadkach wrzodu. Jeżeli zabieg ten daje złe wyniki, to zależy to od zbyt późnego już zastosowania. Przed właściwą operacją należy robić typhlostomię w celu usunięcia za pomocą przemywań dużą ilością płynu fizjologicznego krwi z kiszek. Jeżeli tego nie zrobimy, to chory może umrzeć z powodu zatrucia białkami krwi. Jeżeli pomimo transfuzji krwi krwotok wznawia się i tętno słabnie, należy wykonać gastrektomię. Po gastrektomji należy dokonać kilkakrotnie transfuzji krwi.

*L. Arnaud (St. Etienne)* w przypadkach, gdzie z powodu umiejscowienia wrzodu gastrektomja nie może być dokonana, radzi wykonywać gastroenterostomię z podwiązaniem naczyń, o ile jest ono możliwe. Podniesienie ciepłoty nie stanowi przeciwwskazania do gastro-enterostomji. W celu usunięcia po operacji krwi z kiszek *Arnaud* nie robi enterostomji, lecz usuwa krew z kiszek lewatywami z 10% roztworu siarczanu magnezyj.

*Fredet (Chartres)* podaje 2 własne przypadki krwotoku żołądkowego, wyleczone gastro-enterostomią. Podkreśla on wagę opieki nad chorymi po operacji.

*L. K.*

*M. Labbé, M. Villaret, L. Justin-Besançon i Schiff-Wertheimer.* „Badanie nad patogenezą choroby Basedowa i jej leczenie“, (Presse médicale Nr. 2, r. 1934).

Autorowie robili próby leczenia choroby Basedowa alkaloidami z grupy yohimbiny. Należy stosować przetwory sprawdzone biologicznie.

Przy odpowiednich dawkach, dość dużych, nie spostrzega się działania na narządy płciowe, natomiast pewne objawy nietolerancji, jak mdłości, bezsenność a czasem przyzwyczajenie: po kilku tygodniach te same dawki nie wywołują zupełnie żadnego efektu leczniczego. U chorych wogóle jeszcze nieleczonych, działanie yohimbiny jest widoczne, lecz niewystarczające: nie spostrzega się żadnego wpływu na hyperthyreozę. U leczonych zaś już poprzednio (przede wszystkim jodem), yohimbina ma działanie mierne, głównie przemiana podstawowa jest obniżona. W pozostałościach choroby Basedowa po naświetlaniach promieniami roentgenologicznymi lub po leczeniu chirurgicznym można uzyskać całkowite usunięcie objawów. W przypadkach typu basedoidalnego bez hyperthyreozy rezultaty są z reguły dobre. Te pierwsze próby dowodzą, że w chorobie Basedowa mamy dwa rodzaje objawów: 1. o objawy hyperthyreozy, dostępne w leczeniu pewnymi środkami, które nie mogą zmienić podstawowej

choroby a całkowicie niewrażliwemi na środki o działaniu symptomatologicznem; oraz 2-o zespół neurowegetatywny, nie zmieniony przez leczenie hyperthyreozы a natomiast nie pozostający bez wpływu na leczenie pewnemi środkami symptomatologicznemi.

*W. Ehrenkreutz.*

**A. Ameline.** „O objawach rozpoznawczych, osiągniętych opukiwaniem brzucha w przypadkach zawału jelit“. (*Presse médicale* Nr. 89, r. 1933).

Zawał w jelitach niezawsze daje znać o sobie zapomocą wyraźnych objawów fizykalnych. Obok symptomatologii zasadniczej i czynnościowej badanie brzucha daje często wyniki mylne i przedstawia w tych wypadkach duże trudności,

Pomiędzy objawami uzyskanemi drogą opukiwania brzucha najczęstszy i może najważniejszy—to objaw „zmatowienia meteoryzmu“ („*météorisme mat*“) według słów Mondor'a. Autor opisuje trzy przypadki zawału jelit, różnych rozmiarów: dwukrotnie rozpoznanego na stole operacyjnym, a raz przed operacją. W każdym przypadku objaw, o którym mowa, był spostrzegany, chociaż brakowało innych objawów, jak krwawej biegunki, krwawych wymiotów. Nie stwierdzano również przy badaniu jakiegokolwiek guza lub nacieczenia. Natomiast uwagę autora zwracał prawdziwie patognomiczny kontrast między balonowatym brzuchem a strefą przytłumienia lub wyraźnego stłumienia w jego obrębie.

W jednym przypadku brzuch balonowaty ze strefą przytłumioną odpowiadał zawałowi około 40 cm. jelita cienkiego; ta strefa przytłumienia, a raczej jakby zmatowania, wyraźnie odgraniczała się od bębny obwodowej.

W drugim przypadku to zmatowanie odgłosu opukowego rozszerzało się na całe podbrzusze i odnosiło się, jak stwierdzono podczas operacji, prawie do połowy jelita cienkiego, głównie pętli, leżących w miednicy.

Trzeci wreszcie przypadek wykazywał całkowite zmatowanie brzucha, co pozwoliło rozpoznać zawał całego jelita cienkiego.

W każdym przypadku znajdowano nieco wysięku surowiczokrwawego na otrzewnej; poza tem w pierwszym przypadku stwierdzono zapach ropny. Wysięku nie było nigdy tyle, aby można było sobie wytłumaczyć spotykane przy badaniu przytłumienie.

Objaw opisany pozwala więc z dużą pewnością stwierdzić zawał jelit i odpowiednio rokować.



Czasami podobny objaw zmatowienia, graniczący z bębnicą, spotyka się przy pewnych guzach, jak np. torbiele jajnika, wysoko ułożone, o długiej szypule. Rozpoznanie jednak takiego guza nie nastrocza dużo trudności.

*W. Ehrenkreutz.*

**Tel. 612-21**

Organicznie związana  
siarka w utrwalonym  
soku czosnku.

**APTEKA MAZOWIECKA**

**Mazowiecka 10.**

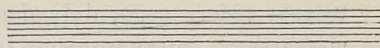
obniża ciśnienie krwi. Reguluje  
czynność błon śluzowych. Ha-  
muje rozwój mikro-organizmów.

Troski i utrapienia życia codziennego,  
znużenie nerwowe i przepracowanie,  
bezsenna noc i sensacje sercowe na tle nerwowym,  
zaburzenia seksualne, depresja lub podniecenie.

# PASSICRATIN

w dawkach indywidualnych  
od 2 do 5 łyżeczek przed jedzeniem.

Kuracja przyjemna,  
nieszkodliwa i skuteczna.



# GLUCALCIN

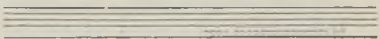
oparty na zasadach bio-  
logicznych organiczny pro-  
dukt wapnia (glukonian)

najszybciej uskutecznia energiczne zwapnie-  
nie ustroju, lokalizuje ogniska zapalne  
w płucach, działa przeciwkrwiotocznie i  
przeciwgorączkowo, zwalcza biegunki i sta-  
ny anafilaktyczne, łagodzi nadmierne na-  
pięcie (tonus) nerwowe, znosi drgawki.

Stosuje się per os i parenteralnie:

Ampułki z roztworem 5% i 10%-wym do  
iniekcji domięśniowych i dożylnych.

Każda serja podlega kontroli che-  
micznej, bakteriologicznej i klinicznej.



CHEM.-FARMACEUTYCZNE ZAKŁADY PRZEMYSŁOWE  
Fr. KARPIŃSKI Spółka Akcyjna, Warszawa.

## O wynikach leczenia przy uodparnianiu nieswoistem „Panodiną“

Dr. LUDWIK MINC, asystent Oddziału Wewnętrznego  
Szpitala im. Prezydenta Mościckiego

Pojęcie odporności jest ściśle związane ze zjawiskami biologicznymi, przebiegającymi w sokach ustrojowych i komórkach. Pojęcie to było na wstępie pozbawione treści określonej, jednak postępy w nauce o zjawiskach fizyko-chemicznych, zachodzących w komórce ustroju zwierzęcego, dały możliwość bliższego zrozumienia odporności w szerszem jej znaczeniu. Jednocześnie przy bliższem badaniu tego zagadnienia wprowadzono do biologji pojęcie o odporności nieswoistej. Ta ostatnia w walce z czynnikami chorobowymi w ustroju, odgrywa w wielu wypadkach bodajże poważniejszą rolę niż odporność swoista. W przypadkach, gdzie wstrzykujemy surowicę swoistą, występuje również działanie czynników nieswoistych, w surowicy zawartych.

W wielu schorzeniach jak dury, grypa i t. d., zanim na teren walki nie wystąpią czynniki odpornościowe swoiste, ustrój broni się zapomocą ciał nieswoistych. Wychodząc z tego założenia Much i Szmidt otrzymali w grypie przez obronę niespecyficzną dobre wyniki: Much, łącząc ciała białkowe, tłuszczowate (lipoidowe) i tłuszczowe, uodparniał niespecyficznie zwierzęta, zakażone lasecznikami żółci.

Wśród ciał białkowych, wprowadzanych do organizmu, własność wytwarzania niweczników posiadają tylko białka rozpuszczalne. Białka ściśle, o reakcji nieodwracalnej, tracą tę cechę prawdopodobnie na skutek niemożności przenikania do wewnątrz komórki. Połączenie białka z jakąkolwiek inną substancją obcą może nadać jej nowe cechy odpornościowe. Z tego punktu widzenia pragnie wielu badaczy tłumaczyć własność niektórych tłuszczów i ciał tłuszczowatych wytwarzania ciał odpornościowych.

Tłuszcze i ciała lipoidowe, same przez się nie będące wywoławcami, w połączeniu z białkiem stają się niemi.

Jak już wyżej wspominaliśmy, białko, połączone z tłuszczami zwierzęcymi i lipidami winno być rozpuszczalne i jako takie, według Boeza, ma przedostawać się do komórki, aktywując ją i wyzwalając siły obronne. Prawdopodobnie zachodzi tu przestrojenie w budowie koloidów, w czym główny udział biorą lipoidy. Wzmiankowane powyżej połączenia białka, tłuszczów i lipoidów nie są więc wywoławczem swoistym, a działają w sposób nieswoisty wielostronnie. Powyższe dane skłoniły Mucha do wytworzenia preparatu o wzmiankowanych własnościach. Tak też powstał preparat „Omnadina“, a w dążeniu do usamodzielnienia naszego rynku farmaceutycznego firma Klawe wytworzyła preparat o identycznych własnościach „Panodinę“. Panodina, którą mieliśmy możliwość wypróbować na naszym obszernym materiale szpitalnym, posiada identyczne z omnadiną własności lecznicze i pod żadnym względem jej nie ustępuje.

Przytoczę obecnie m. in. kilka przypadków chorobowych, leczonych na naszym oddziale panodiną:

1) *Grypa*, męż. ciepłota 38,4<sup>0</sup>, ból głowy, ogólne niedomagania, bóle mięśniowe. Injec. 2 cc. pan. podsk. na drugi dzień ciepł. 36,8<sup>0</sup>, niedomagania ustąpiły.

1) przyp. *Angina follicularis*, ciepł. 39,8<sup>0</sup>, inj. 1 cc. pan. Następnego dnia silne bóle gardła ustąpiły, ciepł. 37,8<sup>0</sup>, powtórne wstrzyknięcie 1 cc. pan. trzeciego dnia ciepłota 36,9<sup>0</sup>. Dolegliwości ustąpiły.

3) przyp. *Peritonsillitis*, obrzęk i przekrwienie migdałków, utrudnienie w połykaniu, ciepł. 39,2<sup>0</sup>, injec. pan. 1 cc. podskórnie. Następnego dnia dolegliwości przy połykaniu znacznie mniejsze, obrzęk migdałków cofa się, ciepł. 37,8<sup>0</sup>, po powtórnej wstrzyknięciu pan. ciepł. 36,7, przekrwienie migdałków nieznaczne, utrudnienia w połykaniu nie odczuwa.

4) przyp. *Furunculosis* szyi, męż. lat 30, inj. 1 cc. pan. codziennie podskórnie w przeciągu trzech dni. Szybkie gojenie się.

5) przyp. *Pyelitis acuta*, kob. lat 34. Ciepł. wieczorami do 39,8<sup>0</sup>, dreszcze, ciała ropne pokrywają pole widzenia, posiew bact. colli. Trzy injec. pan. ciepł. 37,6<sup>0</sup>, następnie szczepionka z bact. colli, szybkie wyzdrowienie.

6) przyp. *Asthma bronchiale*, męż. lat 36. Wszystkie środki zwykle używane zawiodły. Napady duszności dwa razy na dobę. Trzy wstrzyknięcia pan. po 2 cc. Ilość napadów zmniejszyła się do jednego ataku na 4—5 dni.

7) przyp. *Pyelitis acuta*, kobieta lat 28. Ciepłota wieczorami do 39,0<sup>0</sup>. W moczu leukocyty pokrywają pole widzenia. Cylotropina



dożylnie bez skutku. Wstrzyknięcie pan. 2 cc. codziennie w przeciągu trzech dni. Szybka poprawa, ciepłota opada do normy.

8) przyp. *Pneumonia crouposa dextr.* Kobieta lat 26. Po jedenastu dniach spadek ciepł. W następnych dniach liczne rżenia, miejscami oddech oskrzelowy. Po trzech wstrzyknięciach 1 cc. pan. wspomniane objawy szybko ustąpiły.

9) przyp. *Abscessus peritonsillaris*, męż. lat 20. Ciepł. 39,2<sup>0</sup>. Utrudnienie w połykaniu, bóle gardła. Po wstrzyknięciu 2 cc. pan., chory następnego dnia poczuł znaczną ulgę, ropień podczas kaszlu samoistnie się opróżnił.

10) przyp. *Polyarthritus rheumatica subacuta*, męż. lat 35. Przechodził ostry gościec stawowy przed trzema tygodniami. Ciepłota dochodziła wówczas do 39,0<sup>0</sup>. Obecnie stan podgorączkowy; nie zważając na stosowanie salicylu i pyramidonu, ciepłota utrzymuje się na poziomie 37,4<sup>0</sup> do 37,6<sup>0</sup>. Wstrzyknięto pan. cztery razy po 1 cc. co drugi dzień. Ciepł. opadła do normy.

11) przyp. *Migrena*, kob. lat 34. Silne bóle lewej połowy głowy, zjawiające się codziennie. Środki przeciwbólowe bez skutku. Po stosowaniu w przeciągu trzech dni codziennie po 1 cc. pan. bóle ustąpiły, zjawiając się raz na 3—4 tygodnie.

12) przyp. *Neuralgia nervi ischiadici*, kob. lat 37. Uporczywe bóle, zwykle używane środki zawiodły. Trzy wstrzyknięcia pan. po 1 cc. codziennie. Bóle znacznie się zmniejszyły.

13) przyp. *Adnexitis*, kob. lat 32. Silne bóle w podbrzuszu, stan podgorączkowy 37,4<sup>0</sup>. Po trzech wstrzyknięciach pan. bóle na czwarty dzień znacznie się zmniejszyły,

14) przyp. *Ulcus serpens corn. oc. dextr. hypopion*, kob. lat 42 2 inj. pan. co drugi dzień. Hypopion ustąpił.

15) przyp. *po operacji zaćmy*, kob. lat 64. Na dziesiąty dzień bóle oka, hypopion. Pan. co drugi dzień po 1 cc. dwa wstrzyknięcia. Znaczna poprawa.

16) przyp. *Iritis*, męż. lat 26. Leczenie zwykle bez skutku, hypopion. Pan. 2 inj. co drugi dzień. Poprawa.

17) przyp. *Iritis*, męż. lat 38. Dwa tygodnie po grypie. Dwa wstrzyknięcia pan. Poprawa.

W powyższych przypadkach żadnego odczynu skórniego nie stwierdziłem. Leukocytoza w niektórych przypadkach podniosła się o 4—5 tysięcy.

Przypadki oczne były leczone na Oddziale okulistycznym Szpit. Im. P. Prezydenta Mościckiego w Łodzi, którego ordynator, Pan Dr. Sokołowski, łaskawie dostarczył mi wyniki leczenia „Panodiną“.

## K r o n i k a

KOMITET ORGANIZACYJNY  
XIV. ZJAZDU  
PSYCHJATRÓW POLSKICH

---

W porozumieniu z Zarządem Głównym Polskiego Towarzystwa Psychjatrycznego zawiadamiamy, że zgodnie z decyzją przyjętą na Walnem Zgromadzeniu XIV. Zjazd Psychjatrów Polskich odbędzie się 19. 20. 21. maja 1934 r. w Krakowie. Temat główny Zjazdu: Zaburzenia reaktywne, psychiczne i nerwowe z punktu widzenia etiologicznego, klinicznego, psychopatologii dziecka i ubezpieczeń społecznych.

### PROGRAM TYMCZASOWY. REFERATY GŁÓWNE.

Rola konstytucji w zaburzeniach psychicznych reaktywnych —  
Doc. Dr. Zieliński — Kraków.

Udział pierwiastka reaktywnego w nerwicach — Doc. Dr. Artwiński — Kraków.

Udział pierwiastka reaktywnego w psychozach — Doc. Dr. Łuniewski — Tworki. Pułk. Dr. Nelken — Warszawa.

Klasyfikacja spraw reaktywnych w świetle dzisiejszego doświadczenia klinicznego — Prof. Dr. Borowski — Poznań.

Mechanizm powstawania zaburzeń reaktywnych — Dr. Bornsztajn — Warszawa.

Korreferat — Dr. Chłopicki — Kraków.

Zaburzenia reaktywne u dzieci i młodzieży na tle nieprzystosowania do rzeczywistości — Prof. Dr. Szuman — Kraków.

Zaburzenia psychiczne reaktywne u dzieci — Dr. Mikulski — Warszawa.

Profilaktyka zaburzeń psychicznych reaktywnych u dzieci — Dyr. Dr. Stryjeński — Kobierzyn.

Orzeczenie sądowo-lekarskie w sprawach urazowych — Dr. Janowski — Kraków.

Nerwice reaktywne a zdolność do pracy — Dr. Medyński — Kraków.

#### LUŻNE ODCZYTY.

Podstawy psychologiczne reakcyj psychotycznych — Dr. Drochocki — Kraków.

Etjologia zaburzeń reaktywnych na tle zjawisk symbiozy psycho-psychoidalnej — Dr. K. Wize — Dziekanka.

Znaczenie pedagogiki leczniczej przy terapii zaburzeń reaktywnych u dzieci — Dr. W. Spektorowa — Łódź.

Badania psychotechniczne nad uzdolnieniami zawodowymi dzieci niedorozwiniętych umysłowo — Dr. B. Biegeleisen — Kraków.

Opieka nad psychicznie chorymi dawniej i dzisiaj — Dyr. Dr. T. Łapiński — Warszawa.

Zagadnienia psychoz w wieku przedstarczym i starczym — Dr. Meissner — Kobierzyn. Zagadnienia demencji — Tenże. Zagadnienia związku typów rasowych z właściwościami psychicznymi, fizjologicznymi, oraz ze skłonnościami do pewnych chorób. — Tenże. Zabójcy przebywający w Zakładzie Kobierzyńskim pod względem antropologicznym — Tenże.

Omówienie badań konstytucyjnych w nerwicach — Dr. J. Kirszner — Kraków.

Zgłoszenia odczytów i referatów przyjmowane będą do dnia 1-go kwietnia 1934 r.

Wszelkie pisma w sprawie Zjazdu i zgłoszenia odczytów prosimy kierować pod adresem sekretarza generalnego Zjazdu: Doc. Dr. E. Artwiński — Kraków, ul. Batorego 17.

#### ZA KOMITET ORGANIZACYJNY:

Sekretarz Generalny:  
Doc. Dr. E. Artwiński

Prezes:  
Prof. Dr. St. K. Pieńkowski.

W lipcu 1935 r. odbędzie się w Brukseli VII. Kongres Międzynarodowy Lekarski w sprawie wypadków przy pracy i chorób zawodowych. Kongres będzie obradował w 3 sekcjach:

- 1) sekcja chirurgiczna z dwoma tematami programowymi:  
„Późne następstwa urazów czaszki“ oraz  
„Urazy ręki i palców“;
- 2) sekcja chorób zawodowych z tematami programowymi:  
„Walka z pyłem w przemyśle“ i  
„Patologia zatruc gazami kopalnianemi“;
- 3) sekcja wspólna z tematami programowymi:  
„Objektywne objawy bólu“ i  
„Urazy elektryczne“.

Poza koreferatami do tych tematów dopuszczone będą krótkie referaty na inne tematy, związane z leczeniem i zapobieganiem wypadkom przy pracy i chorobom zawodowym.

Informacji udziela Sekretarz Generalny Kongresu: Dr. Leo Derjardin, 23 rue du Commerce, Bruxelles.

---

Szanowna Redakcja  
„Lekarz Kolejowy“

w/m.

Niniejszem donosimy, że „Biblioteka Centrum Wyszolenia Sanitarnego“ jest czynna codziennie od godziny 8 do 20 bez przerwy, korzystać z Biblioteki mają prawo wszyscy lekarze. Książki wypożycza się również na prowincję. Biblioteka posiada obecnie ponad 50.000 tomów książek i czasopism lekarskich, prenumeruje 317 czasopism. Aby umożliwić nabywanie wszystkich ważniejszych nowości z dziedziny medycyny, zostały wprowadzone od 1 stycznia drobne opłaty, a mianowicie: za wypożyczanie książek i czasopism 1 zł. miesięcznie, za korzystanie z czytelni 2 zł. półrocznie, za zestawienia piśmiennictwa polskiego i obcego na wszelkie tematy z dziedziny medycyny 10 gr. od pozycji. Pieniądze wpływające z tych opłat będą obracane wyłącznie na powiększanie zbiorów, a zwłaszcza na zakupowanie książek w językach obcych i prenumeratę nowych czasopism. Przy nabywaniu książek będą uwzględniane, w miarę możliwości, życzenia czytelników.

Łączę wyrazy głębokiego poważania

Kierownik Biblioteki:  
Dr. Stanisław Konopka  
mjr. lek.

---



## Spis rzeczy

1. Dr. Edmund Boczkowski—Znaczenie chorób społecznych jako czynnika powodującego przedwczesne inwalidztwo pracy a leczenie zapobiegawczo-restytucyjne i akcja zapobiegawcza instytucyj ubezpieczeniowych chorobowych i inwalidzkich . . . . .	str. 1.
2. Inż. Wojciechowski—Pierwsze Laboratorium Psychotechniczne Kolei Północnej w Paryżu . . . . .	„ 35.
3. Dr. A. Liebesmann — Zagadnienie wykonywania odczynu Bordet-Wassermanna i pokrewnych, w szczególności odczynu skłębkwania Müllera (M. B. R. II) u pracowników kolejowych . . . . .	„ 39.
4. Dr. Cz. Czechowicz — Uwagi o organizacji rejonów lekarskich . . . . .	„ 45.
5. Streszczenia i oceny . . . . .	„ 48.
6. Dział nowości terapeutycznych . . . . .	„ 71.
7. Kronika . . . . .	„ 74.

---

## Na marginesie zagadnienia hormonu sercowego.

W lecznictwie schorzeń układu krążenia opoterapia przez długi czas nie była brana pod uwagę. Dopiero badania ostatniej doby rzucały światło na tę niezmiernie ciekawą dziedzinę i wyświectliły rolę, jaką ciała, zawarte w samym mięśniu sercowym, odgrywają w regulacji czynności układu krążenia.

Cały szereg prac autorów, zwłaszcza niemieckich i belgijskich, niezbicie stwierdziły istnienie ciał, mających charakter „hormonu sercowego”. W roku 1922 Demoora zdołał uzyskać z serca wołu wyciąg, wzmagający i przyspieszający kurczliwość serca królika. Główną rolę miały według niego odgrywać ciała, zawarte w pewnych tylko odcinkach serca, mianowicie w okolicy zatokowej, w uszku prawem i tkance węzłów, i tym to substancjom przypisywał on zdolność wzmożenia skurczów serca, jak również zdolność ponownego wywołania ich po zupełnem ustaniu czynności serca.

Prace te zostały potwierdzone przez Leona Bineta, J. Venera i P. Gabriela. W r. 1924 udało się Haberlandowi wyosobnić z serca żaby ciało, zbliżone do substancji otrzymanej przez Demoora, przy czem stwierdził on, że jest ono specyficznym hormonem sercowym, zawartym w układzie przewodnictwa sercowego, t. j. w zatoce, pęczku Hissa i węzle Tawary. Hormon ten, produkowany przez tkankę sercową, byłby analogiczny do hormonów, wytwarzanych przez gruczoły wewnętrznego wydzielania. Podczas, gdy inni badacze twierdzą, że hormon sercowy daje się wyosobnić również z innych mięśni poprzecznie-prążkowanych szkieletowych, Haberland uważa, że jedynem miejscem wytwarzania jego jest tkanka sercowa, w mięśniówce zaś obwodowej jest tylko ta jego część, która zostaje przez krew tam zanesiona.

Dalsze badania wykazały, że wyciągi, omawiane przez nas, ujaśniają swe działanie nietylko w leczeniu właściwej niewydolności mięśnia sercowego, ile raczej w terapii schorzeń, przebiegających ze skurczem naczyń krwionośnych.

W Niemczech zajęto się gorliwie tą kwestją, przyczem wnioski, do których badacze niemieccy doszli, są bardzo daleko idące i mają niezwykle doniosłe znaczenie w fizjopatologii układu krążenia. Wyniki doświadczeń laboratoryjnych zgadzały się ze spostrzeżeniem, poczynionem przez niektórych klinicystów, iż ciężkie napady dusznicy ustępują niekiedy pod wpływem regularnych ćwiczeń mięśniowych.

Praca mięśnia sercowego miałaby przytem wyzwolić do krwiobiegu znaczną ilość ciał hormonalnych, analogicznych do wyciągów, otrzymywanych z mięśnia sercowego i mających działanie przeciwskurczowe i naczynio-rozszerzające.

Działanie wyciągów z mięśnia sercowego łatwo możemy zaobserwować na zwierzętach doświadczalnych. Objawia się ono przede wszystkim w układzie naczyń krwionośnych. Zastrzyk dożylny „hormonu sercowego“ wywołuje silne rozszerzenie światła naczyń wieńcowych w sercu zwierząt laboratoryjnych, wzmagając przytem skurcze serca i podwyższając falę tętna.

Schutzmayer stwierdził ich doniosłe znaczenie dla regulacji krwioobiegu, gdyż obniżają one tonus małych tętniczek kończyn, jelit i nerek, wywołując jednocześnie rozszerzenie ich światła i stąd obniżenie ciśnienia krwi.

Salzman przekonał się drogą doświadczeń, iż hormony sercowe polepszają przewodnictwo uszkowo-komorowe, zmniejszając pobudliwość mięśnia sercowego i znosząc skurcze dodatkowe.

Ciała, zawarte w tych wyciągach, stanowiły przedmiot długotrwałych poszukiwań. Mouzon uważał, że stanowią one produkt przemiany materji tkanki mięśniowej. Ringler, badając własności chemiczne tych substancyj, doszedł do przekonania że są one związkami, zbliżonemi strukturalnie do histaminy.

Liczni jednak późniejsi badacze obalili ten pogląd Fahrenkampfi np. po skrupulatnej analizie chemicznej stwierdził, że wyciągi z mięśnia sercowego nie zawierają ani histaminy, ani albuminy, ani też epireniny. Pogląd ten został w całej rozciągłości potwierdzony również przez Buchholza, który, między innemi, zwrócił słuszną uwagę na to, że nie mają one żadnego wpływu na czynność wydzielniczą śluzówki żołądka; działanie histaminy jest więc tutaj wykluczone.

Szemt-Györgi i Druri pierwsi wykryli w tych ciałach wyciągowych obecność wielkich ilości związków adenino-nukleotydowych i im też przypisywali wpływ naczynio-rozszerzający. Dalszym etapem tych poszukiwań było wyodrębnienie przez Ringera i Schaumanna w czystej, krystalicznej postaci adenozyiny, która pod względem budowy chemicznej zbliżona jest do niektórych glikozydów naparstnicy.

W dalszym ciągu Györgi i Druri wykazali, że wyciągi sercowe zawdzięczają swe działanie zawartemu w nich kwasowi adenozyinofosforowemu, który bardzo łatwo przekształca się w adenozyinę i kwas adenyłowy. Wszystkie te trzy składniki mają działanie farmakodynamiczne prawie do siebie anelogiczne.

Klinicznem potwierdzeniem roli tych ciał chemicznych byłoby

niezmiernie ciekawe spostrzeżenie, poczynione przez Lindnera i Rindlera, którzy we krwi chorych na dusznicę bolesną stwierdzili nader ilości kwasu adenylogowego. Fakt ten nasunąłby przypuszczenie, że dusznica bolesna i niektóre inne schorzenia układu krążenia zależą od zmian w metabolizmie związków nukleotydowych. Rothman jest również zwolennikiem tej koncepcji.

Hormony sercowe znalazły zastosowanie w całym szeregu schorzeń układu krążenia. Na pierwszym miejscu, zgodnie zresztą z przesłankami, wynikającymi z działania farmakodynamicznego, stoi dusznica bolesna. Podług Duchera efekt leczniczy jest bardzo dobry w następujących postaciach: 1) w t. zw. postaci ambulatoryjnej, to znaczy w przypadkach, kiedy chory, będąc w ruchu, musi nagle zatrzymać się z powodu uczucia bólu za mostkiem, przy braku zapaści i uczucia unieczestwienia, 2) w postaci toksycznej, powstałej na tle zatrucia nikotyną lub kofeiną i 3) w postaci naczynio-ruchowej, występującej często na tle zaburzeń w układzie współczulnym lub też u kobiet w okresie przekwitania.

Wyniki są mniej korzystne w przypadkach dusznicy bolesnej, zależnej od daleko posuniętego zwyrodnienia mięśnia sercowego, sklerozy starczej i w zatorach naczyń wieńcowych.

Hubert podaje ciekawą statystykę. Wśród 100 chorych na dusznicę bolesną u 80 stwierdził on całkowite ustanie napadów lub wybitne zmniejszenie się ich nasilenia. Leczenie hormonami serca zawiódło tylko w tych przypadkach, w których do dusznicy bolesnej przyłączyły się poważne powikłania. U kilku chorych z aortitis luica, u których niemiarowość dotychczas utrzymywała się latami, zaburzenia rytmu znikły zupełnie. Dla zapobiegania nawrotom Hubert radzi przeprowadzić dłuższą kurację hormonalną. Jest on zdania, że preparaty hormonu sercowego swym działaniem znacznie przewyższają przetwory nitrowe i, w przeciwieństwie do nich, nie tylko usuwają objawy chorobowe, lecz działają również niejako przyczynowo.

Ludwig stosował hormony serca w przypadkach zaburzenia rytmu czynności serca (bradykardja zatokowa ze zwyrodnieniem mięśnia sercowego, zaburzenia przewodnictwa pochodzenia kiłowego) i otrzymał przytem dobre wyniki, objawiające się przede wszystkim powrotem tętna do normy i większą miarowością.

Fahrenkampff wypróbował działanie hormonów sercowych na licznych chorych, przyczem w całym szeregu przypadków otrzymał doskonałe wyniki lecznicze.

Buchholz między innemi przytacza przypadek zapalenia nerek, powikłanego zapaleniem mięśnia sercowego, które wywołało brady-



kardję z tętnem 50, przyczem elektrokardjograf wykazał częściowy blok z upośledzeniem przewodnictwa. Po zastosowaniu hormonu sercowego ilość tętna wróciła do normy, i przewodnictwo polepszyło się znacznie.

W przypadkach skurczów dodatkowych bez towarzyszącego zapalenia wsierdza leczenie hormonem sercowym znosiło objawy chorobowe niekiedy na stałe, a u niektórych chorych na długi okres czasu. Buchholz dochodzi do przekonania, że stosowanie hormonu sercowego zwiększa przewodnictwo podniet z uszka prawego do przedsionka i nie dopuszcza do wytwarzania się nienormalnych podniet, wywołujących skurcze dodatkowe.

Doniosłe znaczenie dla lecznictwa mają prace kliniczne, przeprowadzone przez Fahrenkampfa i Schneidera pod kontrolą elektrokardjografa. Chorzy z rozmaitemi zaburzeniami sercowymi, połączonymi z niemiarowością zupełną i migotaniem przedsionków, otrzymali hormon sercowy drogą parenteralną, skurcze stawały się rzadsze, na elektrokardjogramie zamiast migotania przedsionków występował tylko częstoskurcz uszkowy. W innych wypadkach zdołali oni stwierdzić, że prawie natychmiast po wstrzyknięciu hormonu sercowego ponownie ukazywała się nie występująca dotychczas fala P skurcze komór stawały się prawidłowe.

Rzeczą dużej wagi pod względem terapeutycznym jest współdziałanie hormonu sercowego i naparstnicy (Ringer, Schaumann i Fahrenkampff). Niektórzy autorowie jak np. Buchholz uważają, że działanie naparstnicy jest o wiele szybsze i pewniejsze, jeżeli podawanie jej jest poprzedzone leczeniem hormonem sercowym.

Jak widzimy domena leczenia hormonem sercowym obejmuje przede wszystkim schorzenia serca i schorzenia przebiegające z zaburzeniami w szerokości światła naczyń krwionośnych. Do pierwszych należą zaburzenia przewodnictwa i powstawania podniet, nerwica serca i różnego pochodzenia niedomogi serca (zwłaszcza jako faza przygotowawcza przed stosowaniem naparstnicy). Do drugich zaliczamy w pierwszym rzędzie dusznicę bolesną, następnie zaś wszelkie skurcze naczyń wynikające z zachwiania równowagi układu współczulnego, nadciśnienie samoistne i t. d.

W kraju hormon sercowy jest wytwarzany przez firmę Klawe p. n. Cardiogen. Przetwór ten istnieje w postaci zastrzyków i kropeł do stosowania doustnego.

---

S. BRZozowski. Winogrona — Brzoskwinie — Morele. Warszawa, wyd. II. Str. 40. Zł. 1.50.

Popularna książeczka o hodowli, możliwej i w naszych warunkach, szczególnie gdy chodzi o morele i brzoskwinie, które przy użyciu łatwych w zastosowaniu ochron udają się znakomicie i są artykułem wielce dochodowym.

---

E. NEHRING. Pielęgnowanie kwiatów w pokoju, wyd. II, uzupełnione, z 14 ryc. Warszawa, 1934. Str. 75. Zł. 1.50.

Nieoceniony podręcznik dla miłośników kwiatów w mieszkaniu. Daje tyle praktycznych i fachowych rad, związanych z utrzymaniem roślin w warunkach domowych, że każda z Pań, po przeczytaniu dowie się dopiero, co należy czynić, żeby kwiaty w doniczkach, czy to na parapecie okiennym, czy też w żardinierze, miały zdrowy i należyty wygląd.

---

NEHRING E. Kaktusy w mieszkaniu. Z 25 rycinami. Wyd. II. Warszawa. Str. 70. Zł. 1.50.

Kaktusy weszły dziś powszechnie w modę i należą do koniecznych ozdób współczesnego stylu wewnątrz mieszkaniowych. Coraz to nowe odmiany, wprowadzane na rynek przez ogrodników, wymagają umiejętności w pielęgnowaniu tych egzotycznych roślin, które wcale dobrze hodują się i kwitną w pokoju.

W książce p. Nehringa miłośnicy kaktusów znajdą cenne bardzo wskazówki, jakie odmiany najlepiej nabywać i jak postępować, aby uzyskać dobre rezultaty.

---

E. NEHRING. Pielęgnowanie drzew i krzewów owocowych w zimie i lecie. Z 24 rycinami. Warszawa, 1934. Str. 60. Zł. 1.50.

Wielu właścicieli domków podmiejskich ma ogródki owocowe, ale, czy każdy dobrze zdaje sobie sprawę, kiedy i co należy czynić, aby drzewka rosły normalnie i dały obfity plon? Dla tych to miłośników przyrody i własnego smacznego owocu wydana została niniejsza książeczka, która każdemu odda wielką usługę, wskazując na wszystkie praktyczne czynności w zakresie pielęgnowania własnego ogrodu podczas całego roku.

---

JANKOWSKI E. Prof. Przeszczepianie drzew owocowych. Z 5 rys. Warszawa, 1934. Str. 29. Zł. 1.50.

Zdarza się często, że za dużo mamy w sadzie drzew z owocami wczesnymi, albo niektóre odmiany nie udają się na naszej glebie z tych lub owych powodów, albo też w skutek mrozów giną — wtedy, jeśli pnie są zdrowe, i niezbyt stare możemy je uszlachetnić przez przeszczepienie. Im wcześniej to skuteczniemy, tem lepiej. Nie są to zbyt trudne rzeczy i jeśli tylko uważnie wczytamy się w rady i wskazówki, które daje nam zasłużony Nestor naszego ogrodnictwa, wybitny pomolog — to niejedne braki owocostanu w naszym sadzie możemy łatwo i z korzyścią dla siebie usunąć. A wszak przyjemniej jest mieć owoce nie tylko na pokaz na drzewie, ale i do różnorakiego użytku.

---

J. ŁEBKOWSKI. Ogródki kwiatowe. Praktyczne wskazówki dla posiadaczy małych ogródków. Warszawa, 1934. Str. 69 i 8 planów. Zł. 1.80.

Wszyscy kochamy kwiaty i zachwycamy się ich barwą i wonią. To samo przez się rozumie się i dziś niema nawet najmniejszego ogródka, żeby wiosną i latem, oprócz prozaicznych warzyw, nie było choć małego klombiku czy rabatki, obsadzonej kwieciami mniej lub więcej dobranem. Ale dobrać barwy, wysokość roślin, czas kwitnienia i stworzyć z tego piękną dekorację naszego małego parku, czy ogródka — to jest już prawdziwa sztuka. Trzeba mieć doświadczenie, aby nie tracić darmo pieniędzy na nasiona lub flance i osiągnąć zadowalniające rezultaty.

Tego właśnie uczy praca p. J. Łebkowskiego. Daje także cenne i praktyczne wskazówki (a wszystko poparte planami i rysunkami) jakie kwiaty, kiedy i gdzie rozmieszczać, że po przeczytaniu jej każdy obywatel na posiadanej ziemi z łatwością może sobie stworzyć prawdziwie rajski ogród.

---

MAG. J. BIEGAŃSKI, Hodowla ziół lekarskich. Warszawa, 1934. Wyd. V. Str. 288. Zł. 5.—.

Najmłodsza i najmniej znaną rolnikom gałęzią produkcji rolnej u nas jest hodowla ziół aptekarskich, zdawien dawna za granicą szeroko stosowana i w wielu okolicach będąca źródłem zamożności mieszkańców. Pod produkcję tych roślin dla aptek i przemysłu opartego na ich przerobie, zajęto duże przestrzenie ziemi, pośród których stoją znane w całym świecie przetwórnice, zapełniając swym towarem rynki wielu krajów. Wszyscy tam żyją z uprawy ziół lekarskich. U nas szeroki ogół przywykł patrzeć na dochodowość, osiąganą z ziół, na zasadzie groszowych zakupów mięty, rumianku, szalwii lub mydliku, a nie wie i nie przypuszcza, że taka jedna fabryka Schimla pod Lipskiem sprowadzała przed wojną rocznie 30.000 pudów kminku z Rosji. Państwowy Zakład Doświadczeń rolniczych w Kisielnicy (pod Łomżą) stwierdza możliwości otrzymania przeciętnie z morgi: Kolendru 750 kg. po zł. —.60 za 1 kg. Syropu lekarskiego 870 kg. po zł. 1.— za 1 kg. Szalwii lekarskiej 740 kg. po zł. 1.— za 1 kg. Jeżeli dodamy, iż z powodu podniesienia cel na zioła, sprowadzane z zagranicy, wzrośnie i cena, płacona hodowcom, to każdy rolnik powinien zrozumieć jaka świetna przyszłość leży w uprawie roślin lekarskich na szeroką skalę. Książka p. mag. Biegańskiego daje naszym hodowcom możliwość zdobycia nowych źródeł dochodowości z ziemi.

---