

ZDROWIE I ŻYCIE

DZIENNIK URZĘDOWY IZBY ZDROWIA W GENERALNYM GUBERNATORSTWIE

Numer 37 (54). Rocznik II.

Kraków, 17. 9. 1941 r.

Redaktor: Dr med. Werner Kroll, Kraków, Krupnicza 11a, tel. 10524. — Wydawnictwo: Gesundheitskammer, Kraków, Krupnicza 11a, tel. 10524. — Odpowiedzialny za dział ogłoszeń: W. von Würzen, Kraków, Krupnicza 11a. — Rachunek bankowy: Gesundheitskammer — w Creditanstalt-Bankverein, Kraków, Adolf Hitlerplatz, róg Szewskiej. — Poczłowe konto czekowe: Warszawa 73. — Adres telegraficzny: Gesundheitskammer, Kraków. — Prenumerata Zł. 3.— miesięcznie. Wszystkie urzędy pocztowe przyjmują zamówienia. — Czasopismo ukazuje się co tydzień.

Artykuły dla części redakcyjnej nadsyłać wyłącznie pod adresem: Redakcja „Zdrowie i Życie“, Kraków, Krupnicza 11a, lub do Oddziału Warszawskiego, Warszawa, Koszykowa 37 (Okręgowa Izba Zdrowia). Rękopisy nadsyłać można bądź to w języku polskim bądź to niemieckim. — Korespondencję w sprawie ogłoszeń, zwłaszcza ogłoszeń pod szyfra, kierować wyłącznie: Wydawnictwo Gesundheitskammer, Kraków, Krupnicza 11a.

Nie zamówione rękopisy zwraca się tylko w wypadku dołączenia opłaty pocztowej w odpowiedniej wysokości.

TRESC:

	Str.
Dr. Werner KROLL, Kraków: Leczenie indywidualne a zdrowotność ogółu	249
Prof. Dr. Tadeusz TEMPKA, Kraków: Z pogranicza symptomatologii czerwonki (ciąg dalszy)	252
Prof. Dr. KATHE, Wrocław: Znaczenie gorączki bagiennej pól ryżowych dla kąpielisk publicznych	254
Obwieszczenie dotycząca całokształtu Izby Zdrowia	254

Leczenie indywidualne a zdrowotność ogółu

Napisał Dr. Werner Kroll, stały zastępca Kierownika Izby Zdrowia w Gen. Gubernatorstwie, Kraków.

W epoce, którą mamy poza sobą, w lecznictwie ścierały się z sobą bardzo często dwie zasady: po pierwsze — prawo chorego do leczenia indywidualnego i do uwzględnienia jego wolności osobistej, po drugie — prawo ogółu do ochrony szczególnie przed chorobami zaraźliwymi.

Pierwsza zasada znalazła swój trwały osad w wymogu zachowania tajemnicy lekarskiej. Lekarz, a w pewnych granicach każda osoba zajęta przy leczeniu chorych, miała, a i dzisiaj jeszcze we wszystkich państwach kulturalnych ma, zakreślony szeroko obowiązek zachowania milczenia co do wszystkich spraw, o których dowiedziała się przy sposobności opieki lekarskiej nad powierzonym jej chorym, a odnoszących się do osobistych okoliczności życiowych chorego. Ten obowiązek zachowania tajemnicy uważano za jeden z najważniejszych warunków po temu, ażeby pacjent mógł nabrać pełnego zaufania do osoby leczącej go. Zaufanie to było i jest niezbędne, aby chory osobie leczącej go udzielił możliwie bezwzględnie wszystkich wywiadów o swych okolicznościach życiowych i przyzwyczajeniach życiowych, których znajomość jest po prostu niezbędna dla oceny przypadku chorobowego. Tak więc w interesie celowego leczenia chorych nie można będzie zupełnie pominąć zasady obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej, albowiem jest ona istotnym warunkiem skutecznego leczenia indywidualnego. Ale pomyślny wynik leczenia poszczególnych członków jakiejś wspólnoty narodowej pociąga za sobą automatycznie w znacznej części równocześnie też pomyślny wynik leczenia stanów chorobowych, które przez sumę poszczególnych przypadków zachorowań zagrażają całości narodu, jako takiej. W czasach, które mamy poza sobą, możliwość skuteczności indywidualnego leczenia chorych czasem przeceniano tak, że w interesie wolności po-

szczególnego obywatela uważano, że leczenie indywidualne może być wystarczające, i z tego stanowiska sprzeciwiano się w miarę możliwości zarządzeniom państwowym, które uważały za konieczne, a dlatego też i za usprawiedliwione, wkraczanie w osobistą wolność poszczególnego obywatela państwa, dla ochrony całości narodu, złączonego w jednym tworze państwowym, przed rozpowszechnieniem się chorób zaraźliwych. W związku z tym przypomnę np. wystąpienia przeciwników szczepień i przymusowe szczepienie ospy, jako środek zapobiegawczy przeciw tej groźnej zarazie dziecięcej.

Druga zasada znalazła szczególnie swój wyraz w obowiązku zgłaszania chorób zaraźliwych, który to obowiązek sam przez się jest całkowicie sprzeczny z obowiązkiem tajemnicy lekarskiej. Ze względu na zachowanie obowiązku tajemnicy obowiązek zgłaszania jest ograniczony wyraźnie do pewnej konkretnej liczby chorób zaraźliwych, a szczególnie do chorób wybitnie nagminnych, dla których opanowania, jak uczy doświadczenie, lecznictwo indywidualne okazało się niedostateczne i gdzie dlatego właśnie musi się należycie wcześniej wdrożyć zarządzenia państwowe, aby zarazę ograniczyć możliwie do jej ogniska, wykryć źródła zakażeń, zamknąć je i usunąć. W różnych państwach i w różnych czasach nierównomiernie oceniano liczbę chorób zakaźnych podlegających obowiązkowi zgłoszenia w tym ujęciu.

Okres socjalistyczny w zmiennych państwowych formach przejawiania się wysunął z mniejszym czy większym naciskiem żądanie, że zasadniczo we wszystkich sprawach interesom społeczeństwa, państwa, wspólnoty narodowej należy dać pierwszeństwo przed interesami poszczególnych obywateli państwa, których oceniano w pierwszym rzędzie nie tyle jako osoby indywidualne, ale raczej jako członków

wspólnoty narodowej. W dziedzinie lecznictwa tendencja ta wyraziła się w tym, że obowiązek dochowania tajemnicy lekarskiej coraz to bardziej ścieśniano na rzecz zobowiązania lekarza do udzielania zgodnych z prawdą wywiadów o stanie chorego najprzeróżniejszym instytucjom społecznym, które pojął się, jako zobowiązane do ponoszenia kosztów leczenia. Odnosi się to też szczególnie do zobowiązania lekarzy do zgodnego z prawdą wpisywania rozpoznania chorób na kartach porady kas chorych.

Ten rozwój bardzo często wywoływał u lekarzy poważne konflikty sumienia, albowiem, zgodnie ze swą całą postawą zasadniczą, uważali się oni za moralnie zobowiązanych przede wszystkim do przestrzegania w pierwszym rzędzie swej tajemnicy zawodowej. Aczkolwiek rozwój rzeczywisty potoczył się ponad tymi wątpliwościami lekarzy, mniej czy więcej uzasadnionymi, to jeszcze i dzisiaj istnieją trudności, wpływające coraz to na nowo, przy czym sumienny lekarz tylko z trudem może się zdobyć na jasne rozstrzygnięcie, jak winien się zachować w poszczególnym przypadku. Odnosi się to szczególnie do wszystkich tych przypadków, w których wydanie tajemnicy, poznanej w toku leczenia, pewnej władzy, kasie chorych, czy innej instytucji społecznej, grozi z wielkim prawdopodobieństwem pociągnięciem za sobą ujemnych skutków osobistych czy też gospodarczych dla chorego. Tak zawiadomienie władzy, że pewien urzędnik publiczny czy prywatny cierpi na otwartą i zakaźną postać gruźlicy, może, oczywiście, mieć ten skutek, że chory przynajmniej przejściowo utraci swe zatrudnienie, albo że koledzy szczególnie z obawy przed zarażeniem będą go trwożliwie unikać i na przykład będą się wzdragać przed wspólną pracą na tym samym miejscu co i chory.

Choroba w każdym razie jest mniej czy więcej tragicznym zdarzeniem losu. Skutki zachorowania dla osoby, która mu uległa, są zawsze mniej czy więcej bolesne. Właśnie okres społeczny uznał ten tragizm w pełnym rozmiarze nie tylko teoretycznie, ale z mniejszym czy większym powodzeniem usiłował złagodzić, o ile to tylko możliwe, ten tragizm dla poszczególnej dotkniętej nim osoby przez stworzenie instytucji społecznych, jak kasy chorych, związki opieki, urzędy ubezpieczeń itd. Po pierwsze, ciężary gospodarcze, które wskutek niezdolności do pracy, ubytku dochodów i kosztów leczenia mogą, zależnie od okoliczności, przyjąć rozmiary katastrofalne dla chorego i jego rodziny, przerzuca się w jakiegokolwiek bądź postaci na barki jakiejś większej wspólnoty. Drogą świadczeń pieniężnych wspólnota ta pomaga gospodarczo jednostce na wypadek zachorowania i chroni tę jednostkę i jej rodzinę przed ruiną gospodarczą wskutek takich fatalnych wydarzeń. Ale z drugiej strony siła gospodarcza większej wspólnoty umożliwia też na ogół utworzenie możliwości leczenia przez zakładanie szpitali, przygotowanie wyszkolonego personelu lekarskiego i pielęgniarskiego i zatrudnienie osób leczących o wysokiej wartości. Wspólnota uwalnia także poszczególnego chorego od ciężkiej konieczności przyjmowania wskutek trudnego położenia gospodarczego leczenia, jako czegoś równoznacznego z jałmużną, i daje członkowi wspólnoty roszczenie prawne o stosowne zaopatrzenie na wypadek zachorowania.

Te urzędzenia socjalne wydają się nam już tak zrozumiałe same przez się, że nie możemy sobie prawie przedstawić tych czasów, w których jednostka

była wydana tragizmowi zachorowania bez żadnej ochrony. W dziedzinie przekonań rozwój socjalistyczny coraz to bardziej przekształcał przecenianie poszczególnej osoby i jej praw do wolności w przeświadczenie, że jednostka jest niczym, wszystkim zaś jest naród, w którego wiecznie żywej substancji zawierają się wszystkie warunki istnienia jednostki. Führer i kanclerz Rzeszy wypowiedział to przekonanie w zasadzie: „Ty jesteś niczym, twój naród jest wszystkim“. Czas już, ażeby lecznictwo w najszerszym mierze przestawiło się na to przekonanie.

Obowiązek tajemnicy lekarskiej musi się nadal utrzymać jako konieczność taktyczną dla celowego lecznictwa. Ale tajemnica lekarska traci swe uzasadnienie moralne z chwilą, gdy to w jakiegokolwiek postaci zagraża ogółowi. Przy ocenianiu poszczególnego przypadku dobro całości ma niezaprzeczone pierwszeństwo przed prawem jednostki do korzystania ze swej swobody osobistej. Jednostka jest pod względem losu związana z całością. Jej swobody są ograniczone koniecznością utrzymania i zapewnienia w pierwszym rzędzie wolnego i niepodlegającego przeszkodom rozwoju wiecznego życia substancji narodu. Ten punkt widzenia też musi rozstrzygać o wszystkich poczynaniach lecznictwa. Zdrowa substancja narodu wytwarza z siebie ciągle dostatecznie wielką liczbę poszczególnych indywidualów, składających się na organizm społeczny, które to jednostki napędzają koniecznymi siłami gospodarstwo narodowe jako całość. Musi się dbać o to, ażeby organizm społeczny, jako całość, pozostał zdrowy, aby choroby poszczególnych indywidualów nie przybierały w organizmie społecznym takiego rozmiaru, ażeby na skutek tego podstawowa substancja życia narodu uległa sama uszkodzeniu i straciła zdolność zdrowego utrzymania gatunku.

Choroby nagminne, które mogą zniszczyć żyjącą substancję zasadniczą jakiegoś narodu, wychodzą daleko poza dziedzinę chorób zakaźnych, podlegających zgłoszeniu. Musimy się przyzwycząć do tego, aby uważać za szkodliwe dla narodu i odpowiednio do tego zwalczać wszystkimi środkami stojącymi nam do dyspozycji wszystkie takie przyzwyczajenia życiowe, które mogłyby zmniejszyć u przyszłych pokoleń ich wydajność i zdolność do pracy. Celem czynności związanych z opieką lekarską nie może być tylko bezwzględne utrzymanie samego życia, bez uwzględnienia jego jakości, lecz cel ten musi się wytknąć wyżej. Powierzona nam ludzkość musi się uwolnić od wszystkich obciążających substancji chorobowych, które mogą doprowadzić do zmniejszenia gatunku ludzkiego. Ale osiągnięcie tego rodzaju wysokiego celu wymaga nie pół-środków, lecz całego wysiłku, a szczególnie wykluczenia z ciała narodu nosicieli niebezpiecznych zarazków w takiej postaci, która możliwie radykalnie zapobiegłaby dalszemu rozpowszechnianiu zarazków chorób nagminnych.

Przy szczególnie niebezpiecznych zarazkach, które zwłaszcza objęto przymusem zgłaszania chorób zakaźnych, policja sanitarna najprzeróżniejszych państw z dużym powodzeniem rozpoczęła izolowanie osób dotkniętych chorobą w oddziałach chorób zakaźnych, bez względu na życzenie chorych i ich rodzin, a podejrzanych umieszczała na stosowny czas w oddziałach kwarantannowych. Na skutek tych zarządzeń udało się ograniczyć do znośnych rozmiarów szerzenie się przeważającej części niebezpiecznych chorób

zakaźnych o ostrym przebiegu, oraz na ogół zachować całe kraje wolne od tego rodzaju zaraz.

W stosunku do chronicznych chorób zakaźnych, którymi w naszych szerokościach geograficznych są szczególnie gruźlica i kiła, z najróżnorodniejszych powodów nie można się było zdobyć na sięgnięcie do pełni takich środków. W tym względzie mierzenie ponad cel byłoby też błędem. Właśnie obie te choroby chroniczne w różnych stadiach ocenia się bardzo rozmaicie co do niebezpieczeństwa zakażenia. Ale zgoda panuje co do tego, że choroby te w pewnych stadiach w znacznej mierze zagrażają otoczeniu. Tak więc w tych stadiach zdaje się być niezbędnie potrzebne przeprowadzenie izolacji chorego tak długo, dopóki wedle uznania lekarza niebezpieczeństwo zakażenia otoczenia nie okaże się usunięte zgodnie z przekonaniem naukowym.

Jak uczy doświadczenie, wojna przez swe najróżnorodniejsze wpływy, zwłaszcza w dziedzinie wyżywienia, zwiększa zagrożenie szerokich warstw społecznych gruźlicą. Istnieje cały szereg czynników leczniczych, które zawsze okazały się bardzo pomocne właśnie przy zwalczaniu gruźlicy, lecz których zastosowanie jest praktycznie po prostu niemożliwe, właśnie wobec nieprzyjacielskich zarządzeń blokadowych oraz pod wpływem szczególnych wymogów wojny. Rzecz oczywista, że na skutek odżywienia wojennego i wskutek znacznych wysiłków cielesnych i duchowych nie tylko ludzie cierpiący już na jawną gruźlicę narażeni są na przejściowe objawy pogorszenia, ale szczególnie też zmniejsza się konstytucjonalna odporność szerokich kół narodu wobec zakażenia gruźliczego. Właśnie z tego powodu obrona szerokich mas ludności w drodze izolacji wysoce zakaźnych postaci gruźlicy wydaje się jeszcze ważniejsza w okresie wojny, aniżeli w okresie pokoju.

Postępowanie lecznicze przy ciężkich postaciach gruźlicy w większości krajów europejskich jest na ogół następujące: Skoro tylko stwierdzono postępującą postać gruźlicy, przekazuje się chorego możliwie jak najszybciej do sanatorium. W wielkiej ilości przypadków udaje się, zależnie od ciężkości schorzenia, w ciągu jednej kuracji lub po kilku powtarzających się kuracjach powstrzymać postępy choroby i doprowadzić do otorbienia ognisk chorobowych, przez co uzyskuje się praktycznie wyleczenie. Szczególnie zaś udaje się w wielu przypadkach wykluczyć zdolność do zakażenia i niebezpieczeństwo dla otoczenia. Praktycznie biorąc, w czasie kuracji sanatoryjnej chory, mogący zakazić otoczenie, jest izolowany. Po zakończeniu kuracji z pomyślnym wynikiem chory, który nie jest już więcej rozsądnikiem zakażenia i jest praktycznie wyleczony, może wrócić bez zastrzeżeń do swojej rodziny i do swego miejsca pracy.

Inaczej układają się stosunki w ciężkich przypadkach zachorowań tego rodzaju. Jeżeli w przebiegu kuracji sanatoryjnej nie uda się powstrzymać postępu procesu chorobowego i cierpienie oceni się jako rokujące wynik niepomyślny, wówczas w wielu krajach Europy jest w zwyczaju przerwanie leczenia sanatoryjnego, jako nieużytecznego i odesłanie chorego do rodziny, aby go tam nadal pielęgnowano w czasie śmiertelnego przebiegu choroby. Każdy lekarz będzie mógł sobie przypomnieć z własnej praktyki mniej czy więcej znaczną liczbę tego rodzaju przypadków chorobowych, gdzie śmiertelnie chory gruźlik dowodnie zakaził w ciężki sposób osoby ze swej najbliższej

rodziny. Przy ścisłym współżyciu rodzinnym wszystkie środki ostrożności, zalecone przez lekarza, okazują się zupełnie niedostateczne, aby przeszkodzić przeniesieniu choroby. Szczególnie niebezpieczne momenty są to: przede wszystkim przysłowiowa po prostu euforia ciężkich postaci gruźlicy, oraz egoizm chorego, który to egoizm w przebiegu choroby wymaga się często aż do pozbawionej wszelkiej miary tyranii. Tacy chorzy poświęcają bez zastrzeżeń całą siłę gospodarczą rodziny, aby sobie nie odmówić niczego, po czym w swym stanie euforycznym spodziewają się ratunku lub poprawy. Skutkiem tego wytwarza się niebezpieczne błędne koło. W rodzinie gruźlika, a szczególnie u jego potomków, istnieje często, jako usposobienie, dziedziczne konstytucjonalne zmniejszenie odporności wobec zakażenia gruźliczego. Jeżeli przez całe tygodnie przebywania w opiece domowej, siłę gospodarczą rodziny absorbuje głównie chory o niepomysłnym rokowaniu członek rodziny, to oczywiście wskutek tego cierpi odżywienie innych członków rodziny, którzy już mają dziedziczną predyspozycję do gruźlicy. Jeżeli ci ostatni przy ścisłym współżyciu z ciężko chorym całymi tygodniami są narażeni na bardzo silne rozpylanie zarazków, to zupełnie nie może zabraknąć tego, ażeby wśród członków rodziny nie doszło do wybuchu ciężkich postaci gruźlicy.

Ale członkowie rodziny gruźlika spotykają się w szkole czy w miejscach pracy znowu z innymi ludźmi o różnej sile obronnej przeciw gruźlicy i już w pierwszym stadium swego własnego zachorowania zakażą większą część stykających się z nimi ludzi, zanim ich własna choroba postąpi aż o tyle, że będzie ją można poznać i przeprowadzić odpowiednie zarządzenia izolacyjne. To rozpowszechnienie gruźlicy bynajmniej nie zatrzymuje się na granicach jakiegoś określonego narodu, lecz przy ścisłym współżyciu różnych narodowości przenosi się niechybnie po prostu z jednej osoby na drugą. Jeżeli więc na określonym obszarze osiedlenia zaczyna się szerzyć gruźlica, to wszystkim narodowościom, czynnym na tym obszarze osiedlenia się, ta zaraza zagraża równomiernie i bez wyjątku.

W czasach pokojowych akcja przeciwgruźlicza starała się doprowadzić do bieżącego szczególnie troskliwego nadzorowania lekarskiego członków rodzin gruźliczych oraz do możliwie wczesnego zapobiegawczego sanatoryjnego leczenia właściwego, aby wzmocnić odporność przeciwko zakażeniu gruźliczemu. W czasach wojennych tego rodzaju pokojowe zarządzenia ostrożnościowe, wskutek wydarzeń wojennych, a również wskutek przestawienia na gospodarkę wojenną usuwają się na plan dalszy. Powstaje pytanie, czy przy dłuższym trwaniu wojny nie musi się zwrócić zwiększonej uwagi na ten właśnie problem izolowania wysoko zakaźnej postaci gruźlicy, jeżeli nie ma powstać niebezpieczeństwo, że pod wpływem wydarzeń wojennych gruźlica znacznie się szerzy w rozmiarach budzących zastrzeżenia, a przez to istotnie obniży wydajność gospodarczą narodów wytężonych w gospodarce wojennej.

Nie ulega wątpliwości, że większość Europejczyków ulega zakażeniu gruźliczemu, a przeważnie przy pomocy swych własnych konstytucjonalnych sił obronnych są oni w stanie przetrwać je tak, że ani oni sami, ani osoby z ich otoczenia nie spostrzegają faktu

ich przemijającego zachorowania swoistego. Tylko sosunkowo nieznaczny odsetek przechodzi tę chorobę w postaci tak ciężkiej, że rozpoznaje się gruźlicę jako chorobę zakaźną, a jej występowanie ujmie się statystycznie. Większość tych chorych po krótszym czy dłuższym trwaniu przewycięża swą gruźlicę i korzystając ze szczególnie celowego postępowania leczniczego odzyskuje z powrotem swą sprawność w obrębie gospodarstwa narodowego.

Znowu tylko ułamek osób jawnie chorych na gruźlicę wskutek wewnętrznych czy zewnętrznych przyczyn nie może sobie dać rady ze swym zakażeniem, wpada w trwałe charłactwo i wcześniej czy później odpada zupełnie jako twórczy członek gospodarstwa narodowego, aby przez przeciąg swego życia stać się jeszcze tylko obciążeniem urządzeń społecznych gospodarstwa narodowego. Jasne jest, że gospodarka narodowa, jako całość, a szczególnie instytucje społeczne utworzone do tych celów, muszą być najbardziej zainteresowane w tym, aby utrzymać możliwie najniższy odsetek nieuleczalnych przypadków gruźlicy w obrębie organizmu społecznego podlegającego ich opiece. Ciężary, jakie narzuca wysoki odsetek nieuleczalnych gruźlików urządzeniom społecznym gospodarstwa narodowego, są tak wielkie, że wydaje się usprawiedliwione, jeżeli ze względów zapobiegawczych bardzo znaczne sumy poświęci się przede wszystkim na cel obniżenia do najniższego stopnia odsetka gruźlików nieuleczalnych. Przy tych rozważaniach rozmyślnie powstrzymuję się od wszelkich sentymentalizmów, lecz na pierwszy plan moich rozważań wysuwam korzyść gospodarczą.

Osiągnięto by nieskończenie wiele, gdyby stwierdzonych przypadków gruźlicy zakaźnej, których izolowanie i leczenie w sanatorium nie jest możliwe z jakichkolwiek powodów, nie pozostawiano wśród ich rodzin i na miejscach pracy, czy też odsyłano do nich z powrotem, lecz gdyby stworzono możliwość izolowania tych nieszczęśliwych w sanatoriach leśnych tak, ażeby nie mogli oni w ogóle zagrażać ani swym

własnym rodzinom ani ogółowi. Tak więc powinno się stworzyć warunki dla przymusowej izolacji gruźlików w stadium zaraźliwości. Sprawa ta wymagałaby: po pierwsze, utworzenia dostatecznych ilości łóżek w ściśle izolowanych sanatoriach leśnych; po drugie, zarządzenia, które by oparło na podłożu ustawowym przymusowe izolowanie zakaźnych postaci gruźlicy; po trzecie, uregulowania zagadnienia, które z instytucji ponoszących kosztą leczenia powinnyby przystąpić do przeprowadzenia tych zarządzeń.

Rozwiązanie tego problemu nie może rozbić się o zagadnienie kosztów, albowiem leśne domy wypoczynkowe dla tych celów dadzą się wystawić bez nadmiernych kosztów. Ponadto w tych domach wypoczynkowych mieszkańcy mogliby wykonywać szereg prac w formie podobnej, jak to np. robi się z pomyslnym wynikiem w przytułkach dla niewidomych, a przychody stąd mogłyby służyć dla finansowania tych sanatoriów, przy czym wskutek sprzedaży wytworów nie występowałoby niebezpieczeństwo dalszego rozpowszechniania się choroby. Myślę tu np. o przemysle ceramicznym i w ogóle o wytwarzaniu wszystkich takich dóbr konsumcyjnych, przy których istnieje techniczna możliwość bezsprzecznej dezynfekcji, zanim artykuły te dostaną się na rynek.

Gdyby — właśnie teraz w czasie wojny — możliwie szybko na tej drodze przystąpiono do izolacji gruźlików w stadium zakaźności, wówczas można by dać tym godnym pożałowania chorym nie tylko odpowiednią opiekę, ale można by ich utrzymać, jak to tylko długo możliwe, jako pożytecznych członków społeczeństwa. Jeszcze ważniejsze jest, że rodziny tych pożałowania godnych ofiar gruźliczych będzie się mogło jak najściślej chronić przed niebezpieczeństwem zakażenia. Ale najważniejsze jest to, że przez takie zarządzenie można by skutecznie i trwałe ochronić organizm społeczny przed dalszym rozszerzaniem się tej powolnej trucizny, a przez to przynajmniej można by go ochronić przed uszkodzeniami całej jego wydajności już w czasie wojny i właśnie w czasie wojny.

Z pogranicza symptomatologii czerwonki

Napisał: Prof. Dr. Tadeusz T e m p k a, Kraków.

(Dokończenie).

Jeśli weźmiemy teraz na uwagę następną grupę schorzeń, mianowicie skazy krwotoczne w najogólniejszym tego słowa znaczeniu, to stwierdzamy, że w przebiegu przeważającej ich większości, jak np. w przebiegu białaczek, zwłaszcza szpilkowych tak przewlekłych jak i ostrych, w zespole klinicznym t. zw. agranulocytozy, w *panmyelophthisis*, w krwawicze, w chorobie Werlhofa, — mogą się pojawiać krwawienia jelitowe; jednakże krwawieniom tym nie towarzyszą żadne czerwonkowate objawy ze strony stolców, a całość obrazu klinicznego jest tak charakterystyczna i tak odmienna od czerwonki, że nie może być mowy o jakichkolwiek wątpliwościach rozpoznawczych. Jedynie jeden obraz kliniczny, zaliczany dotychczas powszechnie do skaz krwotocznych, jakkolwiek o nieustalonej jeszcze patogenecie, mogłyby pewną grupą objawów dawać powód do roz-

ważań rozpoznawczo-różnicowych odnośnie do czerwonki. Mam tu na myśli chorobę Schoenleina-Henocha, a przede wszystkim jej postać brzuszna, oznaczaną jako *Purpura abdominalis Henoch*. Mianowicie w tej brzusznej postaci tego cierpienia, występującego głównie u dzieci w wieku szkolnym, pojawia się po wstępnym okresie zaparcia uporczywa biegunka z krwawo-słuzowymi wypróżnieniami, którym towarzyszą silne bóle brzuszne o cechach kolki. Rozpoznanie nie sprawia oczywiście trudności w typowych przypadkach, t. zn. tam, gdzie obok objawów brzusznych stwierdzamy wybroczyny skórne oraz zmiany skórne natury anafilaktycznej, a nadto zajęcie stawów. Jednakże o tym obrazie klinicznym wspominam tu dlatego, że niekiedy — jak to sam miałem sposobność stwierdzić — mogą te inne objawy być tylko zaznaczone, a bezwzględna przewaga wy-

mienionych objawów brzusznych może sprawiać pewne trudności w odgraniczeniu ich od czerwonki, zwłaszcza w okresie, w którym to zakażenie częściej występuje.

Ostatnia wreszcie grupa schorzeń mogących być czasem przedmiotem rozważań rozpoznawczo-różnicowych odnośnie do czerwonki, to ograniczone schorzenia dolnej części przewodu pokarmowego, mające rozmaite tło, o tyle jednak wspólne, że niezakażne i stanowiące przedmiot zabiegów chirurgicznych.

Naprzód wchodzi tu w grę guzy krwawnicowe wewnętrzne w okresie, w którym już w pełni występuje *proctitis*; wtedy często stolce oddawane wśród bólów i parcia z domieszką śluzu, ropy i krwi mogą budzić podejrzenie na czerwonkę i wymagają dokładnego zbadania nie tylko palcem *per rectum* ale i rektoskopem.

W daleko większym stopniu tyczy się to raka, w ogóle nowotworów złośliwych usadowionych już to w samej odbytnicy, już to w dolnych odcinkach jelita grubego, a więc w esicy i *colon descendens*. Oczywiście wątpliwości rozpoznawcze występują tu w okresie rozpadu guza nowotworowego, co powoduje częste lecz skąpe stolce z domieszką krwi, śluzu i ropy, oddawane wśród silnego parcia i bólów, a więc zespół objawów czerwonkowych. Jeśli się uwzględni, że rak dolnych części przewodu pokarmowego może początkowo nie wywoływać żadnych objawów, że później dopiero pojawiają się objawy zaparcia, a więc że może przebiegać skrycie, to nic dziwnego, że wymienione powyżej objawy rozpadu guza mogą być niekiedy mylnie brane za inne sprawy chorobowe, a więc i za czerwonkę, zwłaszcza w okresie nagminnego jej występowania. Także i tutaj jedynie badanie *per rectum* tak palcem jak i wziernikowe może uchronić nas od pomyłki rozpoznawczej.

Wreszcie z ograniczonych, przynajmniej początkowo, schorzeń przewodu pokarmowego, mogących sprawiać pewne, jakkolwiek z wszystkich powyżej wymienionych grup, najmniejsze trudności rozpoznawcze odnośnie do czerwonki, — należy tu wspomnieć o ostrej niedrożności jelit, wywołanej zwłaszcza przez wgłębienie (*invaginatio*) i skręt (*volvulus*) jelit, oraz o zatorze i zakrzepie tętnic względnie żył krezkowych.

Co się tyczy ostrej niedrożności jelit, to w grę wchodzi tu biegunkowa postać niedrożności, do której zespołu objawów należą i biegunki, czasem wprawdzie obfite, wodniste, niekiedy jednak i krwawe, które łącznie z silnymi bólami w jamie brzusznej tworzą oczywiście grupę objawów cechującą i czerwonkę. Jednakże całokształt obrazu klinicznego, jego nagły początek i przede wszystkim objawy otrzewnowe pozwolą zaraz na wykluczenie czerwonki.

Zator względnie zakrzep tętnic krezkowych, jak również zakrzepowe zapalenie żył krezkowych dają zasadniczo ostatecznie taki sam zespół objawów, mianowicie zawał krwawy danego odcinka jelita; siedziwą zatoru względnie zakrzepu tętniczego jest prawie z zasady górna tętnica krezkowa, daleko rzadziej dolna; rzadki jest również zakrzep żył krezkowych. Czy to przez cofanie się krwi żyłnej w razie zamknięcia światła tętniczego, czy to z powodu ustania odpływu krwi żyłnej przy zakrzepie żyły krezkowej, — przychodzi w obu wypadkach do zawału krwawego odnośnej pętli jelita z wszystkimi jego następstwami,

a więc przychodzi do wylewów krwawych w obręb ściany jelita i do jego światła, nadto do obumarcia i zgorzeli utkania jelitowego; najrozleglejsze zmiany występują oczywiście przy zamknięciu światła tętnicy krezkowej górnej, gdyż wtedy zmiany obejmują, z wyjątkiem dwunastnicy, całe jelito cienkie i grube, aż do *colon descendens*. Objawy kliniczne krwawego zawału jelitowego są takie same jak i w przebiegu strangulacji, przy czym i tu rozróżniamy, według *N c t h n a g l a*, dwie postaci, mianowicie jedną przebiegającą z zaparciem stolca i drugą — nas tu właściwie obchodzącą — okazującą stolce biegunkowe, w tym w znacznej części przypadków krwawe, przy czym domieszka krwi ulega znacznym wahaniom. Zator tedy, względnie zakrzep naczyń krezkowych, dające zresztą taki sam obraz kliniczny jak i strangulacja, mogłyby więc również budzić pewne podejrzenia co do czerwonki; jednakże całość obrazu klinicznego, obecność pierwotnego schorzenia, będącego źródłem zatoru czy zakrzepu, ciężkie objawy otrzewnowe oraz ewentualnie objawy zapaści, — wszystko to nie pozwoli na pomyłkę rozpoznawczą co do czerwonki.

W ten sposób przedstawiłem szereg obrazów klinicznych, które w mniejszym lub większym stopniu mogą stać się przedmiotem rozważań rozpoznawczo-różnicowych, o ile chodzi o przyjęcie lub wykluczenie czerwonki bakteryjnej, zwłaszcza przypadków sporadycznych. Z tych omówionych schorzeń czerwonkowych niektóre, jak *colitis ulcerosa*, jak *ileitis regionalis non specifica*, jak i *ileitis et colitis non specifica combinata*, mogą sprawiać bardzo duże trudności rozpoznawcze, jak to wynika z przedstawionych cech klinicznych, a przede wszystkim z tego względu, że etiologia tych schorzeń jest dotychczas nieznaną. Ale również i sprawy chorobowe o znanym tle etiologicznym mogą niekiedy być, jak to przedstawiłem, przyczyną znacznych trudności rozpoznawczych; należy tu podkreślić najbardziej nas tu obchodzące zwłaszcza biegunki czerwonkowe na tle gruźlicy i kiły przewodu pokarmowego, nadto na tle zakażenia lamblami. Oczywiście przy dokładnym uwzględnieniu całokształtu klinicznego i przy wzięciu w ogóle w rachubę tych wszystkich tu przeze mnie omówionych grup chorobowych będzie można postawić trafne rozpoznanie i tym samym nie narazić chorego czerwonkowego i chorego z objawami czerwonkowatymi na niezastowanie odpowiedniego leczenia.

Izba Zdrowia w Generalnym Gubernatorstwie zwraca uwagę, iż karty porad członków niemieckich kas chorych za III kwartał należy nadesłać najpóźniej do dnia 10 października br. do Izby Zdrowia, Kraków.

Znaczenie gorączki bagiennej (pól ryżowych) dla kąpielisk publicznych

Według referatu Prof. Dr. Kathe, Wrocław.

Zawartość bakterij w wodzie kąpielisk publicznych posiada znaczenie zdrowotne dla badań epidemiologicznych. Zakażenia zarazkami grupy duru — paradyru i czerwonki za pośrednictwem kąpielisk są to zjawiska wyjątkowe, gdyż przedstawiają one pojedyncze zakażenia, rzadko się zdarzające. Dlatego też praktycznie są one bez znaczenia.

Większą jednakże rolę odgrywa gorączka bagienna, zwana też gorączką pól ryżowych, ponieważ zwykła ona występować nagminnie. Epidemie takie spotrzegano:

W roku 1890 w Lehe, przy czym zachorowało 20 marynarzy.

W 1891 pojawiła się epidemia w Koźlu (Górny Śląsk); wystąpiła ona po wylewie Odry. Zachorowała wówczas większa liczba uczących się pływać, łącznie z nauczycielami pływania. Przy epidemii tej zanotowano 3 wypadki śmiertelne.

W latach 1926 i 1927 obserwowano znowu epidemię po powodziach w dolinie Odry.

W roku 1933 pojawiły się epidemie w Franzdorf obok Nisy (zakażenie ze stawu) i w Grotkowie (53 uczniów); w Frankenstein 300 przypadków głównie robotników rolnych.

Prawdopodobnie jednak było więcej zachorowań, gdyż urzędowo zgłoszono tylko owe 300 przypadków.

Zarazek *Leptospira*, który można wykazać w krwi chorego po uprzednim rozcieńczeniu surowicą jagnięcia i 2—3-dniowym przechowaniu w cieplarni.

Leptospira należy do najdrobniejszych tworów, ma postać krętka o wielu zagięciach, z wyraźnym tworzeniem haczyków na obu końcach.

O hodowaniu zarazka w wykładzie nic nie wspomniano.

Przebieg schorzenia: po 6—10-dniowym okresie wylegania pojawia się wysoka gorączka i dreszcze, przy czym występują bóle głowy, krzyża, kończyn i łydek, tętno jest wyraźnie zwolnione.

Trzeciego lub czwartego dnia choroby pojawia się wysypka ospowato-płonicowata. Po dalszych 4—6 dniach ciepłota spada do normy. Czasem obserwuje się jeszcze drugie podwyższenie ciepłoty. Objawem, rzucającym się w oczy, jest wypadanie włosów, które pojawia się po ustąpieniu gorączki. Przebieg choroby jest łagodny.

Powikłania: Schorzenia oczu (*neuritis optica*). Sposób zakażenia: Zakażenie następuje prawdopodobnie przez skórę, nos, usta i śluzówkę gardła.

Obszary epidemiczne w Niemczech: Śląsk, Bawaria, Marchia.

W innych krajach: Japonia, Włochy (zakażenie z pól ryżowych).

Referent sądzi, że chodzi tu o odrębny obraz chorobowy, względnie o nową chorobę zakaźną i uważa, że udowodniono to przez fakt, iż epidemie natychmiast ustały po zamknięciu stawów i kąpielisk, w których przypuszczalnie nastąpiło zakażenie.

Bekanntmachungen

und Verordnungen, die den Gesamtumfang der Gesundheitskammer betreffen

Regierung des Generalgouvernements
Hauptabteilung Innere Verwaltung
— Gesundheitswesen —

Krakau, den 1. September 1941.

Bekanntmachung.

Preiserhöhung für nachstehende Präparate der Firma ASID SERUM-INSTITUT WARSCHAU AKTIENGESELLSCHAFT:

	Reg.Nr.	Apotheken-	
		Eink.-Prs.	Verk.-Prs.
OPOTONIN AMPULL.	373	Zł. 4.70	Zł. 7.05
QUADRO zu 8 Ampull.	1220	„ 2.85	„ 4.30
QUADRO zu 32 Ampull.	1220	„ 10.40	„ 13.90
CALCIUM GLUCONATUM			
GR. 25% zu 50,0	—	„ 1.95	„ 2.95
CALCIUM GLUCONATUM			
GR. 25% zu 90,0	—	„ 3.35	„ 5.—

Im Auftrage:
Dr. Kleber.

Obwieszczenia

i rozporządzenia dot. całokształtu Izby Zdrowia

Rząd Generalnego Gubernatorstwa
Główny Wydział Spraw Wewnętrznych
Wydział Spraw Zdrowotnych.

Kraków, dnia 1 września 1941.

Obwieszczenie.

Podwyższenie cen poniższych preparatów firmy ASID-INSTITUT SUROWIC W WARSZAWIE SPÓŁKA AKCYJNA:

	Nr. rejestru	Apteczna	
		cena zakup.	cena sprzed.
OPOTONIN AMPULL.	373	Zł. 4.70	Zł. 7.05
QUADRO à 8 ampulek	1220	„ 2.85	„ 4.30
QUADRO à 32 ampulek	1220	„ 10.40	„ 13.90
CALCIUM GLUCONATUM			
GR. 25% à 50,0	—	„ 1.95	„ 2.95
CALCIUM GLUCONATUM			
GR. 25% à 90,0	—	„ 3.35	„ 5.—

Z polecenia:
Dr. Kleber.