

ZDROWIE I ŻYCIE

DZIENNIK URZĘDOWY IZBY ZDROWIA W GENERALNYM GUBERNATORSTWIE

Numer 20 (88). Rocznik III.

Kraków, 17. 5. 1942 r.

Redaktor: Dr. med. Werner Kroll, Kraków, Albrechtstr. 1 a (Krupnicza), tel. 10524. — Wydawnictwo: Gesundheitskammer, Kraków, Albrechtstr. 11 a (Krupnicza), tel. 10524. — Odpowiedzialny za dział ogłoszeń: W. von Würzen, Kraków, Albrechtstraße 11 a (Krupnicza). — Rachunek bankowy: Gesundheitskammer — w Creditanstalt-Bankverein, Kraków, Adolf-Hitler-Platz, róg Szewskiej. — Pocztowe konto czekowe: Warszawa 73. — Adres telegraficzny: Gesundheitskammer, Kraków. — Prenumerata Zł. 3.— mies. Wszystkie urzędy pocztowe przyjmują zamówienia. — Czasopismo ukazuje się co tydzień.

Artykuły dla części redakcyjnej nadsyłać wyłącznie pod adresem: Redakcja „Zdrowie i Życie“, Kraków, Albrechtstr. 11 a (Krupnicza), 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 szyfrą, kierować wyłącznie: Wydawnictwo Gesundheitskammer, Kraków, Albrechtstr. 11 a (Krupnicza).

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

TREŚĆ:

Dr. Werner KROLL, Kraków: Lekarz jako rzeczoznawca	Str. 455
Dr. P. SCHNEIDER: Istota choroby (ciąg dalszy)	459

LEKARZ JAKO RZECZOZNAWCA

Napisał: Dr. Werner Kroll, Stały Zastępca Kierownika Izby Zdrowia, Kraków

Zadania lekarza ulegały z biegiem czasu najróżnorodniejszym zmianom. Były czasy, w których główne zadanie upatrywano w leczeniu chorych. W innych czasach znowu stawiano lekarzowi za główne zadanie zapobiegawczą opiekę zdrowotną. Przy rozwoju socjalistycznym dziejów nowoczesnych, zapobiegawcza opieka zdrowotna wysunęła się z konieczności na plan pierwszy, sądząc, że lekarza musi się też wprząc w znacznej mierze w ten zakres działania. Rozwój socjalistyczny w ramach lekarskiej dziedziny pracy doprowadził do tego, że ryzyko zachorowania jednostki rozłożono w najszerszym znaczeniu tego słowa na możliwie wielką społeczność, która winna była pomóc ponosić to ryzyko. Przeciwno zdarzeniu chorobowemu, które przez czas pewien lub na zawsze mogło obciążyć jednostkę i jej rodzinę również gospodarczo w najcięższej mierze, usiłowano chronić się przez ubezpieczenia. Tak powstały urządzenia ubezpieczeń społecznych w najszerszym znaczeniu tego słowa. Obok ubezpieczenia na życie, uprawianego przeważnie przez towarzystwa prywatne, powstały najprzeróżniejsze jego postacie: ubezpieczenia chorobowego, ubezpieczenia od wypadku, ubezpieczenia inwalidzkiego. Na skutek pierwszej wojny światowej i jej następstw, przyłączył się jeszcze do tych działów wielki dział opieki nad inwalidami wojennymi. Ale leczenie chorych nie tylko w ramach ubezpieczeń społecznych, lecz również w ogóle w pewnych odpowiednich przypadkach, połączone jest z konieczności z przestrzeganiem przepisów dietetycznych. Metody naturalistyczne, które współcześnie cieszyły się w opinii publicznej wzrastającym zainteresowaniem i stawały się coraz bardziej ulubione, przesunęły znacznie środek ciężkości w dziedzinie lecznictwa od strony medykamentów i chirurgii w kierunku stosownej techniki odżywiania, która o wiele bardziej niż dotychczas

związana jest z rynkiem artykułów spożywczych, a to wskutek wprowadzenia dla odpowiednich przypadków chorobowych odrębnej diety leczniczej. Stąd też nic dziwnego, że trudności w narodowej gospodarce wyżywienia, wywołane szczególnie przez wydarzenia wojenne, odbiły się też silnie na pracy lekarzy w dziedzinie lecznictwa.

Włączenie odżywiania do lecznictwa doprowadziło do powstania znacznego obszaru granicznego, w którym powstają wątpliwości, czy i w jakiej mierze instytucje ubezpieczeń społecznych były zobowiązane przejmować też koszty odrębnego żywienia chorych. W ogóle w kołach ubezpieczeń społecznych zajmowano stanowisko odmowne wobec dążeń, które uważały za swą powinność domaganie się od ubezpieczeń społecznych przejęcia kosztów również za tę stronę lecznictwa. Na ogół instytucje ubezpieczeń społecznych musiały we wzrastającej mierze przejść do obrony swych instytucyj przed wyzyskiem ze strony elementów, które same przez się nie miały wymaganego poczucia odpowiedzialności społecznej. Egoizm jednostki ciągle skłaniał się do uzyskiwania kosztem ogółu korzyści dla siebie, a stąd ogół dla ochrony swych instytucyj społecznych skazany jest na tworzenie sobie odpowiednich organów obronnych.

Wobec zakreślonego na wielką skalę urządzenia instytucyj społecznych, lekarz na skutek swego nastawienia zawodowego, zajmując się leczeniem chorego, myślał mniej czy więcej o posłużeniu się całą swą sztuką dla dobra chorego, który zawierzył jego pomocy. Wprawdzie w to dotychczas panujące jednolite pojmowanie zawodu konieczności policji chorób zakaźnych wniosły już pewien rozdzwięk o tyle, że musiano przełamać wówczas obowiązujący zresztą bezwzględnie nakaz zachowania tajemnicy lekarskiej, jeżeli potrzeba było zgłoszenia choroby zakaźnej, aby przy pomocy zarządzeń policyjno-sanitarnych

zapobiec rozszerzaniu się groźnej choroby zaraźliwej z tego ogniska, które lekarz miał w swej opiece. Ale tu zagrożony interes publiczny był tak jasny, że etyka zawodowa poszczególnego lekarza, leczącego ten przypadek, z najgłębszego przekonania wznosiła się z poziomu odpowiedzialnego strażnika interesów chorego, pozostającego w leczeniu, wzwyż do rzeczowego i odpowiedzialnego wobec ogółu strażnika zdrowia narodu.

Zaś ubezpieczenia społeczne w najszerszym znaczeniu tego słowa, jak usiłowałem je przedstawić powyżej odpowiednio do ich istotnych działów, ze swej strony były znów zmuszone do nałożenia na lekarza — poza jego zadaniem leczenia chorych — jeszcze dalszego obowiązku współpracy nad tym, aby ubezpieczenia społeczne nie były wyzyskiwane przez elementy niegodne. Tak więc lekarza, zanim podjął się on leczenia jakiegoś przypadku chorobowego w ramach ubezpieczeń społecznych, zmuszono do zdania sobie przede wszystkim sprawy z tego, czy żądający jego pomocy potrzebował rzeczywiście tej pomocy w rozumieniu ubezpieczeń społecznych, lub czy też chodziło tu o typ, który jako symulant udaje tylko cierpienie, albo cierpienie nieznacznie przesadza, aby na koszt ubezpieczeń społecznych i na szkodę ogółu zapewnić sobie szczególne korzyści w postaci zasiłku chorobowego, nieuzasadnionego urlopu wypoczynkowego, lub t. p. Przez to po prostu jednym z pierwotnych zadań zawodu lekarskiego stało się milczące orzeczenie kontrolne wobec zgłaszającego się o pomoc lekarską. Trwało to bardzo długo, zanim lekarze na ogół nastawili się na ten nowy sposób wykonywania zawodu i z ubolewaniem widzi się ciągle, że znaczna część lekarzy nie mogła jeszcze przyswoić sobie tego nowego pojmowania zawodu. Trzeba zresztą przyznać, że ogólne wychowanie lekarza nastawiło go głównie na samo leczenie tak silnie, że obowiązki, wynikające jako konieczne z działalności w ramach ubezpieczeń społecznych, odczuwa się po prostu jako nielekarskie. Ale właśnie ze strony lekarskiej musi się jasno uznać, że rozwój socjalistyczny nie jest okresem przejściowym, lecz jako instytucja stała stawia także lekarzowi całkiem konkretne wymagania, które muszą być spełnione, jeżeli ocena lekarza w opinii publicznej nie ma się ukazać w świetle negatywnym. Lekarz musi się pogodzić z faktem, że właśnie w ramach ubezpieczeń społecznych obok zadania leczniczego potrzeba go coraz to bardziej w charakterze fachowego rzeczoznawcy. Dlatego też koniecznym jest, aby lekarz odzwyczał się od odczuwania żądań wydania orzeczenia jako niegodnego ciężaru, a raczej wyteżył wszystkie swe siły, aby zapewnić orzeczeniu lekarskiemu ponownie takie znaczenie, jakie należy się każdemu osądowi fachowemu.

Z pewnością nie jest to przypadek, jeżeli ogólne doświadczenie uczy, że ocena świadectw i poświadczeń lekarskich ze strony najróżniejszych urzędów spadła aż do tego poziomu, że wiele władz nie uwzględnia w ogóle świadectw lekarskich jako takich, lecz swe rozstrzygnięcia uzależnia tylko od świadectw lekarzy urzędowych. Nie powinno się nie doceniać, że lekarz urzędowy zajmuje wobec osoby, co do której ma wydać orzeczenie, stanowisko zasadniczo odmienne, aniżeli lekarz praktyczny. Lekarz praktyczny jest przecież ostatecznie zawsze uzależniony co do warunków bytu od zaufania chorych, którzy zgłaszają się o jego pomoc i przez to przyczy-

niają się do rozbudowania praktyki, z której lekarz musi czerpać środki na swe utrzymanie. Lekarz urzędowy jako urzędnik etatowy lub kontraktowy, w tym sensie nie jest skazany na wpływy z praktyki. Właściwie widzi on przypadki, o których musi wydawać orzeczenia, tylko o tyle, o ile dotyczą one jego zakresu działania jako rzeczoznawcy. To, czy osoba, co do której wydaje on opinię, jest zadowolona z jego osądu lekarskiego, czy też nie, dla lekarza urzędowego nie tylko musi być obojętne, lecz także może być obojętne. Lekarz zmagający się w wolnej praktyce nie ma tak niezależnego stanowiska wobec przypadku, co do którego wydaje orzeczenie. Wobec nich znajduje się on, jakkolwiek może to brzmieć wstętnie, w stosunku pracobiorcy do pracodawcy. Dlatego też nie jest przypadkiem, że wolno praktykujący lekarze, wychodząc ciągle z tego zasadniczego nastawienia, okazują gotowość wystawiania „świadectw grzecznościowych“ dla osób leczonych przez siebie. A przecież niezależny osąd lekarski w postaci orzeczenia jest już z góry uwarunkowany tym, że stanowisko wystawiającego orzeczenie wobec osoby, której orzeczenie dotyczy, jest praktycznie niezależne. Jeżeli lekarz dobił się do wielkiej niezależności gospodarczej dopiero wówczas, skoro sobie rozbudował wielką praktykę, lub jako słynny lekarz-specjalista wywarł na publiczność odpowiedni wpływ przyciągający, wówczas dopiero, nie będąc lekarzem urzędowym, może sobie pozwolić w zwiększonej mierze na odrzucenie świadectw grzecznościowych wszelkiego rodzaju i wydawać orzeczenia wypływające z jego najgłębszego przekonania lekarskiego. Ale uznanie tych rzeczy oczywistych nie jest bynajmniej usprawiedliwieniem czy też nawet listem żelaznym dla wystawców świadectw grzecznościowych. Kto jako lekarz wystawia na rzecz osoby leczonej poświadczenie uzasadnione lekarsko niezgodne ze swym wewnętrznym przekonaniem naukowym, wykracza przeciw najbardziej oczywistemu wymaganiu zawodowego honoru lekarskiego, a ponadto jest szkodnikiem wobec ogółu, albowiem pomaga on pasożytowi do uzyskania ze szkodą dla ogółu korzyści, do których ten nie ma prawnego roszczenia.

W praktyce często napotyka się dwie postacie tego rodzaju poświadczeń lekarskich, które istotnie winny są temu, że świadectwa lekarzy prywatnych tak silnie spadły w kursie. Pierwszy i właściwie bardziej niebezpieczny rodzaj takich orzeczeń lekarskich wystawiają szczególnie przedsiębiorczy lekarze, którzy lubią zmieniać zawód lekarza na zawód pozbawionego skrupułów, ale zręcznego adwokata. Przeprowadzenie dowodów dla uzasadnienia roszczeń swych klientów podejmują się ci lekarze z przebiegłą pilnością, przedstawiając obraz chorobowy pozornie niezaczepialny naukowo, który podmurówuje się mniej czy więcej całym aparatem współczesnych naukowych metod badawczych. Skargi pacjenta i wynik badania uzgadnia się w zręczny sposób. Obiektywne wyniki badań, same przez się bez znaczenia, które odpowiadają pożądanemu obrazowi chorobowemu, przecenia się z możliwie największą siłą przekonywania. Przy tym z upodobaniem daje się pierwszeństwo cytowaniu stanów chorobowych rzadziej się zdarzających, a szczególnie trudno dających się do wieść obiektywnie, które to stany przykrawa się do tego szczególnego przypadku chorobowego wśród możliwie wyczerpującego posługiwania się autorytetami. Tą drogą powstają owe pseudonaukowe orze-

czenia, które z początku zwykły imponować na skutek zręcznej maski naukowej, nałożonej na całość, i właśnie przez to wyrządzają szczególną szkodę, że nie zawsze są łatwe do zdemaskowania. Już ten fakt, że w tej dziedzinie mistrzami niedościgłymi byli lekarze żydowscy, okazuje, że takie poświadczenia nie były obciążone zastrzeżeniami etycznymi. Tego rodzaju świadectwa lekarskie oczywiście opłacano też dobrze, albowiem nie tylko że zadawały one klientów lekarza, lecz także osiągały często to, że wyludzano na koszt ogółu spodziewaną rentę, lub inną podobną korzyść.

Drugi rodzaj zupełnie niewłaściwych poświadczeń lekarskich jest wprawdzie mniej niebezpieczny, ale za to był tym bardziej ujemny dla sławy wolno praktykującego lekarza, jako rzeczoznawcy w ogóle. Dawne doświadczenie poucza, że lekarze na ogół mają wstręt do pisania i z tego powodu tylko bardzo niechętnie zajmują się sprawami, które związane są z pisaniem. Istnieją lekarze, których odraza do wszelkiego rodzaju pisania jest tak wielka, że tylko przy największym przecięciu się mogą zdobyć się nawet na wysyłanie rachunków, które przecież ostatecznie są niezbędne dla zabezpieczenia egzystencji gospodarczej. Ten rodzaj lekarzy, który zdarza się częściej, aniżeli ogólnie się to przypuszcza, zwykły wpadać w zły humor już wówczas, jeżeli pacjent w ogóle zażąda od tego lekarza poświadczenia. W przypadkach tych „stanowy“ wstręt do pisania jako odruch obronny wiąże się poniekąd z pewną wyższością stanową. Lekarze ci wystawiają poświadczenia jak najkrótsze, jakie tylko można sobie wyobrazić. Ale żądają, żeby tego rodzaju świadectwa oceniano całkowicie jako wyczerpujące i odczuwają to po prostu jako obrazę osobistą, jeżeli władze czy inne instytucje wahają się uznawać takie krótkie poświadczenia, ponieważ przeważnie poza krótkim wymienieniem choroby i uznaniem żądania pacjenta nie daje ono żadnego uzasadnienia dla osądu lekarskiego. Byłby to po prostu stan sam w sobie idealny, gdyby reputacja lekarzy w opinii publicznej i u władz była tak niewątpliwa, żeby samo krótkie poświadczenie wystarczało, skoro wystawił je „lekarz“. Niestety w praktyce wytworzyły się typy lekarzy różne do tego stopnia, że samego podpisu lekarza nie można więcej uważać za dostateczny, dla zabezpieczenia przez to ponad wszelką wątpliwość wartości poszczególnego świadectwa lekarskiego. Jak w każdym innym zawodzie poza bardzo czcigodnymi przedstawicielami zawodu istnieje też zawsze mniejsza czy większa ilość takich, których postawa etyczno-zawodowa nie jest dostatecznie umocniona i którzy nie wzniesli się ostatecznie ponad pewną ukrytą gotowość do wystawiania świadectw grzechnościowych.

Świadectwa grzechnościowe odziałują szkodliwie na instytucje ubezpieczeń społecznych w dwojakim kierunku. Po pierwsze prowadzą one do tego, że instytucje ubezpieczeń społecznych obciąża się zbyt wielkimi wydatkami, t. zn. że składki ubezpieczonych nadużywa się na cele, na które nie były one przewidziane. Po drugie zaś na skutek takich świadectw grzechnościowych uznaje się ze strony lekarza za uprawnione roszczenia takich osób korzystających z urządzeń ubezpieczeń społecznych, które to osoby same przez się nie były do tego uprawnione. Ostatecznie doprowadza to do moralnego poparcia osób cierpiących na nerwicę rentową i podobnych typów z utrwaleniem tego rodzaju idei nerwicowych. Tak

więc zwiększa się przez to niemałą liczbę kwerulantów, istniejących w każdym społeczeństwie.

Godne pożałowania doświadczenia w tej dziedzinie doprowadziły z konieczności do zarządzeń obronnych instytucji ubezpieczeń społecznych dla ochrony przed tego rodzaju nadużyciem. Wprowadzenie osobnych lekarzy zaufania dla kontrolowania czynności lekarzy stanowi wprawdzie votum nieufności wobec wielkiej masy lekarzy, ale zarządzenie to, jako takie, było nieuniknione wobec rozwoju wydarzeń. Ale znowu lekarze zaufania w swej działalności są zasadniczo skazani na pełną zaufania współpracę lekarzy przy oddzielaniu takich elementów, które ciągle usiłują nadużywać instytucji ubezpieczeń społecznych. Wszyscy przyzwolici lekarze, którzy niewątpliwie stanowią olbrzymio przeważającą masę stanu lekarskiego, mają z pewnością największy osobisty interes w podtrzymywaniu z najgłębszego przekonania działalności lekarzy zaufania. Walka skierowana jest wyłącznie przeciwko tym nielicznym elementom, także i w szeregach stanu lekarskiego, które, przeważnie raczej z dobrotliwości aniżeli ze złej woli, przykładają rękę do wyzyskiwania instytucji ubezpieczeń społecznych. Ale do szczególnie niebezpiecznych elementów tego rodzaju należą właśnie wystawcy pseudo-naukowych świadectw grzechnościowych, jakich starałem się przedstawić powyżej. Dlatego też musi się usilnie apelować do wszystkich lekarzy dobrej woli i świadomych swych obowiązków społecznych, aby wystawiali świadectwa lekarskie w takiej formie, która by przynajmniej umożliwiała lekarzom zaufania skontrolowanie danych na poświadczeniach lekarskich. Do tego w każdym przypadku należy stwierdzenie owego obiektywnego wywodu oględzin, który uzasadnia rzeczowo osąd lekarski.

Nie wystarczy, jeżeli np. lekarz wystawia poświadczenie o konieczności dodatkowych artykułów żywnościowych w takiej postaci: „Pan N. N. cierpi na chroniczny katar żołądka, znajduje się od tego dnia tego miesiąca w mojej opiece i potrzebuje dodatkowo tygodniowo tyle i tyle gramów masła, lub białego chleba, lub jakichkolwiek podobnych przydziałów nadzwyczajnych. Podpisano Dr. X. Y.“ Jasne jest, że tego rodzaju poświadczenia w ogóle nie mogą być uważane za świadectwa lekarskie. Mimo to w niezliczonych przypadkach przedstawia się tego rodzaju poświadczenia, kwestionowane zupełnie słusznie. Poświadczenia takie służą tylko do pogrzebania w ogóle poważania świata lekarskiego w opinii jak najszerszych kół. Ponadto z góry nasuwają przypuszczenie, że lekarz nie posiada zupełnie przekonania naukowego o treści swego poświadczenia, lecz że wystawił je wyłącznie dla pozbycia się uciążliwego pacjenta, który wbił sobie w głowę, ażeby drogą okrężną poprzez lekarza wyludzić dodatkowe artykuły spożywcze. W tego rodzaju przypadkach byłoby bardziej przyzwoite zarówno w stosunku do takiego pacjenta, jak też do instytucji ubezpieczeń społecznych, gdyby lekarz zainteresowanemu oświadczył po prostu, że w obecnym położeniu dodatkowy przydział środków żywności nie wydaje się usprawiedliwiony i dlatego nie można wystawić poświadczenia, jakiego sobie pa-

Zawiadamiamy naszych Czytelników, że przypadający na Zielone Świąta numer naszego czasopisma nie ukaże się. Najbliższy numer ukaże się z datą 31 maja 1942.

ceją życzy. Poświadczenie dla uzasadnienia domagania się dodatkowych środków żywności musi, rzecz oczywista, zawierać całkiem konkretny wynik badania. Każdy lekarz musi móc podać wysokość i wagę swego pacjenta. Przy stwierdzeniu wagi musi się zaznaczyć, czy ważenia dokonano w ubraniu czy bez ubrania. W przypadkach chorób chronicznych, długotrwałych i odpowiednio poważnych lekarz musi wpisać w kartotece dane o zmianach wagi w czasie choroby. Tak więc nie żąda się za wiele, jeżeli te zmiany wagi w odpisie umieści się w poświadczeniu lekarskim dla zobrazowania przypadku. Już tego rodzaju dane dają lekarzowi zaufania możliwość wyrobienia sobie osądu, czy rzeczywiście istnieje niedowaga, nasuwająca zastrzeżenia, lub czy wystąpił obiektywny spadek wagi, nasuwający zastrzeżenia, lub zagrażający pacjentowi. Na podstawie tego rodzaju stwierdzeń lekarz zaufania może wówczas wyjaśnić nawet laikowi, wydającemu rozstrzygnięcie, że w tego rodzaju przypadku celem przywrócenia siły do pracy musi się przyznać przejściowo dodatkową ilość środków spożywczych. Od każdego lekarza musi się żądać, aby usiłował wyrobić sobie o każdym leczonym przez niego przypadku chorobowym osąd uzasadniony naukowo. Im bardziej lekarz jest obeznany ze swą nauką, tym łatwiej scharakteryzuje po krótkie stwierdzenia obiektywne, które skłoniły go do postawienia swego rozpoznania. Bynajmniej nie chodzi o to, aby w tego rodzaju poświadczeniu w każdym przypadku zaznaczono, że na dotyczącym przypadku przerobiono cały aparat klasycznego badania klinicznego, ale jako uzasadnienie rozpoznania powinno się przytoczyć objawy istotne i charakterystyczne. Przede wszystkim jednakże musi się żądać, aby poświadczenie zostało poprzedzone dokładnym badaniem. Wówczas się nie może zdarzyć żeby wydający pierwsze orzeczenie pominął rozstrzygające cechy obiektywne choroby, które niewątpliwie stwierdza wydający drugie orzeczenie.

Lekarz jako rzeczoznawca powinien z jednej strony współpracować nad tym, aby nie nadużywano ubezpieczeń społecznych. Ale nie wolno mu też popaść w drugą skrajność i każdego chorego, który usilnie zabiega o przyznanie mu swych roszczeń prawnych, traktować zasadniczo jako kwerulanta, jak to się, ku naszemu ubolewaniu, jeszcze zdarza. Właśnie pod tym względem lekarz musi być świadom tej wysokiej odpowiedzialności, iż musi on rozstrzygające współdziałać poto, aby ubezpieczenia społeczne w najszerszym znaczeniu tego słowa rzeczywiście wyszły na korzyść tego kręgu osób, dla których je pomyślano. Ostatnio przedstawiono mi przypadek inwalidy wojennego, który na podstawie uznanego inwalidztwa wojennego otrzymywał rentę 60%-ową. Przy powtórnym badaniu w przepisany terminie zainteresowany lekarz w bardzo krótkim orzeczeniu stwierdził, że obrażenie czaszki, stanowiące uszkodzenie wojenne, znacznie się poprawiło, ponieważ w bliźnie nie wyczuwa się już więcej żadnego tętnienia, a chód jest normalny, to znaczy, jakoby więcej nie dało się dowieść objawów porażnych, w związku z uszkodzeniem mózgu. Na podstawie tego „wywodu oględzin“ rzeczoznawca ten uważał za odpowiednie obniżenie renty na 30%. Lekarz zaufania porównując poprzednie orzeczenie z orzeczeniem ostatnim doszedł do przekonania, że, biorąc rzeczowo, obiektywna poprawa, jaką zdawał się stwierdzić ostatni rzeczoznawca, jest nieprawdopodobna, że więc skutkiem

tego inwalidzie wojennemu wyrządzoneby krzywdę, gdyby władze zaopatrzeniowe przychyliły się do osądu tego rzeczoznawcy. Dlatego też dla uniknięcia krzywdy spowodował on wydanie nowego orzeczenia przez lekarza-specjalistę. Ten dał wyczerpujący wywód oględzin i stwierdził w nim, że tętnienie w ubytku czaszkowym jest wyraźnie widoczne, a chód typowo kurczowo-porażny rzuca się w oczy. Pomijając inne wyczerpujące stwierdzenia doszedł on do orzeczenia, że obniżenie renty inwalidy nie byłoby uzasadnione. Ten przykład z praktyki wskazuje, jakie błędy mogą się zdarzyć lekarzom przeciążonym pracą przy badaniach, na podstawie których wydaje się orzeczenia, jakie mogą po prostu mieć znaczenie rozstrzygające dla życia osób badanych.

Pomimo wszelkiego przeciążenia pracą od każdego lekarza jako rzeczoznawcy musi się żądać, ażeby bez względu na osobę badaną lub instytucje ubezpieczeń społecznych wytwarzał sobie naukowo uzasadniony obraz obiektywny o stanie chorobowym. Tylko na podstawie takiego wyniku badania, niepodlegającego zarzutom pod względem naukowym, możliwe jest rzeczowe orzekanie co do przypadku, które czyni za dość uzasadnionym żądaniom wszystkich zainteresowanych stron.

Czasami z kół lekarskich usiłowano jako usprawiedliwienie krótkiego sposobu wystawiania orzeczeń zaznaczyć, że zapłata za tego rodzaju orzeczenie jest za mała w stosunku do włożonej węg pracy. W kołach lekarskich słusznie zajmuje się stanowisko, że pracy tej nie należy mierzyć na łokcie, że przy ocenianiu tego rodzaju pracy musi się uwzględnić długie kształcenie, które musi się odbyć uprzednio, aby przez to lekarz jako taki w ogóle był w stanie wydać swój fachowy osąd. Jest to bezwarunkowo słuszne, jeżeli poświadczenia lekarskie i orzeczenia z całej swej istoty zawsze dają poznać, że rzeczywiście osąd wydał specjalista na podstawie swego wykształcenia i szczególnej znajomości stanu rzeczowego. Niestety część zaświadczeń lekarskich, jak to stwierdziłem uprzednio, pomija te rozstrzygające cechy osądu fachowego. Ponieważ w ubezpieczeniu na życie, w ubezpieczeniu od wypadków, w opiece nad inwalidami wojennymi, w ogóle w ubezpieczeniach społecznych często bardzo znaczne sumy pieniężne zależą od orzecznictwa lekarskiego, to instytucjom ponoszącym kosztą nie zależy zupełnie, jak uczy doświadczenie, na zaoszczędzeniu groszowych kwot na orzeczeniach lekarskich, za które honorarium przeważnie przecież pozostaje nieznaczące w stosunku do sum, jakie wchodzi w grę. Instytucje ponoszące kosztą raczej zainteresowane są tylko w tym, aby im przedkładano orzeczenia lekarskie, które rzeczywiście są uzasadnione naukowo tak bez zarzutu, że na tym da się wybudować orzeczenie ważne pod względem prawnym.

Sumy wyznaczone za orzeczenia na ogół przedstawiają tylko stawki minimalne, które płaci się za orzeczenia nie skomplikowane. Jeżeli zależnie od przypadku wymaga się szczególnie dokładnych badań, aby móc dojść do jasnego wypowiedzenia się w orzeczeniu, to odrębne likwidowanie należności za tego rodzaju naukowo uzasadnione badania pozostawia się lekarzowi. Jeżeli orzeczenie wydane usprawiedliwia te zaliczkowane dodatkowo opłaty za badania, to instytucje ponoszące kosztą z pewnością nigdy nie odrzucą małostkowo przejęcia tego rodzaju dodatkowych kosztów.

Tak więc lekarz nie ma powodów wytrzymujących krytykę, które by go mogły odwieść od składania orzeczenia żadanego odeń, rzeczywiście *lege artis*. Ponieważ przyjmuję, że wielka część lekarzy na skutek przeciążenia innymi sprawami nie znalazła w ostatnich latach czasu na zajęcie się dostatecznie

szczegółowo zagadnieniem orzecznictwa fachowego, postaram się jeszcze raz w tym piśmie ogłosić podstawy rzeczowego orzecznictwa, a ich studiowanie i przestrzeganie zalecam Panom Lekarzom, aby z biegiem czasu poświadczenia lekarskie znowu mogły się podnieść do tego stopnia, jaki im się należy.

ISTOTA CHOROBY

Z „Księgi Jubileuszowej w stulecie Kneippa (1821—1921)“

Przedruk według obecnych punktów widzenia.

Napisał Dr. P. S c h n e i d e r, obecnie naczelný lekarz zdrojowy Morszyna Zdroju.

(Ciąg dalszy)

Tak też jest z każdą chorobą bez wyjątku. Ponadmechaniczna siła żywotna uzewnętrznia swą działalność w dwóch kierunkach. Pierwszy polega na czynności narządów. Każdy narząd ma swą mechanikę, która jednak zależy przede wszystkim od czynności ponadmechanicznych sił żywotnych narządów. Mechaniką serca jest krążenie krwi. Następuje ono na skutek działalności ponadmechanicznych sił żywotnych serca. Działają one równocześnie jak uderzenie batem. Krew „s a m a z s i e b i e“ nie byłaby przecież krążyła. Zatrzymałaby się i stanęłaby, gdyby ponadmechaniczne uderzenia żywotne serca, jakby biczem nie popędzaly jej przy każdym uderzeniu serca. Jeżeli ten bicz sercowy lub siła żywotna serca osłabnie, to mamy osłabienie serca; serce natomiast obniża swą sprawność, bicz sercowy nie działa już tak silnie, krew krąży słabiej, czyli serce obniża swą sprawność. Serce to wystarczy jeszcze do lekkiej pracy, ale choćby najmniejszy wysiłek odbija się już widocznie. To samo prawo obowiązuje przecież przy wszystkich chorobach. Mechaniką żołądka i jelit jest trawienie pokarmów, rozszczepienie chemiczne, aby mogły one przejść do krwi, ale też wydalanie niestrawnych resztek pożywienia. Jeśli zaś siły żywotne trawienia i wydalania z żołądka i jelit słabną, to mamy nieżyt żołądka lub jelit. Pokarmy pozostają w żołądku lub jelitach za długo, nie ulegają całkowicie strawieniu, zaczynają kisać; powstają objawy ucisku, uczucia pełności, odbijanie się, zatwardzenie lub przeciwieństwo tegoż itd. Duże znaczenie w życiu ma też mechanika wydalania trujących produktów przemiany materii. Odbywa się ona licznymi drogami przy pomocy sił żywotnych narządów wydalających, nerek, zwłaszcza błon śluzowych narządów, jak również skóry. Jeśli więc te siły żywotne stają się słabsze, cierpi na tym wydalanie, albowiem produkty przemiany materii, jako masy nieżywe, nie mogą się poruszać po ciele „s a m e p r z e z s i ę“; podobnie jak krew musi się je przepędzić i do tego potrzebne są właśnie znowu ponadmechaniczne siły żywotne. Jeśli one słabną, to cierpi na tym także i wydalanie. Produkty przemiany materii nagromadzają się w ciele ludzkim i działają jako materialne przyczyny chorób; stają się one substancjami chorobowymi. Tu już mamy przykład jak na skutek osłabienia sił żywotnych wydalania mogą powstawać substancje chorobowe wewnątrz ustroju.— Mechaniką mięśni jest prawo bezwładności masy, albo mechanika ruchu jako zmiany miejsca w przestrzeni. Moje ciało jako masa materialna nie mogłoby się ruszyć „s a m o p r z e z s i ę“ z miejsca, zmienić miejsce. Dzieje się to na skutek ponadmechanicznych sił żywotnych mięśni. Przez skurcz mięśni po-

wodują one tę zmianę miejsca, a przez to powstaje poruszanie się i praca mięśni. Jeżeli te siły żywotne mięśni są słabe, to także i mięsień może wykonać mniejszą pracę. Bardzo łatwo ulegamy zmęczeniu, już przy najmniejszym ruchu. Albo też nawet występuje porażenie. — Mechanika nerwów polega na tworzeniu „b o d ź c ó w“, aby pobudzić narządy do czynności. Od siły i długości tych bodźców zależy znowu wielkość pracy dokonanej przez narządy. Jeżeli siły żywotne nerwów są osłabione, to i to „t w o r z e n i e b o d ź c ó w“ jest osłabione lub nieregularne, a następstwem jest chorobliwa czynność narządu. Tak więc bardzo wiele narządów może ulec schorzeniu na drodze czysto nerwowej. — Tak więc zadaniem żywotnych sił wewnątrz organizmu jest prowadzenie nieprzerwanej walki z mechaniką narządów. Ale walka ta rozgrywa się także i n a z e w n ą t r z. Już dostatecznie rozpatrzyliśmy, jak życie musi walczyć z mechaniką zimna i ciepła, wilgoci i suszy, wiatru i pogody, aby wskutek ich oddziaływań nie ulec chorobie. — Przy tym najbardziej groźną walką jest walka z jadami bakteryjnymi. Tutaj zwykle życie wytworzyło sobie „s a m o o b r o n ę“ lub — jak się też mówi — odporność. Naturalną przyczyną tej samoobrony jest znowu działalność ponadmechanicznych sił żywotnych przez ich opanowanie mechaniki, t. zn. szkodliwości jądów bakteryjnych. Jeżeli tutaj znowu siły żywotne osłabną, wówczas życie traci swą samoobronę i powstają ciężkie choroby infekcyjne. Ale również może wystąpić już z góry brak takiej samoobrony. Tak człowiek prawie nie posiada samoobrony przeciw kile i rzeżączce. Tutaj chroniony jest tylko minimalny wyjątek, może około 3%.

A mamy też jeszcze dalszy bardzo ładny dowód naszej teorii choroby, powstawania chorób na skutek dynamicznego osłabienia sił żywotnych w ich wyższych ponadmechanicznych funkcjach w czasie. Siły żywotne oddziałują dynamicznie według praw liczbowych czasu. Dlatego też choroba może powstać zawsze tylko w pewnym określonym czasie. Tak więc powstanie choroby tłumaczą nam silne znużenia, ciężkie długotrwałe wysiłki, jak n. p. w czasie wojny. Ale w zwykłym życiu są to przypadki wyjątkowe; drugi bardzo ważny rodzaj powstawania chorób występujących w praktyce poznamy obecnie, mianowicie przez d z i e d z i c z e n i e. Około 60%, przy chorobach nerwowych, 80% wszystkich chorób powstaje tylko przez dziedziczenie. Często dziedziczenie sięga na pokolenia wstecz. Tu widzimy prawa czasowe życia od ich najsmutniejszej strony. Ale są to prawa.

(Dalszy ciąg nastąpi)

NIEDZIELNE DYŻURY LEKARZY

w Krakowie
na dzień 17. V. 1942

Lekarze ogólni:

Lek. Dumania Stanisław, Blich 4
Lek. Durek Mieczysław, Czysta 8
Dr. Dyduch Wincenty, Garbarska 13
Dr. Dynowski Andrzej, Kazimierza Wielkiego 108
Dr. Fenczyn Jan, Jabłonowskich 8
Lek. Fiałkowski Tadeusz, Pańska 10
Lek. Faska Lotar, Jasna 7
Dr. Ferkówna Maria, Orkana 26
Lek. Florkowska Janina, Śląska 4

Lekarze chorób kobiecych:

Dr. Głębocka Maria, Floriańska 53
Dr. Górski Franciszek, Sławkowska 24a
Dr. Janicki Stanisław, Pl. Biskupi 3

Lekarze chorób dziecięcych:

Dr. Jaskulski Zenon, Dietla 52
Lek. Kapłańska Jadwiga, Mikołajska 3

Chirurdzy: Dr. Jasiński Jerzy, Kalwaryjska 7,

Dr. Kadyj Zdzisław, Szlak 55

Lekarz chorób skórnych i wenerycznych:

Dr. Dziegiecki Marian, Grodzka 43

Neurolog: Dr. Gradziński Adam, Starowiślna 20**Laryngolog:** Dr. Pachoński Antoni, Potockiego 3**Okulista:**

Lek. Kałymonowa Eugenia, Dunajewskiego 3

Lekarze dentyści:

Dr. Pyzikowa Eugenia, Karmelicka 30
Lek. Czarnecka-Ankiewicz Halina, Starowiślna 6
Lek. Gauza Jan, Karmelicka 6
Lek. Nadolski Czesław, Piłsudskiego 6
Lek. Wengerek Irena, Starowiślna 43
Lek. Tomczyk Piotr, Krowoderska 13

Uprawniony technik dentystyczny:

Martynkowska Maria, Pańska 6

na dzień 24 maja 1942

Lekarze ogólni:

Lek. Fójcik Kornel, Piłsudskiego 9/2
Dr. Gąsiorowski Stanisław, Siemiradzkiego 5
Lek. Gebauerowa Maria, Starowiślna 93
Dr. Gedl Edgar, Biskupia 5
Dr. Gergovich Helena, Biskupia 11
Dr. Gerhardt Andrzej, Kasprowicza 12
Lek. Gernand Franciszek, Kalwaryjska 53
Dr. Gęsikowski Ignacy, Blich 4
Lek. Gibiński Kornel, Polna 35/1

Lekarze chorób kobiecych:

Dr. Jaugustyn Stanisław, Sławkowska 20
Dr. Kapitań Eugeniusz, Starowiślna 21
Dr. Kasprzyk Mieczysław, Grzegórzecka 46

Lekarze chorób dziecięcych:

Dr. Gettlich Adam, Sobieskiego 1
Dr. Kołodyńska Zdzisława, Ujejskiego 9

Chirurdzy: Dr. Kania Henryk, Dietla 85

Dr. Knorek Jan, Potockiego 3

Dermatolog: Dr. Garliński Leon, Pańska 4**Neurolog:** Dr. Horodeński Józef, Zacisze 12**Laryngolog:** Dr. Popek Walenty, Karmelicka 52**Okulista:** Dr. Karelus Kazimierz, Basztowa 1**Lekarze dentyści:** Dr. Surowiec Antoni, Sobieskiego 7

Lek. Jabłońska-Kochańska Maria, Stradom 14
Lek. Jakowicka Maria, Starowiślna 70
Lek. Till Jadwiga, Pl. Dominikański 1
Lek. Szybist-Antoniewicz Halina, Rakowicka 4
Lek. Wojnarowska Emilia, Zielona 22/2

Uprawniony technik dentystyczny:

Langer Stanisław, Zwierzyńska 15

NIEDZIELNE DYŻURY LEKARZY

w Krakowie
na dzień 25 maja 1942

Lekarze ogólni:

Dr. Gocki Roman, Dunajewskiego 35
Dr. Godlewski Marian, Asnyka 3
Lek. Goliński Jan, Pawia 8
Dr. Golski Stanisław, Basztowa 16
Dr. Gürtler Wojciech, Al. Słowackiego 6
Dr. Gwizda Bolesław, Dietla 85
Lek. Gina Jerzy, Stolarska 11
Dr. Jabłoński Antoni, Kremerowska 5

Lekarze chorób kobiecych:

Dr. Kelhoffer Artur, Starowiślna 21
Dr. Konstantynowicz Antoni, Dietla 85
Dr. Kowarzyk Tadeusz, Botaniczna 4

Lekarze chorób dziecięcych:

Dr. Kuligowa Janina, Pierackiego 5
Dr. Lewkowicz Ksawery, Krowoderska 19

Chirurdzy:

Dr. Kostarczyk Stanisław, Friedleina 12
Dr. Kowalczyk Jan, Dietla 83

Dermatolog:

Lek. Glińska Wanda, Łobzowska 6

Neurolog:

Dr. Marxen Kazimiera, Grzegórzecka 19

Laryngolog:

Dr. Przeworski Mieczysław, Floriańska 19

Okulista:

Dr. Kleczkowski Tadeusz, Długa 14

Lekarze dentyści:

Dr. Talewski Jan, Czysta 8
Lek. Ambroszkiewicz Karol, Bracka 3
Lek. Aumüller Irena, Bronowicka 37

na dzień 31 maja 1942

Lekarze ogólni:

Dr. Hackbeil Bronisław, Sebastiana 10
Lek. Hanak Józef, Kołłątaja 11
Lek. Hanasiewicz Krystyna, Wrocławska 13
Dr. Hełczyński Adam, Starowiślna 27
Lek. Hołowacki Włodzimierz, Topolowa 10
Lek. Horak Alicja, Św. Marka 18
Lek. Hrycaj Anatol, Zyblikiewicza 5/65
Lek. Huczek Jerzy, Prażmowskiego 61
Lek. Jabłkowska Krystyna, Kołłątaja 12

Lekarze chorób kobiecych:

Dr. Kwaśniewski Bolesław, Dietla 66
Lek. Lewicka Wanda, Fałata 9
Lek. Łabużek Kajetan, Szewska 4

Lekarze chorób dziecięcych:

Dr. Löwenhoff Stefania, Bonifraterska 1/2
Dr. Mańkowska Maria, Pl. Jabłonowskich 4

Chirurdzy:

Lek. Kręcina Jan, Krowoderska 34
Dr. Kubisty Władysław, Lubicz 26

Dermatolog:

Dr. Hałacz Józef, Krakowska 9

Neurolog:

Dr. Schebesta Adam, Śląska 9

Laryngolog:

Dr. Pykosz Tadeusz, Karmelicka 12

Okulista:

Lek. Kropiwnicka Maria, Mogilska 20

Lekarze dentyści:

Dr. Wodniecki Józef jun., Wielopole 6
Lek. Jarema-Łukowska Helena, Karmelicka 32
Lek. Garbień Jadwiga, Pl. Na Groblach 17
Lek. Wojnarowski Roman, Zielona 22/2

Uprawniony technik dentystyczny:

Wiśniewski Czesław, Św. Marka 20