

ZAGADNIENIA RASY

ORGAN POLSKIEGO TOWARZYSTWA EUGENICZNEGO

Numer poświęcony Jubileuszowi

Prezesa Dr. L. WERNICA.

WRZESIEŃ — GRUDZIEŃ
1935

REDAKCJA i ADMINISTRACJA: NOWY-ŚWIAT 1
m. 3, Telefon 9-59-99.

Konto czekowe P. K. O. Nr. 22.122.

W A R S Z A W A.

6

SPIS RZECZY:

	str.
Jubileusz dr. L. Wernica	39
Przemówienia:	
T. Męczkowska	91
G. Simon	94
T. Welfle	98
J. Zalewski	103
I. Prace oryginalne	
1. Jan Nelken: Higiena psychiczna zwalczania alkoholizmu	111
2. Stanisław Żejmo Żejmłs: Współczesność a antropologia i eugenizm	152
3. Jan Nowakowski: Niebezpieczeństwo zarazy wenerycznej w świetle ankiet z 1925 i 1933 r.	187
4. Ludwik Kwazebart: Rzeźniczka kobiet	180
5. Projekt Statutu Związku Przeciwwenerycznego	220
6. Uzupełnienia i poprawki do ustaw eugenicznych	237
II. Z Polskiego Towarzystwa Eugenicznego	243
III. Przegląd piśmiennictwa	257
IV. Wiadomości bieżące	260

SOMMAIRE:

	str.
Le jubilé de dr. L. Wernic	39
Les allocutions de:	
T. Męczkowska	91
G. Simon	94
T. Welfle	98
J. Zalewski	103
I. Travaux originaux:	
1. J. Nelken: L'hygiène psychique de la lutte contre l'alcoolisme	111
2. St. Żejmo Żejmłs: L'actualité et l'anthropologie et l'eugénique	152
3. J. Nowakowski: Le danger vénérien d'après les enquêtes de 1925 et 1933	187
4. L. Kwazebart: La gonorrhée chez les femmes	180
5. Le projet du statut de l'association antivénérienne..	220
6. Les suppléments et les corrections des lois eugéniques	237
II. L'activité de la Société Eugénique Polonaise	243
III. Revue de la littérature scientifique	257
IV. Informations courantes	260

ZAGADNIENIA RASY

KWARTALNIK

ORGAN POLSKIEGO TOWARZYSTWA EUGENICZNEGO
CZŁONKA ZWIĄZKU MIĘDZYNARODOWEGO TOWARZYSTW EUGENICZNYCH
POŚWIĘCONY ZAGADNIENIOM EUGENIKI I DZIEDZICZNOŚCI

WYCHODZI W MARCU, CZERWCU, WRZEŚNIU I GRUDNIU.

POD REDAKCJĄ

RYSZARDA DRESZERA

przy współudziale

KOMITETU REDAKCYJNEGO

BIBLIOTEKA
UMCS
LUBLIN

K 412/62/1

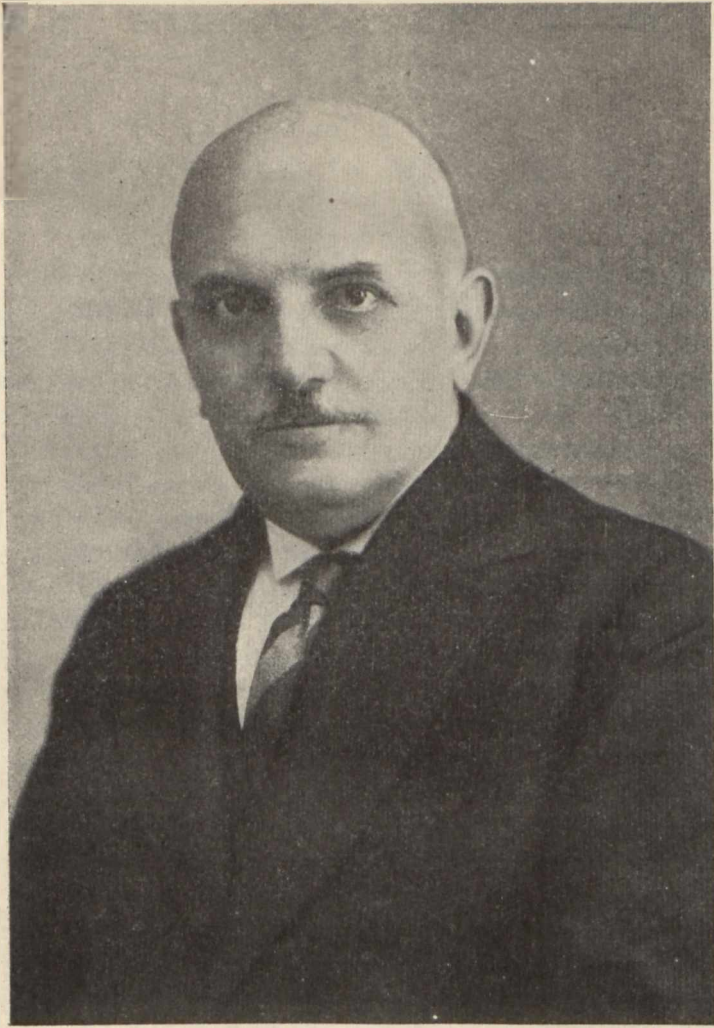
PRENUMERATA ROCZNA: 8 ZŁ.

NUMER POJEDYŃCZY: 2 ZŁ.

CZŁONKOWIE POLSKIEGO TOWARZYSTWA EUGENICZNEGO OTRZYMUJĄ PISMO
BEZPŁATNIE.

024.3216 | 17 | 3-4 e

Polska Drukarnia Nakładowa
Spółka z ogr. odp.
Warszawa, ul. Senatorska 17
Telefon 251-58



Dr. med. LEON WERNIC

Prezes Polskiego Towarzystwa Eugenicznego.

ZAGADNIENIA RASY

TOM IX WRZESIEŃ—GRUDZIEŃ 1935 NR. 3—4

W dniu 14 kwietnia 1935 roku w przepelnionym po brzegi lokalu Polskiego Towarzystwa Eugenicznego odbyła się uroczysta Akademia celem uczczenia 40-letniej działalności naukowej i społeczno-lekarskiej pionera eugeniki polskiej dr. med. Leona Wernica, wieloletniego prezesa.

Sprawozdanie z tej akademii zamieszczamy poniżej:

Zagała akademję p. Teodora Męczkowska, powołując do prezydium na przewodniczącego: p. ministra Gustawa Simona, na sekretarzy d-rów Ksawerego Sieńkę i Jana Nowakowskiego. Listę przemówień otworzył p. min. Eugenjusz Piestrzyński, zaznaczając, iż ten dziwny, wielki człowiek, fanatyk w swej pracy odniósł dwa sukcesy. Po pierwsze wywalczył w budżecie państwa stałą pozycję pieniężną, może skromną w dzisiejszych czasach, jednak przy uświadomieniu większym społeczeństwa mogącą urosnąć do milionów. I po drugie wprowadził sekcję eugeniczną przy Naczelnej Radzie Zdrowia w warunkach, których nikt o eugenicie jeszcze nie myślał, przyczem skromną pierś odznaczył złotym krzyżem zasługi.

Pan Wiceprezydent Zarządu m. st. Warszawy Olpiński podkreślił energję, zapał, wiedzę, jaka cechowała Jubilata w popularyzacji haseł eugenicznych; dzięki osobistym wysiłkom została przełamana bierność społeczeństwa i stworzony cały szereg instytucyj o charakterze społeczno-lekarskim, a ta, w której się odbyła uroczystość, jest żywym pomnikiem Jego pracy. Zakończył powiedzeniem: „dr. Wernic dobrze zasłużył się Warszawie!”

Z kolei przemawiali: profesor Szenajch, dyr. Szulc, płk. dr. Malinowski, prof. Melanowski, p. Uśniałowska, prof. Kapuściński, dr. Wajnert, starosta Mieszkowski, dr. Dreszer, dr. Borkowski. Następnie odczytano zgórą 200 telegramów, przesłanych bądź od instytucyj, bądź od osób prywatnych.

życiorys dr. Wernica wygłosił dr. Tadeusz Welfle, o pracy lekarskiej w imieniu Koła Dermatologów i Lekarzy innych Działów szpitala św. Łazarza mówił dr. Zalewski, dr. Dreszer skreślił pracę dr. Wernica, jako redaktora „Zagadnienia Rasy“, które jemu zawdzięczają swój rozwój.

Po przemówieniach zawieszono uroczyście portret Jubilata i wręczono adres hołdowniczy całkowicie wypełniony podpisaniami. W imieniu Delegatów Oddziałów prowincjonalnych przemawiali dr. Eichler, dr. Walewski i dr. Lipiński.

W zakończeniu dr. Wernic wzruszony do głębi niespotykanym w dzisiejszych czasach Jubileuszem za pracę społeczną jednostki podziękował zebrany z głębi serca słowy, podkreślając, że dobro Rzeczypospolitej jest dla niego celem!

Przemówienia na Akademji dla uczczenia
35-letniej pracy
Dr. med. LEONA WERNICA
dnia 14 kwietnia 1935 r.

T. MĘCZKOWSKA.

Zebraliśmy się dziś w tej sali, aby wspólnie uczcić zasługi Dr. Leona Wernica, prezesa Tow. Eug. i Związku Przeciwwenerycznego. Mamy mu wyrazić naszą głęboką wdzięczność za dotychczasową, tak bogatą, działalność i złożyć gorące życzenia dalszej owocnej pracy.

Wszyscy zebrani tu wiemy dobrze, jak szerokie kręgi ta praca obejmowała, jasno też uświadamiamy sobie, że cechowała ją młodzieńcza energja i nigdy, nie gasnący zapal,

Wiara w możliwość *uszlachetnienia* nie tylko fizycznej ale i psychicznej natury człowieka.

Mało jest ludzi, którzyby tak jak Dr. Wernic, nieśli w życiu jasno i wyraźnie wytkniętą linję życia, którzyby od zarania swej działalności wiedzieli czego chcą i dokąd idą, ale mało też jest takich, którym tak, jak naszemu przewodniczącemu, danem jest oglądać realne, namacalne wyniki swej pracy i widzieć jej piękne owoce.

Należę do rzędu tych już nielicznych dziś ludzi, którzy mieli sposobność patrzeć na działalność dr. Wernica niemal w momencie jej narodzenia.

Pamiętam go dobrze, kiedy młody, pełen zapalu, stawiał pierwsze kroki na drodze pracy społecznej, której następnie poświęcił życie i którą tak gorąco umiłował.

Znam też dobrze wszystkie etapy tej drogi, która od skrom-

nego Koła abolicjonistów doprowadziła po latach 30-stu do stworzenia instytucji tej miary, co Polsk. Tow. Eugeniczne, w lokalu którego jesteście w tej chwili.

W r. 1900 powstało w Warszawie z inicjatywy Dr. Wernica i senatora Posnera Koło abolicjonistów — instytucja konspiracyjna, ukryta przed władzami zaborczymi. Członków liczyło Koło niewiele—zebrania odbywały się w lokalu prywatnym. Koło postawiło sobie za zadanie — propagandę reform społecznych, któreby dążyły do walki z prostytucją, i ochroną społeczeństwa przed skutkami chorób wenerycznych.

Zadanie trudne, ponad siły, ciężkie, a rzecz sama, sam temat zupełnie niepopularny. Kto pamięta ówczesne stosunki, wie, że o tych bolączkach społecznych nie mówiło się w sferze ludzi dobrze wychowanych, gruba zasłona pokrywała tę stronę życia. Uczynić wyłom w istniejącym stanie rzeczy mógł tylko człowiek, który chciał i umiał iść własną drogą, który miał odwagę torować nowe nieubite szlaki. Tę odwagę posiadał Dr. Wernic. Koło przez niego założone pracowało przez lat 6; przez odczyty, wydawnictwa, artykuły w prasie (*Głos i Ognio*), starało się szerzyć hasła abolicjonizmu, jedną etykę i jedną wiarę w ocenie postępów ludzkich, budzić poczucie odpowiedzialności i wyrabiać te cechy, które w 30 lat potem nazwano „sumieniem eugenicznem“.

Praca ta nie poszła na marne: skierowała uwagę społeczeństwa na ważną dziedzinę *etyki seksualnej*, — urobiła pewien system myślenia na tym odcinku życia. I oto już w 1906 r. przetwarza się zakonspirowane Koło abolicjonistów na instytucję legalną — Tow. walki z chorobami płciowymi i szerzenie zasad abolicjonizmu, a w 1914 — 15 w Tow. walki z chorobami wenerycznymi i nieprawem. W 1917 powstaje Tow. do walki ze zwyrodnieniem rasy, które zostaje przekształcone na Polskie Tow. Eugeniczne.

Duszą tych wszystkich organizacji *był i jest* Dr. Wernic. Wystarczy przejrzeć sprawozdania, przeczytać protokoły, by się przekonać, że *jego nazwisko, jego inicjatywa, jego czyn* przewija się poprzez wszystkie lata. Z nieubłaganą konsekwencją prowadził rozpoczętą przez siebie pracę, nie szczędząc ani sił swych, ani czasu.

Był stale prezesem instytucyj, które dzięki niemu powsta-

wały, ale nierzadko pełnił w nich jednocześnie i rolę sekretarza i rolę skarbnika, bo umiał pracować za siebie i za innych.

To umiłowanie dobra publicznego, ta jego aktywność i ofiarność sprawia, że dziś schyłamy przed nim czoła i składamy mu wyrazy czci i hołdu.

GUSTAW SIMON.

Prezes Dr. Leon Wernic — Jubilatem? A zatem „czcigodnym starcem“, któremu się zazwyczaj składa hołdy i wyrazy uznania, jako dostojnemu zabytkowi przeszłości, symbolowi lat minionych, uroczyście odprowadzanemu do lamusa czy do muzeum dogasających pamiątek dawnej chwały? Człowiekiem, który starczym gestem i starczym słowem usiłuje, zwykle bezskutecznie, nawiązać choćby wątłą nić porozumienia z teraźniejszością, a o przyszłości nawet już marzyć nie może?

Wolne żarty! Dr. Leon Wernic, chociaż snuje się istotnie za Nim długi okres bujnej twórczości i wszechstronnych zasług, chociaż w życiu Jego dotychczasowem trudów wszelakich ogrom niezwykły, a zmagañ się z przeciwnościami i z przeciwnikami moc wielka, — wszak to uosobiona wieczna Młodość, w najszlachetniejszym, najpiękniejszym i najcenniejszym znaczeniu tego wyrazu. Nie młodość formalna, od daty metryki uzależniona, która — jakże często! — pozorem tylko bywa, lecz ta, która płynie z najgłębszych pokładów ducha, ta, która rozumem i sercem zawsze pozostaje świeża, zapalu pełna, barwna różnorodnością swych dążeń, a wzbogaca się doświadczeniem życiowem tylko po to, by nabrać nowych sił do dalszej pracy i do dalszej walki o cele istotne, najwyższe, wieczne. Ta, która nie szczędzi ofiar i wysiłków na drodze swego życia, która za jedyną nagrodę swych trudów uważa poczucie spełnionego obowiązku w służbie swego narodu, a za jego pośrednictwem w służbie cierpiącej ludzkości. Takim był, takim jest i takim zawsze — oby jaknajdłużej — będzie nam prawdziwie zasłużony i najgłębszego poważania godny Prezes Polskiego Towarzystwa Eugenicznego: Dr. Leon Wernic.

Cóż mi dodać wypada do słów powyższych dla pełniejszego

uwypatnienia, kim jest ten nasz niezwykle Jubilat? Inne pióra wskażą szczegółowy bilans Jego działalności naukowej i Jego niestrudzonej zabiegliwości społecznej. Niech mi więc wolno będzie tylko jeszcze zaznaczyć w najogólniejszym zarysie, na czym opiera, wraz chyba z wszystkimi, którzy mieli sposobność poznać bliżej Dra Leona Wernica i Jego pracę życiową, powyższą Jego charakterystykę.

Na drogę ofiar dla kraju i narodu wstąpił Dr. Leon Wernic już w pierwszym zaraniu swej kalendarzowej młodości, kiedy jako student ówczesnego rosyjskiego uniwersytetu warszawskiego, w okresie ciężkiej opresji zaborczej, a bierności i apatji politycznej pokolenia popowstaniowego, w rezygnacyjnej, mimo wszystkich swych zasług kulturalnych i gospodarczych, atmosferze, t. zw. „pracy organicznej“, należał do nielicznego grona młodzieży, która w tajnych organizacjach poczęła wskrzeszać ideały niepodległościowe, łącząc je jak najściślej z pracą dla ludu i wśród ludu, z demokracją, z wyzwoleniem świata pracy. Stare, pozornie utopijne, lecz jakże w swych osiągnięciach skuteczne: „Mierz siłę na zamiary, nie zamiar według sił“, przyświecało tym poczynaniom,—i temu hasłu, tylko jemu, zawdzięcza Polska odrodzenie swe państwowe poprzez wszystkie późniejsze etapy urzeczywistnienia.

Obu naczelnym zasadom, powyżej zaznaczonym, pozostał Dr. Leon Wernic wierny po dzień dzisiejszy, niestrudzenie, konsekwentnie, nie oglądając się na żadne trudności i zawody. Wyzwolić Polskę z kajdan przez wzmoczenie sił fizycznych i duchowych najszerszych warstw narodu, a dążyć do tego celu bez względu na jego odległość i rzekomą chimeryczność—oto, co kierowało zawsze uczuciami, myślami i czynami Dra Leona Wernica. Realizację tych swoich dążeń podjął na gruncie swej wiedzy zawodowej, pojętej jako służba społeczna, bezpośrednio zbiorowości narodu i jego odrodzeniu poświęcona. Nie ograniczył się więc do niesienia pomocy jednostkom cierpiącym indywidualnie, lecz rozszerzył widnokrąg i pole swych działań na całe społeczeństwo. Stąd płynie geneza Jego nowatorskiej akcji w dziedzinie eugeniki, tej najistotniejszej „medycyny społecznej“, tak ściśle związanej z niemal wszystkimi innymi działaniami wedzy przyrodniczej i socjologicznej. Nie bacząc na niechętny, często wrogi i złośliwy stosunek większo-

ści społeczeństwa, a nawet znacznej części świata lekarskiego, względem propagowanych przez Dra Leona Wernica zasad i dążeń eugenicznych, szedł On przez długie lata niemal samotnie obranym szlakiem, z uporem, który często nazywano manjactwem, lecz który był w rzeczywistości idealistycznym entuzjazmem człowieka, wierzącego święcie, iż prędzej czy później idea czysta i słuszna zwyciężyć musi. I zwyciężyła. A chociaż nie wszyscy się do tego przyznają, Dr. Leon Wernic, ten istotny twórca i przywódca ruchu eugenicznego w Polsce, śmiało dzisiaj powiedzieć może, iż zatriumfował nawet nad tymi, którzy się mienia przeciwnikami Jego dążeń i poglądów. Wiedza i praktyka eugeniczna przenikają dzisiaj wszędzie, gdzie się ma do czynienia z żywym człowiekiem, z jego rolą w społeczeństwie i dla przyszłych tego społeczeństwa pokoleń. Iluż ludzi stosuje dzisiaj kryteria eugeniczne w medycynie, w pedagogice, w wychowaniu duchowem i fizycznym, we wszystkich przejawach pracy społecznej, — nie zdając sobie sprawy, iż źródłem, skąd czerpią swe wskazania, jest eugenika, a zatem w Polsce: Dr. Leon Wernic i przezeń kierowany ruch eugenistyczny. Jak bohater komedji moljerowskiej, mówił prozą sam nic o tem nie wiedząc, tak w Polsce mamy tysiące eugenistów nieświadomych nawet nazwy nauki eugenicznej, lecz zawdzięczających swe wykształcenie praktyczne twórczemu promieniowaniu działalności Dra Leona Wernica. Największy to chyba triumf i największy tytuł do słusznej dumy, z jaką może spoglądać na dotychczasowe dzieło Swego życia dzisiaj Jubilat.

Jeden tylko może jeszcze być powyższemu niemal równy tytuł do chwały Dra Leona Wernica — to Jego serdeczna umiejętność wpływania na młodsze odeń pokolenie, zwłaszcza w świecie lekarskim. Nie pociągając ku Sobie i Swej działalności żadnemi widocznymi perspektywami jakichkolwiek zysków, nawet moralnej natury, samym tylko swym zapalem dla słusznej sprawy zdołał Dr. Leon Wernic zgrupować wokół Siebie i tworzonych przez Siebie instytucji zespół ludzi ofiarnych, na których przelewa nietylko Swą wiedzę i Swe doświadczenie, lecz — co najważniejsza — owo zrozumienie posłannictwa społecznego, którego Sam od tylu już lat jest wzorem i przykładem. Kto w ten sposób na innych działać po-

trafi, ten zaiste powiedziec może, że trudu swojego nie oddał na marne.

Wszyscy zaś, którzy mieli szczęśliwą możność współpracować w większym czy mniejszym stopniu z Drem Leonem Wernicem, czcą w Nim dzisiaj nietylko wielce zasłużonego Obywatela, nietylko Twórcę ruchu eugenicznego w Polsce, nietylko wszechstronnego Działacza społecznego, lecz i najzacieńszego, bardzo kochanego przyjaciela, którego czekają jeszcze długie lata niespożytej, zawsze młodej i świeżej, pracy ku dobru Ojczyzny i ludzkości.

Dr. med. TADEUSZ WELFLE.

Jestem niezmiernie rad, że mnie obdarzono zaszczytną funkcją i poruczono skreślić sylwetkę naszego dzisiejszego Jubilata, Dr. med. Marka Leona Wernica, jako działacza społecznego i jako eugenistę w szczególności. Zadanie mam znacznie ułatwione, gdyż blisko 30 lat miałem możność przypatrywać się Jego ofiarnej pracy początkowo jako uczeń gimnazjalny, korzystający z doświadczonych rad i wskazówek higienisty szkolnego i wykładowcy, ostatnio zaś jako wieloletni współpracownik na niwie pracy eugenicznej. Nie będę sadził się na pochwały i superlatywy, których, wiem dobrze, nasz Jubilat nie lubi, a ograniczę się do wyszczególnienia suchych faktów, jako wyników Jego pracy, a które same przez się są najlepszym pomnikiem Jego wieloletniej niestrudzonej działalności społecznej.

Wkrótce po ukończeniu studjów lekarskich i uzupełnieniu ich w kilku wyższych zakładach naukowych (w Petersburgu, Krakowie, Wrocławiu, Berlinie i Paryżu) oddaje się pracy społecznej i w 1901 roku zakłada w Kaliszu oddział Towarzystwa Higjenicznego, w którym skupia najwybitniejsze jednostki m. Kalisza jak: Alfonsa Parczewskiego, Bilewiczów, Stanisława Narutowicza i wielu innych. W szybkim czasie Tow. Higjeniczne rozwija się doskonale, otwierając cały szereg sekcji jak: ludowa, higjeny miast i wychowania. Jednocześnie przeprowadza badania około 3000 dzieci szkół m. Kalisza, ogłaszając wyniki tych prac drukiem.

W latach 1905 — 1906 bierze czynny udział w ruchu rewolucyjnym, mieszkanie Jego staje się punktem zbornym elementów wyzwolenicznych, składnicą broni i pogotowia lekarskiego.

W tychże latach od 1905 — 1907, na zasadzie przeprowadzonego konkursu, zostaje redaktorem „Zdrowia“, organ Warszawskiego Towarzystwa Higienicznego.

Od 1906 roku jest lekarzem szkolnym (od założenia szkoły) gimn. im. Mikołaja Reja i przeprowadza szereg reform w zakresie higieny szkolnej, między innymi pierwszy przeprowadza reformę ubrania szkolnego, współpracuje w organizowaniu kolonji letnich, oraz wprowadza do szkolnych badań lekarskich badania uzdolnień, które były bardzo pomocne przy udzielaniu maturzystom porad w zakresie wyboru zawodu. Miało to, jak się później okazało, znaczenie przy przyjmowaniu maturzystów do wyższych zakładów naukowych zagranicą (Cambridge). Doświadczenie, zdobyte w zakresie higieny szkolnej, ujmuje w całym szeregu prac, a przede wszystkim w „Syntezie działalności lekarza szkolnego“, oraz w podręczniku „Anatomji, fizjologii i higieny“, który doczekał się 4 wydań.

W 1907 roku powstaje pierwszy zwiastun pracy eugenicznej przez powołanie do życia „Towarzystwa szerzenia zasad abolicjonizmu i walki z chorobami wenerycznymi“, które po 3-letniej działalności zostaje przez władze rosyjskie zamknięte. W następnych kilku latach oddaje się wyłącznie pracy naukowej, by w 1914 r. znowu ukazać się na arenie życia społecznego i politycznego.

Przed wybuchem wojny światowej widzimy Go w zakonspirowanym „Związku Patryjotów“, gdzie pełni godność vice przewodniczącego, a po wybuchu wojny skupia młodzież niepodległościową w założonej przez siebie sekcji kształcenia pielęgniarzy przy Tow. Higieny im. Bolesława Prusa. Czyni to dla odciążenia nauczycieli szkół ludowych od kursów w tym czasie urządzanych pod opieką władz rosyjskich, a mających na celu zwerbowanie całego personelu szkół ludowych do kadry sanitarnych i wywiezienia ich w głąb Rosji.

W roku 1915, gdy wojska rosyjskie w czasie ustępowania z Warszawy znajdowały się jeszcze na przedmieściach i każdej chwili wisiała groźba powrotu, staje jeden z pierwszych do pierwszej zbiórki w Warszawie. Jest członkiem Komitetu Obywatelskiego i z ramienia tegoż reorganizuje dział policji lekarskiej m. st. Warszawy, przekształcając go następnie

w wydział sanitarno-obyczajowy. Niezwłocznie nawiązuje kontakt z Legjonami Piłsudskiego i bierze czynny udział w organizowaniu bataljonu Warszawskiego, przeprowadza badania lekarskie ochotników, zakłada szpitalik przy ulicy Żórawiej i jest aż do końca jego lekarzem naczelnym.

W czasie swej pracy państwowej w departamencie, a później w ministerstwie Zdrowia, pełni funkcje referenta, a następnie naczelnika wydziału i przeprowadza cały szereg reform i donośnych uchwał z zakresu organizacji planowej walki z chorobami wenerycznymi i nierządem. On to organizuje i przeprowadza rozporządzenie o zniesieniu tolerowanych dotąd domów rozpusty, układa projekt ustawy o zwalczaniu chorób wenerycznych i wiele innych.

Od 1904 r. pracuje w szpitalu św. Łazarza, w 1910 jest kierownikiem oddziału róży, a od 1914 r.—ordynatorem szpitala na podstawie konkursu.

Niezależnie od pracy zawodowej i politycznej rozwija energiczną akcję społeczną. W grudniu 1914 stwarza przy Tow. Higjeny im. Bolesława Prusa wydział walki z nierządem i chorobami wenerycznymi, po upływie roku przekształca go w samodzielne „Tow. Walki z chorobami wenerycznymi i nierządem“, i odtąd dalsze 20-letnia działalność prezesa tej instytucji to konsekwentnie przeprowadzone posunięcia, zdążające ku uświadomieniu społeczeństwa Polskiego o konieczności przestrzegania w życiu zasad, chroniących je od zwyrodnienia. W listopadzie 1918 r. organizuje I wszechpolski „Zjazd w sprawie wyludnienia kraju“, na którym wiele cennych prac wygłosili lekarze, prawnicy, pedagogzy i ekonomiści. W tymże roku zwiększa się wybitnie teren i zakres działalności, z tego powodu zmienia się i nazwa instytucji na „Tow. walki ze zwyrodnieniem rasy“, przy której w krótkim czasie powstaje sekcja eugeniczna (1920 r.). Jednocześnie rozwija akcję na prowincji, zakładając szereg oddziałów. Powstają wówczas oddziały w Częstochowie, Białymstoku, Kielcach, Radomiu, Płocku, Łodzi, Tomaszowie Rawskim, a w ciągu następnych lat (1920 — 1921) — w Poznaniu, Krakowie, Lwowie, Grudziądzu i Wilnie. W 1921 r. organizuje II wszechpolski „Zjazd Eugeniczny“, który posiadał 4 sekcje: eugeniczną, zwalczania chorób wenerycznych i nierządu, wychowania i prawno-społe-

czną. W tym czasie rozpoczyna wydawnictwo „Biblioteki Eugenicznej“.

W roku 1924 zakłada „Tow. walki z handlem kobietami i dziećmi“, którego jest pierwszym prezesem a po roku zaś, ze względu na rozwój prac w innym zakresie, zrzeka się przewodnictwa i przekazuje go współinicjatorowi tego towarzystwa ministrowi W. Chodźce.

Dążąc konsekwentnie do skupienia całej działalności w kierunku eugenicznym, zabiega w tym celu o zmianę statutu, który przy współpracy Dr. Szczodrowskiego i mec. Chrzanoskiego, otrzymuje ostateczną formę i w 1923 r. zostaje zatwierdzony przez ministerstwo w tej formie, jaką dziś posiadamy. Wraz z nowym statutem zmienia się i nazwa instytucji na „Polskie Tow. Eugeniczne i walki z chorobami zwyrodniającymi“. Ta druga część tytułu została umyślnie pozostawiona dla dobitniejszego podkreślenia przyszłego kierunku działalności, która powinna pójść nie tylko po drodze dociekań teoretycznych, ale mieć za zadanie przede wszystkim cele praktyczne.

W 1925 r. organizuje III Zjazd Eugeniczny i jednocześnie nawiązuje kontakt z pokrewnymi instytucjami zagranicznymi. Zostaje wybrany członkiem Zarządu Międzynarodowego Związku Przeciwwenerycznego, a w 2 lata później — vice prezesem Międzynarodowego Związku Eugenicznego.

Ostatnie 10 lat poświęca rozwojowi ukochanego przez Siebie dzieła, uświęconego wspólnym rozkwitem Towarzystwa Eugenicznego. Organizuje zjazdy w latach: 1930, 1931, 1932, 1933, 1934, urządza wystawy eugeniczne w latach: 1927, 1930, 1931, 1933 oraz stałą wystawę eugeniczną w 1934 r. w lokalu Polskiego Towarzystwa Eugenicznego w Warszawie przy ulicy Nowy Świat 1. W roku 1925 zakłada pierwszą poradnię przedślubną, których dzisiaj mamy już 25, rozrzuconych na całym terenie Rzeczypospolitej, a w 1934 r. kursy dla instruktorów eugenicznych. W tymże roku przedkłada departamentowi służby zdrowia pierwszy projekt ustawodawstwa eugenicznego, przerobiony następnie w 4 ustawy: o poradach przedślubnych, o pomocy dla nowożeńców, o rejestracji czyli kartotekach zdrowia i o zmniejszeniu ciężarów w zakresie opieki społecznej.

W roku 1928 jest współzałożycielem Związku Przeciwwenerycznego w Polsce, a od 1931 jest jego prezesem; od 1929 do 31 r. jest prezesem Od. War. Tow. Dermatologicznego.

Obecny stan rozkwitu Polskiego Towarzystwa Eugenicznego nie będę opisywał, znają go obecnie tu zebrani bardzo dobrze, wspomnę tylko, że jest on dorobkiem w pierwszym rządzie naszego dzisiejszego Jubilata.

A teraz niech mi woino będzie słów parę skierować do Ciebie, Kochany Jubilacie. Wyliczone tu w ogólnikowy sposób zasługi Twoje na niwie społecznej, na której niemal od zarania pracy przyświecała Ci myśl stworzenia ruchu eugenicznego w Polsce, nie są Twoją najważniejszą zasługą, nie jest nią też i to, że Ty i niezaprzeczenie Ty jesteś tym Pierwszym Polskim Eugenistą, który ruch ten w Polsce powołał do życia i postawił na odpowiednim poziomie, nadając mu właściwy kierunek, ale największą zasługą jest to, żeś potrafił stworzyć całe zastępy młodych eugenistów, którzy dziś, rozproszeni po całym terenie Rzeczypospolitej, krzewią Twoje umiłowane idee. W ten sposób założyłeś trwale fundamenty, na których oprze się ruch eugeniczny w Polsce teraz i w przyszłości. Ziarno, które szczodłą ręką siałeś w naszych sercach i umysłach, wyda odpowiednie owoce, o tym chciałem Cię, Kochany Nauczycielu, zapewnić w dniu Twego Święta pracy w imieniu mych kolegów i moim. A za wieloletnią Twoją ofiarną działalność podziękują Ci przyszłe pokolenia, imię zaś Twoje, z perspektywy dziejów, złotemi zgłoskami wypisze historia.

W imieniu Twoich współpracowników w Towarzystwie Eugenicznym mam zaszczyt ofiarować Ci ten skromny album, jako wyraz hołdu dla Twoich zasług. Ku uwiecznieniu zaś Twojej pamięci zawiesiliśmy portret Twój w tym lokalu, aby przypominał przyszłym pokoleniom założyciela i twórcę ruchu eugenicznego w Polsce.

Dr. med. JERZY ZALEWSKI.

Działalność naukowa Dr. med. LEONA WERNICA

Panie Ministrze!

Szanowni Państwo!

Dostojny Jubilacie!

Z pewną nieśmiałością przyjąłem szczytny obowiązek omówienia działalności naukowej Tego, który w dniu dzisiejszym święci swe 35-o letnie gody z Wiedzą Lekarską. Z nieśmiałością i lękiem, gdyż wydało mi się ponad siły zobrazowanie w krótkim referacie pięknego owocu długich lat pracy, pracy pełnej samozaparcia się, poświęcenia, oddania całej duszy umiłowanemu zawodowi. Niewolny podziw ogarnia już choćby dla przebogatej płodności pisarskiej Autora stu kilkudziesięciu prac naukowych. I jakiś czar płynie z tych stronic, które zda się tętnią zapalem, płoną ogniem wiecznej młodości ducha, mówią o wielkim sercu Człowieka.

W pracach Dra Wernica spostrzegamy dość znaczną różnorodność poruszanych tematów. Nie znaczy to bynajmniej, by ogarniały one dorywczo jakieś spostrzeżenia, by były li tylko plodem przypadkowości. Są one wiernym odzwierciedleniem tego odcinka działalności, któremu w danym okresie życia poświęcał się jako lekarz, bądź jako społecznik.

Już lata pierwsze po uzyskaniu dyplomu, lata pracy na prowincji, zwłaszcza zaś w Kaliszu, przynoszą obfity plon piśmienniczy. W pracach z lat tych widać już lwi pazur siewcy zasad higieny, higieny ujętej w szerokie ramy naukowe, widać lekarza z Bożej łaski, pojmującego swój zawód, jako pod-

stawę do pracy na niwie społecznej, doskonałego organizatora, władnego podniecić w kolegach swych zapal do działania.

Założyciel Kaliskiego Towarzystwa Hygienicznego musiał jednak uzasadnić naukowo potrzebę istnienia tej placówki, musiał pobudzić ruch naukowy, obejmujący sprawy higieny. Czyni to Wernic w licznych pracach i publikacjach, jak:

„W sprawie odżywiania się ludu naszego“,

„O stanie i potrzebach sanitarnych Kalisza“,

„O wystawach higienicznych na prowincji“,

„Hygiena wobec ewolucji społecznej i potrzeb prowincji“,

„O założeniu Tow. Hygienicznego w Kaliszu“ i wielu innych.

Te pierwsze lata pracy lekarskiej Dr. Wernica mówią jeszcze o jednej, tak pięknej, stronie jego charakteru: umiłowaniu młodzieży. Dobru uczącej się dziatwy poświęca szereg prac, których tytuły, jak

„Hygiena w szkołach i szkoły Kaliskie“,

„O kolonjach letnich dla dzieci“,

„Stan zdrowotny szkół i dziatwy szkolnej Kalisza“,

„Stan młodzieży rzemieślniczej i handlowej“, mówią już o treści. Jest godnem zaznaczenia, że działalność naukowo-hygieniczna Dra Wernica w Kaliszu przypada na okres największego nasilenia się ucisku polskośći przez zaborcę. Uzasadnianie konieczności skupiania się celem pracy społecznej jest dowodem dużej odwagi duchowej i gorącej miłości Ojczyzny.

Teren prowincjonalny był za mały dla pieniaącego się nurtu dążenia do pracy społecznej i naukowej. Był tylko odskocznią, próbą sił na wielkie zamiary życiowe Wernica. I oto w roku 1905 widzimy już postać Jego na gruncie Warszawy. Uważając, że jednym z najgorszych czynników, trapiących i zwyrodniających społeczeństwo polskie, są choroby weneryczne, Wernic poświęca się tej specjalności. Wskaźnikiem zamiłowania do niej jest praca Kaliska „O nowoczesnych metodach leczenia rzeżączki“. Już wtedy jednakże uważał, że opanowanie wiedzy skórno-wenerycznej służyć mu będzie li tylko podstawą do szerszej działalności społecznej. Podstawa ta jednak musiała być mocną, trwałą. I oto szpital św. Łazarza, który pod kierunkiem ś. p. Ksawerego Watraszewskiego promienio-

wał na cały b. zabór rosyjski, widzi Wernica jako asystenta, lekarza ambulatorjum a następnie po dzień dzisiejszy ordynatora. Wiedzę swą pogłębia Wernic studjując swą specjalność w klinikach Paryskich i Berlińskich.

Działalność w szpitalu ś-go Łazarza odzwierciadla się w 43-ch pracach klinicznych.

Pierwsze, jakie wyszły z pod pióra młodego asystenta, to „Przyczyny i leczenie wypadania włosów“, „O leczeniu chorób skóry owłosionej“ i „O leczeniu światłem“.

Są to referaty zbiorowe. Trzeba jednak wziąć pod uwagę, że prace te wyszły w latach 1905 — 1906, gdy nie było podręcznika chorób skóry w języku polskim, a referaty zbiorowe były strawą niezbędną dla kształcącego się młodego pokolenia lekarskiego. W pracach swych Wernic podaje zwięźle i jasno poglądy ówczesne na etiologję schorzeń, zwracając jednak uwagę największą na metodykę leczenia. I to dążenie do przyjścia wydatnego z pomocą choremu, opracowywanie metod własnych, bądź sprawdzanie wartości prób innych autorów, jest cechą najbardziej znamioną pracy kliniczno-lekarskiej Wernica.

„Sto przypadków dymienic, leczonych metodą Biera“,

„O leczeniu rzeżączki metodą zastoiny“,

„O leczeniu róży“,

„O leczeniu rzeżączki szczepionkami“,

„Najnowsze poglądy na patogenezę i przebieg leczenia róży“,

„O stosowaniu stężonych rozczyńców neosalwarsanu w przymiocie“,

„Leczenie syfilisu wrodzonego“. Oto dowody działalności Wernica na tym odcinku wiedzy skórno-wenerycznej. W pracach tych poza podaniem bogatego piśmiennictwa obcego i polskiego, autor poddaje rzeczowej krytyce stosowane ówczesnie metody lecznicze, sprawdza wyniki na bogatym materiale szpitalnym, wnioski zaś wysuwa nader oględnie. Dwie prace ostatnie szczególnie wymagają omówienia dokładniejszego.

Pierwsza z nich wyszła w roku 1913. Autor podaje w niej wprowadzoną przez siebie metodę wstrzykiwania stężonych rozczyńców leku. Po tak trudnych w wykonaniu wstrzykiwa-

niach salwarsanu, metoda opracowana przez Wernica czyniła zabieg dostępnym dla szerokiego koła lekarzy i jest stosowaną po dzień dzisiejszy.

Praca druga ukazała się w roku 1932. Ma ona kształt monografii i jest wynikiem długoletniego doświadczenia wybitnego klinicysty. Wernic przeprowadza w niej pogląd, że dokładne badanie kliniczne oraz skrzętne przeprowadzenie wywiadu jest jedyną trwałą podstawą prawidłowego rozpoznania i leczenia. Przytacza nad wyraz obszerne dane z piśmiennictwa, opiera się na licznych wykazach statystycznych. Omawia działanie różnorodnych leków i stwierdza konieczność stosowania w pewnych przypadkach leczenia bodźcowego oraz zadziaływania na rozwijający się ustrój wyciągami gruczołów dokrewnych. Wskazuje ponadto na konieczność współpracy syfilidologa z położnikiem i pediatrą.

Grupę odrębną stanowią spostrzeżenia kliniczne, jak:

„Twardziel skóry i akromegalja“, w której omawia szczegółowo rzadkie współistnienie dwóch schorzeń o etiologii niewyjaśnionej ściśle“,

„Różyce i cierpienia podobne do róży“,

„O cierpieniach paciarkowcowych skóry i działalności róży“,

„Spondylose rhisomelique“,

„Przypadek gruźlicy skóry, przyjęty za raka“,

„Przypadek lichen linearis“,

„Przypadek tuberkulidów trądzikowych“.

Czas krótki, jaki mi wolno przeznaczyć na ten referat, nie pozwala na omówienie bardziej dokładne, na jakie te prace zasługują. Zaznaczyć jednak muszę, że prace dotyczące róży, oparte na 600 spostrzeżeniach ordynatora przez czas lat kilku oddziały dla chorych z tym schorzeniem, obejmują całokształt zagadnienia, przyczem autor przeprowadza w nich myśl, że tylko rozpatrywanie róży, jako jednej z postaci wielkiej grupy cierpień paciarkowcowych skóry, pozwala na rozpoznanie prawidłowe.

Działalność kliniczna dzisiejszego Jubilata nie była by pełną, gdyby nie zaciekały go sprawy, związane ściśle z rozpoznaniem schorzeń — metody laboratoryjne. W czasach, gdy analityka kliniczna nie stała się jeszcze odrębną gałęzią wie-

dzy lekarskiej, gdy pracownia szpitala znajdowała się jeszcze w zaraniu swego rozwoju, Wernic, nie bacząc na nader ciężkie warunki, zmuszające go do częściowego dokonywania poszukiwań w laboratorjach prywatnych, przeprowadza swe doświadczenia nad serodjagnostyką przymiotu i mykologją.

W pracy „Serodjagnostyka syfilisu oraz wartość próby Kleusner-Kreibicha“, po omówieniu pobieżnym odczynu Bordet-Wassermanna, będącego w czasie dokonywania tych badań próbą nową, trudną w wykonaniu, o niedostatecznie opracowanej technice, Wernic podaje wyniki prób własnych nad metodą precypitacyjną, opisaną przez Kleusnera, i wykazuje, że odczyn ten nie jest objawem jakościowo swoistym dla przymiotu.

W pracy bardziej obszernej „Technika metody Wassermanna w syfilisie i próba precypitacyjna ze zniszczeniem aleksyn i glikocholanem sodu“, Wernic podaje już dokładną metodykę tej próby, oraz sposoby uzyskiwania i miareczkowania odczynników. Sprawdza celowość stosowania krwinek bydłych, stwierdzając występowanie bardziej częste wyników nieswoistych. Omawia odmianę Bauera, zarzucając jej niedość ścisłe określenie własności hemolitycznych surowicy badanej. W zakończeniu przedstawia wyniki doświadczeń własnych nad wprowadzoną przez Lévaditiego próbę kłaczkowania surowic pod wpływem glikocholanu sodowego. Stwierdza przy tem na mocy 75 badań, że odczyn ten—swoisty ilościowo, jest mniej czuły od próby Wassermanna, stanowi jednak cenny przyczynek do biochemji związków koloidalnych surowicy.

Nie zadawałajac się badaniami serologicznymi, w pracach swych „Grzyby pleśniowe, ich morfologja i udział w cierpieniach skóry“, „Grzybek liszaja pstrego i jego rozwój“, „O ciałkach Mucha“, wykazuje głębokie zaciekawienie poszukiwaniami w tym odcinku etjologji schorzeń skóry.

Z tego krótkiego przeglądu prac kliniczno-lekarskich, będących dorobkiem dotychczasowym Jubilata, jaśnieje jedno: niema niemal dziedziny, wiążącej się z zagadnieniem schorzeń skóry i wenerycznych, która by nie zaciekawiała, której by nie silił się opanować dokładnie, sprawdzić doświadczalnie, wykorzystując bogaty materiał kliniczny, jakim rozporządzał w swoim oddziale.

Jest rzeczą znamionną, że dużą część swych prac, przed ogłoszeniem ich drukiem, podawał do wiadomości kolegów na odczytach klinicznych. To zjawisko wyjaśnia się jedną z cech szczególnych Jego umysłowości i charakteru; chęcią podzielenia się wiedzą zdobytą i doświadczeniem, zamiłowaniem do wyświetlenia sprawy drogą bezpośredniej wymiany zdań, wreszcie pragnieniem nauczania młodzi lekarskiej.

Bo od zarania swej pracy lekarskiej, aż po dzień dzisiejszy jest Wernic pełnym talentu i poświęcenia się pedagogiem.

Od pierwszych niemal lat pobytu w Warszawie jest on nauczycielem higieny w gimnazjum im. Reja, prowadzi wykłady higieny szkolnej dla lekarzy szkolnych, w czasie wojny organizuje i ma wykłady na licznych kursach sanitarnych, jest pierwszym lektorem, wykładającym w języku polskim dermatologję i syfilidologję w szkole dentystycznej Szymańskiego, organizatorem i wykładowcą w ciągu lat ostatnich zaprojektowanych przez niego kursów dokształcających dla lekarzy, prowadzi cykle wykładów i kursów z zakresu wenerologii, urządzanych przez Polskie Towarzystwo Eugeniczne.

Ta działalność znajduje wierne odbicie w szeregu prac, ogłoszonych drukiem. Okres wykładów w gimnazjum im. Reja poza licznymi pracami z dziedziny higieny szkolnej, wypracowaniem tak dobrze znanych „Trzech tablic poglądowych higieny szkolnej“, daje podręcznik „Zasady anatomji, fizjologii i higieny“, oraz przepiękną w swej treści „Syntezę działalności lekarza szkolnego“. Ta praca—owoc dziesięcioletniej działalności lekarza-hygienisty, jest zbiorem wskazówek człowieka, który ukochał, umiłował młodzież. Zwraca w niej uwagę nie tylko na stronę fizyczną rozwoju dziecka, lecz i na duchowe skłonności i żąda od lekarza szkolnego wyrozumienia obok stanowczości, zdobycia zaufania ucznia, znajomości zбочzeń umysłowych w czasie dojrzewania, blizkiego zetknięcia się z rodzicami, znajomości patologji gruczołów dokrewnych, jako czynników niezbędnych dla rozwikłania różnorodnych zagadnień pedagogicznych.

Zaświadczenia co do uzdolnień młodzieży otwierają młodzieży, kończącej gim. Reja, pozbawionego wówczas praw, wrota w angielskich uniwersytetach Cambridge i Oksfordu.

Wykłady w szkole dentystycznej Szymańskiego, poza nie-

zapomnianym wrażeniem na licznych słuchaczach, pozostawiły po sobie świadectwo widome w postaci skryptów „Wykładów syfilidologii“.

Kursy dla lekarzy, związane są ściśle z działalnością twórcy Towarzystwa walki z chorobami wenerycznymi i nierządem“ i „Polskiego Towarzystwa Eugenicznego“.

Ten odcinek pracy Wernica, odcinek, gdzie jest i pozostanie duchowym wodzem zrzeszonych działaczy społecznych i mężów wiedzy, dał plon najbogatszy, najświetniejszy, najbardziej ujmujący całość zagadnienia. Około 40 prac poświęcił dzisiejszy Jubilat dla uzasadnienia jednego z najważniejszych celów swego życia.

Drogą żmudnego zestawienia danych statystycznych, prac doświadczalnych, wskazówek praktycznych opartych na podstawie naukowej, porównań warunków rozwojowych i skryształizowania poglądów na zagadnienia, Wernic wyświetla wszechstronne cele i środki dla osiągnięcia szczytnych haseł Eugeniki.

Jest wielkim propagatorem tej myśli, że w Polsce najważniejszym zadaniem jest zachowanie niepodległości, obrona granic i odpowiednia polityka narodowościowa.

„Człowiek w chwili narodzin nie jest białą kartą, lecz jest księgą zapisaną piśmem wodnym, które należy odpowiednio wywołać, odczytać i odpowiednio zużytkować“. „Odrodzenie fizyczne i umysłowe narodu oraz walka ze zwyrodniającymi pozostałościami niewoli — to jest nasze zadania-cel“.

woła Leon Wernic, przywódzca i wielki jałmużnik rozwijającego się coraz piękniej ruchu eugenicznego.

Czcigodny Jubilacie! Niech mi darowanym będzie, że tak zwięźle określiłem tę działalność Twoją, która jest Twą dumą i chwałą. Nie omawiam również Twej pracy w Polskim Towarzystwie Dermatologicznym. Nie chcę jednak wchodzić w zakres przemówień innych. Pragnąłbym tylko choć w kilku słowach poruszyć Twą pracę na terenie naszego szpitala.

Poświęcając się rozwojowi ruchu eugenicznego, nie pozostawiłaś ugiem pracy klinicznej. Zabieranie głosu i pokazy rzadszych przypadków schorzeń skóry na posiedzeniach „Koła Dermatologów“, odzwierciadlające się w „Pamiętniku Klinicznym“ szpitala św. Łazarza“, jest tylko odbłaskiem Twej

działalności. Oddział Twój — to szkoła uczącej się młodzi lekarskiej, dzielisz się z nią nie tylko swą wiedzą głęboką i doświadczeniem doskonałego klinicysty, lecz i sercem. Dla Twych młodych przyjaciół jesteś prawym doradcą. Kształcąc ich w swej specjalności, wskazujesz jednocześnie swe wielkie cele, wyjścia na szerokie pole pracy społecznej.

Dzień dzisiejszy jest wyrazem uznania społeczeństwa dla pracy Twego życia, niech w dniu tym dostąpię tego wielkiego zaszczytu złożenia Ci wyrazów hołdu i czci.

I.

PRACE ORYGINALNE.

JAN NELKEN.

HIGJENA PSYCHICZNA ZWALCZANIA ALKOHOLIZMU ¹⁾

Każdy środek narkotyczny lub oszalamiający ma we wszystkich czasach i kulturach podwójną Janusową twarz i wywiera dwojaki skutek. Wykazuje on narazie pewne zalety. Wzmaga chwilowo samopoczucie i energję fizyczną organizmu. Podnosi podupadłego na duchu człowieka. Zalewa robaką nurtującej troski osobistej. Powoduje dodawanie sobie odwagi w obliczu niebezpieczeństwa na polu bitwy, przyczynia się do chwilowego rozgrzania zziębniętego i upadającego ze zmęczenia robotnika. Ale krok dalej — i te błyskotliwe zalety alkoholu mszczą się i wykazują właściwe oblicze — następuje zwyrodnienie i wykojenie się człowieka poza obręb społeczeństwa i normalnego życia.

Niema sprawy, któraby była tak przepojona zagadnieniami higjeny psychicznej, jak jest przepojona społeczną stroną walki z alkoholizmem. Wskazują na to trzy główne skutki przewlekłego nadużywania alkoholu: ruina charakteru, rozpad rodziny i droga do przestępstwa.

Z punktu widzenia higjeny psychicznej przedewszystkiem nasuwa się konieczność prawnego regulowania obrotu alkoholo-

¹⁾ Odczyt wygłoszony 14.X. 35 w Państwowej Szkole Higjeny na III Kursie dla lekarzy z zakresu eugeniki, zorganizowanego przez Państwową Szkołę Higjeny i Radę Naukową Polskiego T-wa Eugenicznego.

lu wśród warstw ludności. Alkohol bowiem zajmuje wśród środków narkotycznych z wiadomych przyczyn uprzywilejowane stanowisko: wówczas kiedy handel narkotykami np. morfiną, makowcem i eterem u nas poddany jest ścisłej kontroli i prawnie zagrożony surowymi karami, alkohol prawie wszędzie cieszy się prawami nieograniczonego, lub mało ograniczonego obywatelstwa.

Prawne regulowanie spożywania alkoholu w państwie może istnieć pod postacią *zupełnego zakazu* spożywania alkoholu lub też *ograniczonych zakazów* sprzedaży.

Prohibicja w St. Zjednoczon. Am. Półn. powstała w r. 1918 i trwała przez 13 lat. Dzisiaj należy ona już do przeszłości. Wykazała ona dobroczynny wpływ na śmiertelność i zachorowalność—poza to spowodowała ona jednak cały szereg stron ujemnych: zostały np. wprowadzone do spożywania napoje bardziej trujące niż zakazany alkohol, ilość psychoz alkoholowych po znacznym spadku (w r. 1920) wzrosła stopniowo do poprzedniego poziomu, powstały objawy bandytyzmu specjalnego typu, korupcja licznych rzesz urzędniczych, demoralizacja młodocianych, a przede wszystkim ogromny wzrost wydatków skarbu państwa na prohibicję, w r. 1928 — 36 milionów dolarów (*Desfosses*).

Z zestawienia walki z alkoholizmem w St. Zjednoczonych widocznym jest, na jakie trudności i zahamowania w rozwoju narażoną jest sprawa zakazu alkoholowego nawet przy państwowym zakazie prohibicyjnym. Wszyscy autorzy, traktujący o tym przedmiocie, odkładają pomyślnie skutki prohibicji do przyszłego pokolenia. Najbardziej krańcowy jej entuzjasta *Irving Fischer* stwierdza, że prohibicja amerykańska przejdzie do historii, jako odwierny nowej ery na świecie, z której naród ten może być dumny nazawsze. Natomiast bardziej trzeźwy badacz angielski *Vernon H. M.* wypowiada się przeciw ostrym zmianom, które powodują gwałtowną reakcję. Za dowód tego uważa on właśnie wprowadzenie bezwzględnej prohibicji w Ameryce Północnej, a zaleca natomiast stopniowe jej wprowadzenie: nie biorąc w obronę szynków i słańo podtrzymując konsumpcję spirytualji, mogłaby być dozwolona sprzedaż piwa i lekkich win na granicy, wówczas kiedy

stany centralne mogłyby traktować sprawę prohibicji z całą surowością. W krajach znanych z częściowej prohibicji t. j. z ograniczeń w spożywaniu alkoholu (Kanada, Australja, Szwecja, Norwegja, Islandja, Szkocja), w przeciwieństwie do zupełnego zakazu, ruch w kierunku zupełnej prohibicji zawsze był chwiejny i uchwalona *zupełna* prohibicja była po pewnym czasie znów przegłosowywana. Z 9 prowincyj Kanady jedna tylko — Nowa Szkocja — utrzymała zupełną prohibicję. Prowincje Kanadyjskie w przeciwieństwie do St. Zjednoczonych stały po stronie indywidualnej akcji zwalczania alkoholizmu i przyswoiły sobie różne systemy kontroli używanych trunków. Różnią się one zasadniczo od prohibicji dopuszczeniem do sprzedaży piwa i lekkich win, podobne zaś są w wykluczeniu karczem i barów.

Co do oceny prohibicji, to *Taft* radzi się wstrzymać z sądem o jej wynikach conajmniej 10 lat. Rzeczywiste jej wyniki należy według *Vernona* odłożyć na 20 lub nawet 30 lat, wówczas kiedy obecna generacja młodzieży osiągnie dojrzałość i władzę.

W naszej literaturze *M. Kacprzak* jest również zdania, że może dopiero przyszłe pokolenie będzie mogło wszechstronnie rozpatrzyć i odpowiednio ocenić prohibicję — jej dodatnie i ujemne strony i wpływ na całość życia amerykańskiego.

Z ograniczonych zakazów alkoholowych streszczam przede wszystkim według *Noe-Nordberga* prawne zarządzenia przeciwalkoholowe w krajach niemieckich:

System Gotenburski, rozpowszechniony w krajach północnych, starający się wykluczyć w rozpowszechnianiu alkoholu interes prywatny, nie został przyjęty w Niemczech. Uchwalony w r. 1930 t. zw. *Gaststaettengesetz* nie zawiera o nim żadnej wzmianki. Również i t. zw. *Gemeindebestimmungsrecht*, prawo, dające gminom możność zakazu napoi alkoholowych, nie zostało w tym przepisie prawnym uwzględnione. Nowe prawo odpowiada jedynie w nieznacznym stopniu życzeniom przeciwników alkoholizmu. Wymaga ono wymiaru zapotrzebowania na wódkę, *podstawy* jednak tego wymiaru nie są nigdzie przewidziane. Jedynie w jednym z paragrafów zaznaczonem jest, że tego rodzaju *wymiar* w świę-

tach młodzieży i świętach sportowych, w których przeważa młodzież, nie jest do uznania. Dalej wzbronionem jest wydawanie wódki do godziny 7 rano, ustanowienie godziny policyjnej pozostawione jest władzom krajowym. One zaś mogą zakazywać lub ograniczać wyszynk alkoholu w przeciągu 2 dni w tygodniu (w dniach wypłaty oraz w dniach wyborów). Zakaz wydawania wódki osobom poniżej 18 lat, a i innych napoi alkoholowych osobom poniżej 16 lat w razie nieobecności ich rodziców, lub opiekunów oraz osobom pijanym, pozostał bez zmiany. Również i austriackie prawo ochrony młodzieży (*Jugendenschutzgesetz* z dnia 7.VII. 22) zabrania wydawania napoi alkoholowych poniżej lat 16. Znaczenie tych niewystarczających zupełnie dla ochrony młodzieży zarządzeń jest tem mniejsze, że przypilnowanie ich przeprowadzania jest połączone z wielkimi trudnościami.

W jednym z paragrafów tego *prawa dla gospód* wzbrania się również uzależnianie prawa wydawania potraw w restauracjach od obstalowania napoi. Oznacza to zniesienie przymusu picia w niemieckich restauracjach.

Nowością tego prawa jest niezaskarżalność długów za napoje, prawo to mieści w sobie jednak tylko ograniczenie wódki.

W Austrii — tyrolskie prawo krajowe o zwalczaniu pijactwa z dnia 10.I. 25 zabrania sprzedawania wódki notorycznym pijakom w ich gminie oraz w gminach sąsiednich. Zarządza również wywieszanie w odnośnych lokalach spisów pijaków.

Wreszcie w Austrii — służba ruchu (*Bescheid des Österr. Bundesminist. f. Handel u. Vernehr* z dn. 9.IV. 30) obowiązana jest podczas służby bezwzględnie wstrzymać się od wszelkich napoi alkoholowych.

We Francji — jak to zaznaczają z gryzącą ironją w r. 1905 *Triboulet* i *Mignot*, istnieje dla alkoholika szpital — jeżeli jest chory na wątrobę lub gruźlicę, zakład — w razie choroby umysłowej lub więzienie — jeżeli przekroczył prawo.

Uchwalona w Polsce dnia 23.IV. 20 ustawa o ograniczeniach w sprzedaży napojów alkoholowych miała wyraźny cha-

rakter ograniczający alkoholizm. Najważniejszymi przepisami tej ustawy były: prawo gmin miejskich i wiejskich uchwalania w drodze głosowania powszechnego całkowitego zakazu podawania i sprzedawania napojów alkoholowych w miejscach publicznych, ograniczenie miejsc wyszynku i sprzedaży napojów alkoholowych w całym państwie do 1 na 2500 ludności, zabronienie sprzedaży i podawania napoi alkoholowych, zawierających ponad 2,5% alkoholu: w bufetach kolejowych, w obrębie zabudowań stacyjnych, oraz w pociągach, na przystaniach statków parowych i na samych statkach (art. 7). Podobny przepis odnosił się do koszar i fabryk, lokali sportowych i gimnastycznych, domów ludowych, pomieszczeń straży ogniowych, oraz budynków oddanych do użytku służby publicznej. W niedziele i święta obowiązywał zakaz od godziny 3-iej dnia przedświątecznego, do godziny 10-iej rano dnia poświątecznego, oraz w dni targów, jarmarków, odpustów, pielgrzymek we wszystkich miejscowościach z wyjątkiem miast stołecznych, wojewódzkich i powiatowych. Pozatem ustawa zabroniła sprzedaży i podawania napojów alkoholowych dzieciom i młodzieży do lat 21. Napoje alkoholowe do 2,5% alkoholu wolno była sprzedawać bez ograniczeń, najwyższy procent alkoholu w napojach mógł wynosić 45%. (*Szymański*).

W dwa lata potem w r. 1922, 21.I., Sejm ustawodawczy odrzucił nowelę do tej ustawy oraz znacznie obostrzył przepisy samej ustawy „w przedmiocie częściowej zmiany ustawy poprzedniej o ograniczeniach sprzedaży alkoholowej“. Za koncesje alkoholowe, zniesione na podstawie przepisów ustawy, nie należy się żadne odszkodowanie.

Ponadto do Art. 7 dodano ustęp:

„Kto w stanie nietrzeźwości wywołanej nadużyciem napojów alkoholowych, zachowaniem swoim daje powód do publicznego zgorszenia, a także kto w takim stanie nietrzeźwym znajduje się w miejscu publicznym bez względu na swoje zachowanie się podlega karze w art. 8-ym niniejszej ustawy przewidzianej.

Takiej samej karze podlega ten, kto drugiego do takiego stanu nietrzeźwości doprowadził, prócz tego odpowiada on obok nietrzeźwego solidarnie za wszelkie szkody i straty, wy-

rządzone innym przez osobę, którą do stanu nietrzeźwości doprowadził lub do niego się przyczynił“.

Art. 8 otrzymuje ustęp 3-i:

„Dwukrotne przekroczenie przepisów niniejszej ustawy powoduje niezależnie od kar przewidzianych utratę koncesji“.

Odpowiedzialność za przekroczenie przepisów niniejszej ustawy gaśnie po upływie lat 5 od popełnienia przekroczenia.

W dniu 21.III. 31 — po jedenastu latach — ustawa ta została zmienioną tak gruntownie, że nowa „ustawa o ograniczeniach w sprzedaży, podawaniu i spożyciu napojów alkoholowych“ uzyskała nazwę ustawy proalkoholowej.

Ustawa ta zmniejszyła ograniczenia co do liczby koncesyj w Państwie oraz złagodziła wszelkie zakazy, odnoszące się do kolei, koszar, fabryk, zniosła prawie zupełnie ograniczenia świąteczne, pozostawiając drobne ich resztki (od godziny 6 do godziny 14 dnia świątecznego), niesłuchanie utrudniła, prawie uniemożliwiając ich przeprowadzenie, zakazy gminne, nadto zmusiła wszystkie gminy „suche“ do przeprowadzenia ponownych głosowań: wynik był taki, że liczba gmin „suchych“ z 265 w r. 1930 spadła w r. 1932 do 24.

Z zakazu używania alkoholu na kolejach pozostały nic nieznaczące ograniczenia, które dla uplastycznienia ich cytuję tutaj dosłownie:

Art. 4, lit. a. „Zakazuje się sprzedaży i podawania napojów alkoholowych, wymienionych w art. 2-im: a) w pociągach oraz na całym obszarze zabudowań kolejowych i przystani statków z wyjątkiem wagonów restauracyjnych i restauracyj kolejowych pierwszej i drugiej klasy na stacjach węzłowych, końcowych i granicznych oraz bufetów kolejowych na stacjach końcowych i granicznych w godzinach, które określi rozporządzenie wykonawcze“. (*Szymański*).

Wreszcie w trzy lata później zjawia się — rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej w sprawie zmiany przepisów o monopolu spirytusowym i sprzedaży napoi alkoholowych z dnia 2.X. 34 i zawiera następujące artykuły:

Art. 2 p. I: Uchyła się art. 1, 3, 4 lit. e, art. 6, 7, 24 i 25 ustawy z dnia 21.III. 31 o ograniczeniach w sprzedaży, podawaniu i spożyciu napojów alkoholowych (przeciwalkoholowej) (Dz. U. R. P. Nr. 51 poz. 423), w art. 4 lit. A tej ustawy skre-

śla się wyrazy „i przystani statków“, wyrazy „kolejowych pierwszej i drugiej klasy na stacjach węzłowych i granicznych oraz wyrazy „na stacjach końcowych i granicznych“.

P. 2-i: Przepis art. 2, 4 i 5 tejże ustawy nie dotyczą piwa.

Ponadto — w wykonaniu dekretu z dnia 24.X. 34 ukazało się rozporządzenie Min. Skarbu z dnia 6.XII. 34 (Dz. U. R. P. poz. 964), które weszło w życie dnia 22.XII. 34 w sprawie zwolnienia niektórych zakładów detalicznej sprzedaży spirytusu i napojów alkoholowych od uiszczenia opłat z powodu prowadzenia tej sprzedaży. Rozporządzenie to przyczyni się do wyrośnięcia małych szynków, zwolnionych od opłat przy sprzedaży napoi alkoholowych ¹⁾.

W tych kilku wierszach została ustawa Przeciwalkoholowa w Polsce po 14-letniej walce zniesiona. Nie była ona zresztą nigdy surowo przestrzegana, a prowadziła do demoralizującego omijania przepisów obowiązującego prawa wskutek nullifikacji zakazów alkoholowych. Pozostały z niej obecnie okruchy.

W miesięczniku „Trzeźwość“ znajduje się odpowiedź na pytanie, co ostatecznie pozostało z tej ustawy?

Zniesiono przepis ustanawiający górną granicę mocy napojów alkoholowych, ograniczenia liczby koncesyj alkoholowych w Państwie, prawo gmin uchwalania miejscowego zakazu, ograniczenia w sprzedaży piwa.

Pewne ograniczenie (*osłabione wyjątkami*) zachowano na obszarze koszar i obozów wojskowych, zabudowań fabrycznych, w pomieszczeniach straży ogniowej oraz w lokalach i miejscach przeznaczonych do ćwiczeń sportowych i gimnastycznych. W domach ludowych i lokalach oddanych do użytku służby publicznej obowiązuje zakaz (z wyjątkiem piwa). Władze administracyjne (Min. S. W.) mogą w razie potrzeby zakazać sprzedaży lub wyszynku napojów alkoholowych na czas wyborów, poboru wojskowego lub mobilizacji, sądów doraźnych, stanu wyjątkowego oraz w soboty i inne dni wypłat robotnikom od godziny 14-ej. W dni świąteczne ograniczenia obowiązują od godziny 6-ej do 14-ej. Miejsca wyszynku napojów alkoholowych nie mogą się znajdować w odległości krótszej niż 100 metrów od granic budynków, w których się mie-

¹⁾ Trzeźwość, 1937, Nr.Nr. 6—7, str. 300, artykuły H. Świątkowskiego.

szcza kościoły, klasztory, sądy, więzienia, stacje kolejowe, przystanie statków, koszary, zakłady zatrudniające ponad 50 robotników, — jednak władze administracyjne mogą robić wyjątki.

Ważnym jest pozostały art. 8 o zakazie podawania napojów alkoholowych nieletnim i o zakazie płacenia alkoholem za pracę.

Obowiązujące przedtem zakazy sprzedaży alkoholu na stacjach kolejowych faktycznie zostały zniesione.

Przepisy karne pozostały te same.

Przy porównaniu obecnie obowiązujących w Polsce przepisów przeciwalkoholowych z resztkami ustawy niemieckiej widocznym jest, że w różnych krajach europejskich z biegiem innych spraw państwowych *urzeczywistnia się tendencja do zmniejszenia przepisów alkoholowych do minimum.*

To obszernie przedstawienie dziejów ustawy przeciwalkoholowej w Polsce upoważnia pozatem do dwóch wniosków:

1) bez uświadomienia ludności ustawa przeciwalkoholowa, o ile zawiera zakaz rozpowszechniania alkoholu, leżący w interesie finansowym państwa, ulega praktycznej nullifikacji.

2) z czasem nullifikacja ta staje się ustawową przez prawne unicestwienie ustawy przeciwalkoholowej.

Ustawa ta nie była u nas wykonywaną, jak to twierdzi *Szymański, nie wskutek niewykonalności* przepisów prawa, *ale wskutek niechęci organów wykonawczych.* — Sejm z całą świadomością swego czynu dał pierwszeństwo zagadnieniu walki z alkoholizmem. W r. 1924 słuszna ta linja postępowania została skrzywioną przez uchwalenie ustawy o państwowym monopolu spirytusowym. Nieuniknionym stał się konflikt dwu tez, dwu tendencyj: społecznej — walki z klęską alkoholizmu i fiskalnej — oparcia poważnej części dochodów państwowych na zyskach ze sprzedaży wódki. Walka ta trwała 10 lat.

Nie ruszyliśmy się zatem w Polsce w historii naszego tematu naprzód.

A oto kilka zdań z okresu tej walki:

„Niewykonywanie ustawy przeciwalkoholowej nie może

być pod żadnym pozorem uważane za miarę jej niewykonalności. Przeciwnie, ustawa ta w sposób umiarkowany, zgodnie z wymogami życia, zapobiega nadmiernym wybujałościom wielkiej klęski społecznej, jaką jest alkoholizm, niszczący bezpośrednio i pośrednio zdrowie, moralność i dobrobyt szerokich warstw ludności nie tylko obecnie ale i w przyszłych pokoleniach“. (*Chodźko*).

„Przecież to nieodpowiednie źródło, z którego Rząd chce poratować chwilowo finanse, jest tylko pozornie tanim źródłem, gdyż procenty, które społeczeństwo za tę zwyczajną z alkoholem zapłaci, będą lichwiarskie, bo grubo zapłacimy pod postacią zwiększonej ilości dzieci mniej wartościowych, zwiększonej liczby popełnionych zbrodni i zwiększonej ilości nerwowo i umysłowo chorych“. (*Janiszewski*).

„W odpowiedzi na próbę nowelizacji tej ustawy, ograniczającej sprzedaż i spożycie alkoholu należy wysunąć jedno żądanie — ścisłego przestrzegania obowiązującej ustawy, która wykonywaną nie jest, chociaż łatwo może być wykonaną. Należy żądać ścisłego wykonywania ustawy nie dlatego, ażeby zadość ona czyniła wszystkim słusznym potrzebom zwalczania alkoholizmu, ale dlatego, że jest ona pierwszym etapem tej akcji, którą państwo musi przeprowadzić przeciw alkoholizowaniu obywateli“. (*Bujalski*).

A w innych krajach?

W roku 1896 *Sérieux* i *F. Mathieu* („L'Alcool“) piszą:

„Państwa nie mogłyby odrzucić poważnego zarzutu niedorzeczności lub hipokryzji w razie posądzania ich o stopniowe zmniejszanie zużywania alkoholu, wówczas kiedy starają się one jednocześnie wyciągnąć z niego największy zysk, traktując sprzedaż alkoholu jako sprawę równowagi budżetowej“.

R. Dubois w swojej rozprawie prawnej z r. 1902 dodaje do tego:

„Państwo uzbrojone prawem jest potęgą przeciw alkoholizmowi. Posiada ono dużo zainteresowań w jego zaniku: pauperyzacja, włóczęgostwo i masowa demoralizacja szeroko od alkoholizmu pochodzą. Towarzystwa opieki, szpitalnictwo psychiatryczne i opieka kryminalna rosą w związku z nim w niepokojący sposób“.

I znowu przebłysk podwójnej Janusowej twarzy.

We Francji *Triboulet*, *Mathieu* i *Mignot* potwierdzają, że państwo ma obowiązek wydawania zarządzeń tak samo, jak to robi w przypadkach wielkich klęsk i niebezpieczeństwa publicznego. Może to robić prawnie i administracyjnie. Ale natopka ono na niezwalczone przeszkody, jeżeli do tego nie będzie *przygotowana opinia publiczna*, bo wszelkie zarządzenia wówczas będą powierzchowne i efemeryczne. Dopiero ogólna działalność przeciwalkoholowa będzie w stanie stworzyć odpowiednią opinię, przyjdzie z pomocą prawnu i narzuci obyczajom nową i ostateczną orientację. — Działalność państwa i działalność prywatna musi iść ręką w rękę w każdej przemianie społecznej, w szczególności zaś w tej wielkiej przemianie, którą tworzy ruch przeciwalkoholowy.

„Trzeba u podnóża prawa wyobrazić sobie żywych ludzi i tych nowych ludzi urobić wszelkimi możliwymi środkami propagandowemi. Cały naród powinien tworzyć żyjącą treść tego prawa. Trzeba aby prawo nie przekraczało poglądów powszechnych, aby nie przybywało ono jako niezrozumiały nieznajomy, lecz aby znalazło ono dom już otwarty, ogień zapalony i niecierpliwą gościnność serc, gotujących się na jego przyjęcie... Prawo, które niema uprzedniego przygotowania, a jest przyjęte, robi wrażenie ciężaru, spadającego zgóry. Nietylko jest ono jałowe, ale powoduje z pewnością przeciwieństwo swoich zamierzeń. Nietylko nie stwarza ono właściwego wychowania, ale, przeciwnie, stwarza wychowanie w sensie przeciwnym“. (*Michelet*)..

W pracy mojej o ostrem upiciu się i przestępczości przyszedłem do przekonania, że wszelkie półśrodki w walce z alkoholizmem i ze związaną z nim przestępczością nie prowadzą do żadnego celu, że tembardziej zawodne są nadzieje związane z częściowym zakazem spożywania alkoholu.

Rozwój historyczny sprawy alkoholowej uczy nas, mówi ostatnio *Noe-Nordberg*, że jedynie mocny ruch przeciwalkoholowy, oparty na masach, może być podstawą udanego zwalczania alkoholizmu. Masy te mogą być powodowane jedynie przez organizacje przeciwalkoholowe.

Doświadczenia ostatnich lat pouczyły nas, powiada *Weber*, jak błędnem jest założenie, że alkoholizm można pokonać jedynie ustawowym zakazem. Poznano, że zakaz może dopiero wówczas działać skutecznie, kiedy większość ludności jest w tym stopniu uświadomiona, że *nie pije z przekonania*. Ruch więc przeciwalkoholowy nie opiera się na ustawowych zarządzeniach, opiera się natomiast na podstawie *wychowania i pouczenia*.

Ernits, opierając się na innych warunkach społecznych i państwowych, podaje, że przykład Rosji Sowieckiej wykazuje, jak rząd socjalistyczny wpływa w znacznym stopniu na ograniczenie alkoholizmu. Prywatny kapitał alkoholowy nie istnieje zupełnie lub przejawia się jedynie w stopniu nieznacznym. Konstytucja jednak sama nie wystarcza do radykalnej zmiany sprawy alkoholowej. *Zarówno sfery rządzące jak i masy ludowe muszą dojść do przekonania, że alkoholizm we wszelkiej formie jest szkodliwy dla cywilizacji*. Same zasady są dla sprawy zakazu alkoholizmu i rzeczywistej abstenencji bez znaczenia. Walka z alkoholizmem musi być *świadomie i celowo* przeprowadzona.

Z przytoczonych powyżej danych z dziedziny częściowego zakazu alkoholowego widocznem jest, że wszelkie zarządzenia dotyczące ograniczonej sprzedaży alkoholu, są, jak się tego należało spodziewać, bardzo nikłe.

Z tego wszystkie go wynika jedyny wniosek: wniosek o konieczności akcji przeciwalkoholowej w wychowaniu i nauce młodzieży oraz o wejściu nauki o alkoholologii do szkół średnich, seminarjów nauczycielskich oraz na katedry uniwersyteckie.

Państwowa Naczelna Rada Zdrowia przy Ministrze Opieki Społecznej w Sekcji zwalczania alkoholizmu uznała jednomyślnie konieczność wprowadzenia alkoholologii do szkół na wszystkich stopniach — od przedszkoli do zakładów akademickich.

Państwowa Naczelna Rada Zdrowia na posiedzeniu dnia 29.IV. 35 uchwaliła jednomyślnie następujący wniosek, zgłoszony przez prof. *Ciechanowskiego*: „Państwowa Naczelna Rada Zdrowia uchwala zwrócić się do Pana Ministra Opieki Społecznej z prośbą, aby Min. Opieki Społecznej zgłosiło na

Radę Ministrów wniosek o reaktywowanie najważniejszych przepisów Ustawy Przeciwalkoholowej, zniesionych rozporządzeniem Pana Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 24.X. 1934 r., a zwłaszcza w kierunku ponownego nadania gminom miejskim i wiejskim prawa uchwalania miejscowego zakazu, oraz w kierunku ograniczenia nadmiernej liczby koncesyj alkoholowych. Państwowa Rada Zdrowia uchwała powyższy wniosek w przekonaniu o konieczności ustawodawczego ograniczenia alkoholizmu ze względów eugenicznych i państwowych.

Na ostatnim XV Zjeździe Psychjatrów Polskich został uchwalony następujący wniosek Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Psychjatrycznego:

XV Zjazd Psychjatrów Polskich, stwierdzając, że zniesienie najważniejszych przepisów Ustawy Przeciwalkoholowej spowoduje nieobliczalne straty, uważa za konieczne reaktywowanie zniesionych przepisów Ustawy Przeciwalkoholowej.

W ten sposób nauka polska zareagowała na zniesienie Ustawy Przeciwalkoholowej.

Dynamiką ekonomiczną, polityczną i kulturalną rozwoju alkoholizmu zajął się w Rosji Sowieckiej *Gercenzon*. Uważa on za rzecz podstawową dla wzrostu alkoholizmu w państwie kapitalistycznym deklasowanie drobnej burżuazji i proletariatu i tworzenie się lumpenproletariatu, bezrobocie, brak opieki nad dzieckiem: złe warunki mieszkaniowe, alkoholizm, narkomanję, prostytucję, wzrost chorób wenerycznych i jako ogólny rezultat — zwyrodnienie.

Jako warunki ogólne sprzyjające rozwojowi alkoholizmu podkreślane jest jeszcze naśladownictwo, klimat, rasa, indeks psychopatyczny, charakter fabrykacji i sprzedaży napoi alkoholowych.

Na alkoholizm proletariatu składają się: „warunki zawodowe, przedłużanie dnia pracy, złe odżywianie się, warunki mieszkaniowe, bezrobocie, brak rozrywek kulturalnych“.

Co wpływa na alkoholizm, bieda i nędza, czy też zabezpieczenie materialne?

Pod wpływami ekonomicznymi rozumie się nie biedę i nędzę niższych warstw ludności, ale całą ekonomiczną struktura-

rę społeczeństwa. Jednym z głównych pytań jest, jak się zni-
ża lub zwiększa zużywanie alkoholu w lata depresji przemy-
słowej lub rolnej?

Krzywa rozwoju kapitalizmu ma dawać kierunek i okre-
ślać wymiar i powierzchnię zużywania alkoholu i wymiary pi-
jaństwa.

Sprawa ustosunkowania się nauki i społeczeństwa do
używania i nadużywania alkoholu jest od góry do dołu znowu
dwoista, zaczawszy od teoryj świata naukowego a kończąc na
szarem życiu codziennem.

Przypominam tutaj naukową kampanję w sprawie odżyw-
czych własności alkoholu w l. 1911—1912: *Prof. Gruber*, zna-
ny profesor higieny w Monachjum wygłosił na międzynarod-
wym Zjeździe abstynenckim w Hamburgu odczyt, podnosząc
właśnie właściwości odżywcze alkoholu. Odczyt ten wywołał
prowadzona w ciągu całego r. 1912 naukową dyskusję (*Kas-
sowitz, Reinitzer, Wlassak, Pfister, Forel, Hercod i inni*). Ze
wszystkich badań wynikło, że alkohol jest środkiem odżyw-
czym. Ale jednocześnie *Wlassak* podniósł, że posiada on wła-
sności trujące i wywołuje zaburzenia w procesach odżywczych
ustroju. Uczeni jednak w swoich teoretycznych rozpatrywa-
niach nie mogli się co do tego pogodzić. Słusznie wskazał *Her-
cod*, że w tej ważnej kwestji nie ma jedności między specja-
listami. Jedni wychodzą z tego założenia, że przy spalaniu al-
kohol dostarcza ciepło i przypisują mu *pewną teoretyczną od-
żywczą wartość*. Inni znowu twierdzą, że ciepło, zawarte w al-
koholu nie może być dowodem odżywczych jego własności.
Wybitnie występujące jadowite własności alkoholu nie mogą
być łączone z jego własnościami odżywczymi. Alkohol jest ja-
dem protoplasmatycznym. Wszyscy jednak są zgodni z tem,
że alkohol, jako środek odżywczy, jest bez wartości, już w ma-
łych dawkach bowiem przejawia on własności jadowite. Al-
kohol więc nie jest środkiem odżywczym. Jest on natomiast
źródłem nieszczęść, jak w życiu osobistem człowieka tak i ca-
łego społeczeństwa. Abstynencja od alkoholu uzdrawia ludz-
kość, usuwa nieszczęścia. To są fakty bezsprzeczne. (*Hercod*).

W Polsce X Zjazd Psychjatryczny w r. 1930 zajął się cał-
kowicie sprawą alkoholizmu (Rocznik Psychjatryczny XVI,

1931). *Modrakowski*, omawiając działanie farmakologiczne i toksykologiczne alkoholu, wspominał o wyniku badań farmakologicznych na podstawie których użycie pewnej ilości alkoholu niepowinno ujemnie oddziaływać na ustroj. Faktowi, że alkohol może zastąpić kalorycznie równoważące ilości innych pokarmów sprzeciwia się jego charakter ogólnego ja-du protoplasmatycznego. Jest on nietylko sam przez się szkodliwy dla ustroju, lecz osłabia odporność wobec chorób wogóle oraz wobec innych trujących czynników nowoczesnego życia. Nieszkodliwość używania małych dawek alkoholu wywołała nader ożywioną dyskusję. Wszyscy jej uczestnicy stali na tem stanowisku, że zalecanie dla ludzi wyczerpanych nerwowo wieczorem do snu niewielkich codziennych dawek alkoholu (35 grm.), nie jest wskazane i może się przyczynić do wywołania alkoholizmu przewlekłego. Metody badań psychiatrycznych wykazują bowiem, że mała dawka alkoholu nietylko upośledza funkcje intelektualne, ale przyzwyczajenie się do małych dawek może wywołać *głód* na większe dawki, już nieobojętne dla organizmu tego rodzaju używanie alkoholu jest zwłaszcza groźnem dla ludzi, którzy posiadają pewną chwiejność konstytucjonalną a odczuwają głód podniety.

X Zjazd psychiatryczny uchwalił następujące wnioski:

I. Zjazd zwraca się do odpowiednich czynników rządowych z gorącym apelem, aby w imię najwyższych dóbr społecznych zechciały ściśle wykonywać przepisy ustawy antyalkoholowej, — aby zechciały zająć się rewizją zagadnienia Państwowego Monopolu Spirytusowego, powoławszy do współpracy odpowiednich przedstawicieli wiedzy lekarskiej, — aby zechciały uwzględnić w statystykach nieszczęśliwych wypadków przy pracy oraz w służbie ruchu sprawę alkoholizmu, jako bezpośredniej przyczyny wypadku, — oraz aby w celu skutecznej walki z plagą alkoholizmu u dzieci i młodzieży wprowadziły systematyczne wykłady alkoholologii w seminarjach nauczycielskich i odpowiednie wykłady z tej dziedziny w szkołach średnich i powszechnych (w wykładach tych czynny udział psychiatrów w roli psychohygienistów jest konieczny).

II. Zjazd wraca się do prasy codziennej z gorącym apelem

aby zagadnienia alkoholizmu traktowała z całą powagą, na jaką zasługuje ta wielka klęska społeczna.

Omawiając dyskusję po Zjeździe w Hamburgu, *Popielski* dodaje:

Ta niezmiernie interesująca i ożywiona dyskusja nad własnościami odżywczeimi alkoholu wskazuje nam, że doktrynerskie dociekania o dużej zawartości w alkoholu ciepła i wskutek tego o dużej jego odżywczej wartości nie mogą mieć żadnego znaczenia wobec codziennego doświadczenia, dostarczanego nam przez pijaków, że alkohol nawet w skromnych ilościach uniemożliwia dokładną pracę człowieka.

Stąd wynika o ile praktyczne względy dla trzeźwości społeczeństwa są ważniejsze od teoretycznych naukowych dociekań.

Jeżeli teraz od naukowych rozpatrywań przejść do przeciętnego życia codziennego, to krzywdy wynikające z zastosowania się społeczeństwa zwłaszcza nieoświeconego do alkoholu są zastraszające.

Popielski podaje następujące fakty:

Czy ktokolwiek mógłby powiedzieć, że 10 gramów alkoholu już działają jadowniczo? Przykład będzie najbardziej pouczającym: 10-letnie dziecko w ciągu 1½ roku przyjmowało najwyżej 10 gramów alkoholu dziennie. Po upływie tego czasu zachorowało i wreszcie zmarło od alkoholowych zmian w wątrobie. — 12-letniemu dziecku, sierocie, podczas nieobecności ojca wychowawczyni dawała po niewielkim kieliszku wódki, około 10 gramów alkoholu dlatego, że dziecko stawało się bardzo śmieszne i zabawne. Po roku dziecko zmarło wskutek zmian w wątrobie.—Służąca daje pokryjomu dzieciom cukier polany rumem. Zawdzięczając jedynie wypadkowi udało się wykryć to zbrodnicze postępowanie służącej. Fakt ten wskazuje na niebezpieczeństwo jakie grozi dzieciom ze strony nieoświeconych wychowawczyń i służących.

Bleuler, pisząc o autyzmie lekarskim w sprawie alkoholowej, podnosi przedewszystkiem, że tego rodzaju leczenie alkoholem opiera się bardzo na starodawnym podłożu *życzeń i poglądów urojonych* zamiast na *rzeczywistości i na dokład-*

nem wnioskowaniu. Sprawa alkoholowa, jak twierdzi *Bleuler*, jest rajem dla autyzmów wszelkiego rodzaju, a zwłaszcza dla autyzmu lekarzy. Niektórzy lekarze np. twierdzą, że alkohol jest zdrowy i przypisują go masowo pacjentom. W rzeczywistości zaś znamy jedynie szkody alkoholu, a o jego pożytku nie wiemy nic. Lekarz np. przymusza chorego z cierpieniem wątroby lub nerek — jak to twierdzi *Bleuler* — do picia konjaku lub wina, twierdząc że wino bezalkoholu zabiera tylko siły. Młoda dziewczyna z nerwicą lękową musi zażywać wina lekarskie. Przeciętny lekarz nie wie, że alkohol jest alkoholem. Jeżeli *Bleuler* zabrania choremu z niezłym żołądkiem pochodzenia alkoholowego pić alkohol, to inny lekarz mu powie że może on pić, „ale dobre wino“. W innych wypadkach koniak z wodą ma pomagać na podniecenie. Teoretycznie wiedzą oni wszyscy, że dzieciom nie powinno się dawać alkoholu. To samo i w starszym wieku: lekarz pisze, że miażdżyca tętnic bywa wywołana u klas pracujących przez nadużywanie alkoholu, radzi zatem „w przypadkach posuniętych“ unikać zupełnie alkoholu.

„Większość lekarzy—pisze *Bleuler* — stwierdza odważnie, że abstynencja zupełna jest utopją i doradza umiarkowanie, ale nie wie tego, że na ziemi wiele milionów ludzi żyje w abstynencji i że wymaganie „umiarkowania“ wykazało się co najmniej od czasu budowy piramid, jako jedna z najbardziej nierozsądnych utopij.

Doskonale się wie, że alkohol jest szkodliwy w sporcie, jest się dalekim jednak od przeprowadzania analogij w życiu codziennym, w zwykłej walce o byt. Używanie alkoholu w życiu „zachowuje zdrowie“, wbrew wszelkim wykazom statystycznym. Przepisuje się alkohol dla pobudzenia serca, alkohol — przy posocznicy, alkohol — dla unieszkodliwienia wody do picia, alkohol dla profilaktyki chorób zakaźnych. Każdy służący ambulatoryjny natomiast wie o tem doskonale, że alkohol w tego rodzaju rozcieńczeniu może doprowadzić do końca najwyżej nieszkodliwe wodorosty (i ludzi), ale nie bakterje.

Ten sam autyzm istnieje i w dziedzinie naukowej: ciągle jeszcze istnieje delirium tremens, powstałe wskutek abstynencji, ale ciągle jeszcze tego nikt nie dowieść, aby delirium tremens stało w związku z abstynencją, pomijając to, że tysiące

alkoholików jest leczonych przez nagłe odstawianie alkoholu w zakładach dla alkoholików i w zakładach dla psychicznie chorych bez jakiegokolwiek delirium tremens.

Stan lekarski ciągle jeszcze autystycznie wzbrania sobie zdać sprawę z przyczyn i skutków alkoholizmu, a zwalczanie alkoholizmu stojącego u progu własnego domu jest stokroć ważniejsze niż badanie i zwalczanie jakiegoś prątka na granicy indyjskiej czy też wschodnio-rosyjskiej *Bleuler*).

Bleuler nie jest zadowolony z tonu tej dyskusji „ale natura ludzka nie pozwala na traktowanie tego rodzaju nadużyć bez satyry i ironji“.

Analogicznie w prasie francuskiej powstaje się przeciw agitacji prowadzonej za t. zw. „winoterapią“ przez lekarzy na południu Francji, przeciw apologii wina (a potępieniu piwa i cydru, jako „zimnych napoi północy“), zachwalaniu wzmacniającego i eupeptycznego wpływu wina czerwonego i jego znakomitego działania na niedokwaśność żołądkową, żółtaczkę, dnę, neurastenję i t. d. i t. d. Lekarz zaś powinien być protagonistą w walce z alkoholizmem (*Romiée*).

Takie „tradycje alkoholowe“ istnieją nietylko u lekarzy, ale w całych zbiorowiskach ludzkich, u całych narodów, zwłaszcza wśród warstw młodzieży. Nadużywanie alkoholu ma się tu łączyć z domniemaną ciężką duchową i rozmachem życiowym. Znow więc wracamy do konieczności wychowania przeciwalkoholowego w szkołach.

Walka z poglądami autystycznymi w społeczeństwie za pomocą oświaty i nauki, przekształcenie wychowania młodego i dorastającego pokolenia, demaskowanie ciemnoty poglądów na sprawę używania i korzyści alkoholu przyczynia się w społeczeństwie do rozpowszechnienia jasności myślenia i do zwalczania mitów o korzyściach alkoholu dla zdrowia i ciężkiej duchowej.

Podstawy psychiczne alkoholizmu, jak zresztą każdego schorzenia, są wewnątrz- i zewnątrzpochodne. Postacie wewnątrzpochodne obejmują jako tło wszelkie stany wrodzonego niezrównoważenia psychicznego, postacie zewnątrzpochodne — szkodliwe oddziaływanie warunków zewnętrznych na psychikę człowieka.

Noë-Nordberg niezupełnie sobie zdaje sprawę z pełnowartościowości psychicznej, kiedy mówi, co następuje: Mylnem jest traktować wszystkich alkoholików jako małowartościowych i ograniczonych. Niesłusznem jest zapatrywanie niektórych angielskich higienistów rasowych, że alkoholizm jest to zjawisko biologicznie użyteczne, ponieważ przez usuwanie ludzi małowartościowych i przepitych polepsza rasę. Pomiedzy alkoholikami, nie ulega to wątpliwości, znajdują się ludzie psychicznie wartościowi, społecznie wysoko stojący, ludzie nawet wybitni, którzy jednak w końcu bywają ze społeczeństwa wymiatani (*Pohlisch, Lange*). „że pełnowartościowość psychiczna nie wyklucza tła psychopatycznego, jest to potwierdzone przez liczne przykłady wybitnych mężów sztuki i wiedzy“. Drażliwość, zmienność humoru i okresowo zjawiające się zmiany nastrojowe, są, jak wiadomo, — mówi *Noë-Nordberg* — często słabemi stronami charakteru bardzo zdolnych poetów, muzyków i uczonych. Ludzie od młodości słabowolni i niewytrzymali („Die Haltlosen“) ze skłonnościami do lekkiego życia, drażliwości i nieroztropności — jak to podnosi *Noë-Nordberg* — z łatwością poddają się wpływowi alkoholu. Tło psychopatyczne nie wyklucza zatem pełnowartościowości psychicznej, która wspomniana jest przez niego raczej społecznie, a nie psychopatologicznie. Na te skłonności psychopatyczne wskazuje nam zwłaszcza podział na *Kretschmerowskie* typy, przeprowadzony w dziedzinie alkoholizmu przez *Wlassaka*.

Pijaństwo schizotypiczne ogarnia elementy aspołeczne, niedostępne dla wszelkiej opieki alkoholowej. Rozwój—w późniejszych latach, rokowanie — złe. Jest to picie w pojedynkę, picie — posępne, pijaństwo alkoholika-autysty.

Pododdział tego typu tworzą podejrzliwi pijacy (*Wlassak*) — z paranoidalnym nastawieniem do rodziny, zwłaszcza do żony. Typ — bardzo częsty w praktycznej opiece nad alkoholikami. Nie daje się stwierdzić według *Noë-Nordberga*, o ile te objawy patologicznej zazdrości zależą od wrodzonego charakteru, o ile zaś od przewlekłego trującego działania alkoholu. Pewnem jest jedynie, że to wrogie usposobienie do najbliższego otoczenia zupełnie znika przy odstawieniu alkoholu, a przy nadużywaniu go znów wzrasta. — Wahania te według

wszelkiego prawdopodobieństwa zależne są od wzmaganie się lub zmniejszania się tłumień psychicznych zależnie od nadużywania alkoholu.

W przeciwieństwie do pijaka schizotymicznego odróżnia *Wlassak* i pijaka cyklotymicznego. Są to tak zwani — pijacy „z towarzystwa“. *Pohlisch* znalazł 64% tego typu w swoich przypadkach drżączki pijackiej. Do tego podziału wchodzi ludzie w życiu pełnowartościowi, czasem nawet nadzwyczaj dzielni. Tylko nieznaczna część alkoholików z pośród tego typu trafia pod opiekę antyalkoholową. Odnoszą oni zwłaszcza szkody cielesne w przeciwieństwie do szkód psychicznych. Zajmują stanowiska społeczne, są towarzyscy i lubiani. Wśród nich znajdują się najbardziej niebezpieczni stronnicy zwyczajów alkoholizmu, tworząc podziw wśród swoich niewytrzymałych, lekkomyślnych i słabowolnych („haltlos“) zwolenników.

Do usposobienia cyklotymicznego należą również opisani przez *O. Graffa* pijacy wypadkowi, tak zwani pseudo-dipsomani. Również *Dobenigg* i *Economio* skłonni są do zaliczania do tej grupy i prawdziwych dipsomanów, wśród których znajdowali $\frac{1}{3}$ — majakalno-depresyjnych i $\frac{1}{3}$ padaczkowych. W przeciwieństwie do tego poglądu *Wlassak* nie widział ani jednego przypadku MD wśród 557 przyjęć. Rozwinięte wahania perjodyczne psychozy MD daleko rzadziej prowadzą do alkoholizmu niż cyklotymiczna predyspozycja w rozumieniu *Kretschmera*.

Do zastępu alkoholików należą w dalszym ciągu już wspomniani *niewytrzymali* („die Haltlosen“), z pododdziałem na *młodociąnych* („die Jugendlichen“), którzy obok psychiki niewytrzymałych odznaczają się młodocianą budową ciała i zmianami endokryjno-wegetatywnymi.

Dalej idą *drażliwi* (*Wlassak*), psychopaci podobni do epileptyków — pijacy skłonni do stanów szałowych i wystąpień gwałtownych. Drażliwość ta jest wrodzoną, jak to podkreśla *Wlassak*, a nie wywołana alkoholem. Rokowanie jest złe.

Jeżeli uwzględnimy w tym podziale jeszcze padaczkowych, rannych w czaszkę i arteriosklerotyków, to ostatnią dość pokazną grupą będą tworzyli neurotycy (*O. Graff*). Alkohol będzie tu służył dla opanowania objawów nerwicowych (zahamowań, natręctw i t. d.). W tej wielkiej grupie ogromne zna-

czenie ma leczenie zasadnicze, niwelujące stany neurotyczne t. j. psychoanaliza.

Poglądy szkół psychoanalitycznych na sprawę alkoholizmu są następujące: Płciowość męska jest bardziej aktywna (*Abraham*), kobieca ma większą skłonność do wypierania ze świadomości. Alkohol wpływa na popęd płciowy w ten sposób, że znosi on opory i podnieca aktywność płciową. Wszystkie wyniki sublimacji i cała nasza kultura mogą być uszkodzone, lub zniesione przez działanie alkoholu. Wówczas wydostają się nawierzch rzeczy stłumione. Alkohol daje wzmożone uczucie męskości. Sadyzm i mazochizm ulegają sublimacyjnemu wyżywaniu się w zwyczajach knajpianych (zwyczaje burszowskie). Przedewszystkiem wyzwala on jednak składniki homoseksualne. Tchnienie homoseksualizmu wieje przez każdą knajpę. Knajpa jest przeznaczona tylko dla jednej płci: kobieta jest od stołu w knajpie przeważnie wykluczona. Alkohol więc wyzwala czynniki homoseksualne. Uszkadza on heteroseksualną dziedzinę życia płciowego, wyzwalając stłumione popędy, tembardziej, że ze szkodą potencji męskiej. Urojenia zazdrości przesuwiają własną winę na żonę. (*Juliusburger, Schilder*).

Z punktu widzenia małowartościowości organów i psychiki ludzkiej, *Adler* objaśnia sposób powstania alkoholizmu w następujący sposób. Tak zwana hiperkompensacja opanowuje i życie psychiczne człowieka. Od wczesnego dzieciństwa odczuwa się upośledzenie wartości własnej — w porównaniu np. z nadwartościowością położenia społecznego rodziców, położenia własnego w obrębie rodziny w stosunku do braci i sióstr, w stosunku do całego zbyt surowego lub pobłażliwego wychowania, wreszcie — wobec wymagań życia późniejszego. To poczucie mniejszej wartości wyrabia pewien pęd do szukania poczucia przewagi. Z jednej strony omija się wszelkie trudności życiowe, aby brak udania się planów nie wykazał naocznie własnej małowartościowości, z drugiej strony — poszukuje się sposobności do rzekomego przekonania się o własnej wyższości. Miejsca spożywania alkoholu są właśnie takimi oazami ucieczki zniechęconego, które wprawiają go w stan, dający pozór zwalczania niepowodzeń życiowych. Te-

mi niepowodzeniami życiowymi tłumaczy się alkoholizm w wielu przypadkach. Według *Adlera* lęk przed niepowodzeniem „na stronie użytecznej życia“ jest jedynym powodem tego, że człowiek daje się przeciągać „na stronę nieużyteczną“. Przez lęk aby nie być niedobrym kolegą, niedobrym mężem, niedobrym pracownikiem, człowiek daje się pociągnąć na drogę alkoholizmu, perwersji, przestępstwa — które to drogi są wszystkie przejawami wyładowania neurotycznego.

Należy zatem zamienić alkoholikowi jego wyższość w knajpie, wyższość znanego pijaka, najlepszego kolegi w szynku, na inną wyższość, opartą na działalności użytecznej w społeczeństwie. Uda się to, jeżeli się uda w nim wzbudzić przekonanie, że on jest *rzeczywiście kimś*. Należy go upewnić w jego przekonaniu do zaufania względem samego siebie i zwrócić go w ten sposób na drogę użyteczności społecznej. Stowarzyszenia antyalkoholowe często składają się właśnie z tego rodzaju typów dawnych alkoholików. Teoria *Adlera* przedstawia życie psychiczne człowieka jako wysiłek spowodowany poczuciem niepewności i niższości własnej w kierunku fikcji osobowości, w kierunku pozycji bezpieczeństwa i wyższości. Ta tendencja do wyższości leży u podstawy ratowania alkoholików. Tendencja do neurotycznego stosunku do życia ginie przy kompensacji uczucia małowartościowości u pewnych typów psychicznych. Należy więc takiej nerwicy stworzyć inne ujście z pominięciem alkoholu i środków narkotycznych. (*Plotke*).

W przeciwieństwie do usposobienia dziedzicznego — wpływów wewnątrzpochodnych — wpływ otoczenia („Umwelteinfluss“) dla powstania i rozwoju alkoholizmu jest pierwszorzędного znaczenia. Całe leczenie alkoholizmu polega na usunięciu alkoholika z pod niepomyślnych wpływów życiowych zwyczajów otoczenia. Również i ogarniczenie w możliwości nabywania alkoholu, j. np. podczas wielkiej wojny wyraża się w cofaniu się alkoholizmu i przejawia się jaskrawo w spadku przyjęć alkoholowych w zakładach dla psychicznie chorych.

W sprawie określenia alkoholizmu należy stwierdzić, że nie jest ono tak łatwe jak np. określenie morfinizmu albo kokainizmu. Nie wszyscy, którzy stale używają alkoholu, zasługują na nazwę alkoholików. Rozstrzygają o tej nazwie *choro-*

blive objawy tego nadużywania. Różnica wytrzymałości na ilość i rodzaj alkoholu jest naogół bardzo różna.

Co do granic możliwości uleczenia alkoholizmu należy stwierdzić, jak to wyraźnie robi *Noë-Nordberg*, że wyleczenie teoretyczne w ścisłym tego słowa znaczeniu nie jest możliwe: alkoholik *nie* może używać pewnej ilości alkoholu *bez* nawrotu alkoholizmu. Możliwym jest jednakże — praktyczne wyleczenie: alkoholik pozostaje chorym bez zewnętrznych objawów chorobowych, które jednakże wracają natychmiast w razie spożywania alkoholu. Stąd też u podstawy leczenia alkoholizmu musi leżeć *wychowanie w kierunku zupełnej wstrzeмиęźliwości*. Istnieje możliwość zrobienia z alkoholika zupełnego abstynenta, ale nigdy umiarkowanie pijącego. Umiarkowane używanie alkoholu prędzej czy później doprowadzi b. alkoholika do nawrotów pijaństwa. Wyjątków z tej reguły *Noë-Nordberg* nie widział.

Zrobienie z alkoholika abstynenta nie da się we wszystkich przypadkach przeprowadzić temi samymi ustalonymi środkami. Byłoby to faktem doniosłego znaczenia dla sprawy alkoholowej mózdz powziąć odrazu pojęcie o możliwości wyleczenia i według tego oznaczać, czy się przypadek nadaje do leczenia, czy też przypadek jest beznadziejny. Pozostają wówczas bowiem jedynie starania o ochronę rodziny. — Stąd też pochodzą dwa główne działy Higjeny Psychiczej w tym zakresie: 1) leczenie alkoholików, 2) higjena rodzin alkoholików.

Leczenie alkoholików zależnem jest od stopnia obarczenia psychopatycznego. Stopień ten decyduje zarówno o rokowaniu jak i o sposobie leczenia. Pomimo to zupełnie pewne rokowanie wyleczenia jest nadzwyczaj trudne i wątpliwe. Przypadki uważane za wątpliwe nierzadko poprawiają się zupełnie, przypadki uważane za pomyślne niekiedy zupełnie zawodzą. Tembardziej należy zwracać przy badaniu uwagę na tło psychopatyczne i podział na typy: podział ten w życiu nigdy nie bywa zupełny, najczęściej bywa mieszany. Podział na typy schematyczny spotyka się najczęściej jedynie w książkach.

Na tej zasadzie opiera się również leczenie w specjalnych zakładach dla alkoholików. Powinny one przyjmować jedynie osobników na podstawie ułożonych formularzy anamnesticz-

nych, których celem jest wykluczenie u przyszłych pacjentów cech psychopatycznych, leżących u podłoża alkoholizmu.

Jeden z wielkich inicjatorów w tej dziedzinie *Forel* ułożył trzy przykazania (w r. 1892) w sprawie leczenia alkoholików:

- 1) Zupełne i trwałe wstrzymanie się od alkoholu.
- 2) Leczenie polega jedynie na wpływie na psychikę. Wszelkie środki przeciwalkoholowe są wyłącznie oszustwem.
- 3) Tylko ten, kto jest sam abstynentem, może doprowadzić alkoholika do abstynencji.

Psychologja każdego alkoholika opiera się na t. zw. wymówkach alkoholowych. Pijacy uważają dla siebie picie za konieczność. Zawód już wymaga picia: na ten temat przytaczane są śmieszne argumenty. Okoliczności domowe, niezgodność i sprzeczki z żoną, warunki mieszkaniowe, denerwująca praca i t. d. — wszystko to ma decydujący wpływ na pijaństwo osobnika „zupełnie“ wbrew jego woli.

Właściwe leczenie polega zatem na umieszczeniu chorego w zakładzie dla alkoholików, o ile się do niego nadaje, a następnie oddanie go pod opiekę do jednego z Towarzystw abstynenckich. Zadaniem takich towarzystw jest oderwanie alkoholika od dawnego towarzystwa i stworzenie mu nowych zainteresowań i rozrywek w życiu z pominięciem knajpy.

WAustrji i Niemczech istnieje 39 zakładów dla alkoholików — 2160 miejsc, w tem 373 miejsca dla kobiet. Wystarczy tych miejsc zaledwie dla 4000 chorych przy czasie trwania leczenia od 6 do 12 miesięcy. Odczuwa się zatem brak miejsc. Wynika stąd konieczność umieszczania w takich zakładach wypadków rokujących wyłącznie dobry wynik leczenia.

W Polsce istnieje Państwowy Zakład Lecznicy dla Nerwowo Wyczerpanych w Świacku, przeprowadzający leczenie wszelkich narkomanij, przeznaczony jedynie dla mężczyzn, oraz Państwowy Zakład Lecznicy dla Nerwowo Wyczerpanych Kobiet w Gościejewie.

W Warszawie istnieją 3 przychodnie dla alkoholików, dwie są czynne od końca 1927 r., a jedna od początku 1930 r.

W razie jeżeli badanie lekarskie wskutek cech psychopatycznych wykluczyć, musi zakład dla alkoholików jako miejsce leczenia, alkoholik zaś wykazuje cechy zwyrodnienia psy-

chicznego lub choroby umysłowej, jest niebezpiecznym dla otoczenia, zwłaszcza przyczynia się do rozpadu rodziny, należy go skierować na leczenie do zakładu dla umysłowo chorych.

Z powyższych krótko wyłożonych założeń wynika, że specjalnie celowym jest urządzanie zakładów dla alkoholików w pobliżu i w dołączeniu do zakładów psychiatrycznych. Zalety takiego dołączenia są widoczne: 1) łatwiejsza segregacja przypadków pomiędzy zakładem dla alkoholików a zakładem psychiatrycznym, 2) łatwiejsze przemieszczenie chorego do zakładu psychiatrycznego przy naruszeniach porządku i dyscypliny — szybkie ewakuowanie elementów psujących dyscyplinę i ogólny nastrój suggestywny takiego zakładu, 3) szmuglowanie alkoholu jest utrudnione. Tego rodzaju dołączanie zakładu dla alkoholików, zainicjowane przez *Wlassaka* jest znacznym postępem metodycznym w leczeniu alkoholików i powinna być bez wyjątku naśladowana. Ilość miejsc w takim zakładzie nie powinna przekraczać 50.

Alkohol powinien być odrazu odsuwany. żadne leki w przebiegu objawów abstynencji nie powinny być dawane. Ważną jest sugestja, że samo rzucenie alkoholu daje zdrowie; ważnym jest wyrobienie przekonania, że zupełna abstynencja w przeciągu całego życia jest jedynym środkiem ratunku. Hipnoza może być używaną jedynie jako środek drugorzędny. Wskazaną jest kultura fizyczna i terapia pracy. Należy jednak unikać pracy, jako przymusu, i nie sprowadzać zakładu do domu pracy. Wśród rozrywek są zakazane karty, bilard i kręgle, wogóle wszystko to, co przypomina knajpę. Istnieje cały szereg zorganizowanych rozrywek z udziałem żon.

Leczenie trwa przeciętnie 6 miesięcy. Przerobienie całej osobowości nie może się odbyć w krótszym czasie. To też odzywają się głosy za 1 rokiem leczenia. Przeciw przedłużeniu terminu leczenia przemawia konieczność oderwania się od pracy i zwiększenie kosztów leczenia. Termin leczenia raz przyjęty powinien jednak być stały dla *wszystkich* chorych ze względu na spory i dyskusje w tym kierunku, dezorganizujące życie zakładu i jego wpływ psychiczny. *Wlassak* po 2 miesiącach zezwalał na wyjścia chorych naprzód na godziny, a potem i na 1 — 2 dni.

Wyleczenie przy systemie zakładowym daje naturalnie da-

leko lepsze wyniki niż leczenie ambulatoryjne. W przeciągu jednego roku wyleczeni wynoszą 30—50%.

System leczenia szpitalnego frakcjonowanego jest właściwie starym, jedynie ulepszonym systemem. Po dłuższym okresie pierwszego leczenia perjodyczna ambulatoryjna kontrola zostaje zamienioną przez krótkotrwałą obserwację szpitalną. Cały ciężar leczenia polega jednakże na tej pierwszej radykalnej kuracji. Przerywanie jej, aby ją dokończyć kiedyś w przyszłości, jest przedewszystkiem psychoterapeutycznie nieracjonalnym.

Tworzenie samowystarczalnych kolektywów, jako ośrodków pracy, pomyślonych jako dalszy ciąg leczenia w zakładzie — pod odpowiednim kierunkiem i w odpowiedniej psychoterapeutycznej atmosferze — nawzór Rosji Sowieckiej — jest wysoce pożądane (*Zajączkowski, Iżycki*).

Zakład dla niepoprawnych nałogowców zamiast zakładu psychiatrycznego pod kierownictwem psychiatry, prowadzony w duchu wychowawczo - leczniczym (*Neczaj-Hruzewicz*) jest naturalnie do przyjęcia. Jedynie daje tu do myślenia skupienie wyłącznie ciężkich nieuleczalnych alkoholików, jako czynnik niepomysłny właśnie dla wychowywania leczniczego.

W naszej literaturze powstaje przeciw leczeniu alkoholików w zakładach zamiast w przychodniach *Deresz* ze względu na to, że „stworzenie całej masy zakładów dla tego, aby pewien procent alkoholików został uleczony, jest niemożliwym. Podobne postawienie sprawy leczenia alkoholików jest równoznaczne z całkowitem pogrzebaniem jej, gdyż o takiej utopji nie można nawet mówić poważnie, jako o rzeczy niewykonalnej ze względu na kosztą budowy potrzebnej ilości zakładów i utrzymania w nich pacjentów, oraz na konieczne zapewnienie środków do życia rodzinom tych pacjentów. Zresztą żaden prawodawca nie zgodziłby się na internowanie siłą podobnej armji, a niema mowy, żeby większość nałogowców dała się internować dobrowolnie. Należy więc szukać rozwiązania na innej drodze“.

Deresz nie zwraca zupełnie uwagi jednak na to, że nie każdy pijak nadaje się do zakładu dla alkoholików.

Każdy alkoholik zasadniczo jest chory i ma prawo do pomocy lekarskiej. Pomoc przeciwalkoholowa należy zagranicą

do zarządu komunalnego. Joël obliczył straty publiczne, wywołane skutkami alkoholizmu na 2 do 3 miliardów marek, nie licząc miliardów za zużyty niepotrzebnie alkohol. Widział on od 15% do 30% stałych wyleczeń. Walka więc z alkoholizmem leży w materialnym interesie gminy.

Opieka otwarta, prowadzona i nadzorowana przez miejsca opieki (Fürsorgestellen für Alkoholkranke) jest dalszą formą opieki nad alkoholikami. Takich miejsc jest w Niemczech i Austrii około 488. Prawie połowa tych poradni ma urzędowy albo półurzędowy charakter.

Poradnia podlega kierownictwu lekarskiemu. Sztab poradni składa się z opiekunów i opiekunek dla nawiązania kontaktu z chorymi alkoholikami. Zwłaszcza kobiety w tym charakterze są potrzebne dla nawiązania kontaktu z żonami alkoholików. Trzeba przyznać, że nawet najbardziej drażliwi pijacy w stosunku do opiekunek zdobywają się na pewne zahamowania. Godziny przyjęć lekarza w przychodni odbywają się właśnie w obecności personelu opiekuńczego. Noë-Nordberg oblicza, że $\frac{1}{10}$ pijaków zgłasza się osobiście do przychodni. Najmniej z własnej chęci, najwięcej pod naciskiem zagrażającej kary i wypowiedzenia pracy. Zameldowania krewnych przez rodziny (żony) odbywa się pod wpływem takich samych motywów, zatem — grubo zapóźno. Obawa przed wymówkami męża wstrzymuje od zameldowania odrazu.

W poradni zakłada się karta przyjęcia — nie zadługa — głównie z zanotowaniem osobliwości danego przypadku. *Ilość* spirytualij — stanowi rzecz mniejszą, *trwanie* zaś pijaństwa stanowi rzecz ważniejszą. Następuje natychmiastowe pouczenie żony o dalszem zachowaniu się. Wreszcie zaprasza się chorego w zamkniętej kopercie.

Te pierwsze wizyty są bardzo trudne. Jeżeli zaproszony osobnik przychodzi podpity, nie rozmawia się z nim wcale. Zachowanie się chorego podczas pierwszej wizyty daje pojęcie o ogólnym charakterze danego przypadku. Strona lekarska badania zwłaszcza badanie lekarskie cielesne powinno być wybitnie podkreślone i przeprowadzone. Po tych pierwszych odwiedzinach następuje wizyta opiekunki w domu chorego. Jeżeli osobnik przyjdzie do poradni po raz drugi i dotrzyma

swego przyrzeczenia abstynencji, to istnieje *pewna* nadzieja na dobry wynik leczenia. Dalsze etapy działalności poradni są — odciążenie od towarzystwa pijackiego — przywrócenie rodzinie — dołączenie do towarzystwa abstynenckiego.

Noë-Nordberg zaznacza, że tylko nieznaczna część alkoholików daje sobą powodować i od pierwszej wizyty.

Nie nadają się do leczenia w opiece otwartej — młodociani (psychopaci) i starsi ludzie ponad lat 55.

W przychodniach leczą się wyłącznie mężczyźni. Rokowanie u kobiet alkoholiczek jest bardzo złe: nie podlegają one żadnym wpływom, piją w tajemnicy, kłamią i przysięgają, że nie piją, chociaż zalatuje od nich alkohol.

Wśród mężczyzn nie nadają się do leczenia: nieżonaci — żonaci, u których nie można liczyć na pomoc żony — pracownicy przedsiębiorstw alkoholowych — ludzie z nienormalną psychiką — ze skłonnościami samobójczymi — kryminaliści. Przebyte delirium tremens nie zmniejsza atoli możliwości wyleczenia z alkoholizmu (*Wlassak*).

Przekazywanie do zakładu dla alkoholików wymaga wielkiej ostrożności ze względu na koszty leczenia.

W sprawie opieki nad rodziną alkoholika higjena psychiczna zwalczania alkoholizmu odgrywa najbardziej wyraźną rolę.

Dotyczy ona zwłaszcza rodzin alkoholików tego rodzaju, którzy nie nadają się ani do specjalnych zakładów ani też do przychodni dla alkoholików, a nawet takich, których wielomiesięczny pobyt w zakładzie dla psychicznie chorych nie wstrzymuje od dalszego ulegania nałogowi alkoholizmu — dotyczy ona zatem rodzin nieuleczalnych nałogowych alkoholików.

Piltz daje następujący obraz przewlekłego alkoholika:

Alkohol niszczy przede wszystkim charakter człowieka, który nie posiada pod wpływem alkoholu ani uczuć rodzinnych, ani też uczuć społecznych. Alkoholik przestaje dbać o siebie, a więc zatracą instynkt samozachowawczy, czyli dążność stworzenia dla siebie najlepszych warunków istnienia i rozwoju. Doprowadza on często swoją rodzinę do nędzy i ruiny, a więc zatracą instynkt zachowania gatunku. Nie posia-

da on uczuć ani społecznych, ani rodzinnych, przestaje się interesować nie tylko swoją rodziną, ale i sprawami społecznymi. Jego inicjatywa i przedsiębiorczość maleją. Jego energia i wytrwałość zanikają. Alkoholik nie ma poczucia odpowiedzialności, godności i honoru, jego uczucia etyczne degenerują się. Alkoholik przewlekły przestaje być sumiennym i obowiązkowym, staje się nieuczciwym, kłamie, oszukuje, defrauduje, kradnie, a niekiedy popełnia i zabójstwo. Wreszcie — do wszelkich spraw duchowych odnosi się on z cynizmem; z lekceważeniem i cynizmem odnosi się on do wszelkich spraw moralnych. — Wszystkie te objawy prowadzą do zwyrodnienia charakteru.

żony głównie wywierają nacisk na zjawienie się alkoholika w przychodni. Zwłaszcza ważną psychoterapeutycznie jest ich rola po powrocie męża z zakładu dla alkoholików na łono rodziny: ważną tu jest niezmiernie obserwacja męża po powrocie, a zwłaszcza *zupełnie szczerze i możliwie wczesne* zawiadomienie zakładu czy przychodni o nawrocie *nawet umiarkowanego* nadużywania alkoholu, który u męża nastąpił.

Ta psychohygieniczna opieka nad żonami alkoholików jest specjalnie ważna i trudna. Może ona być wykonywaną sumiennie przez opiekunki przychodni. Wiadomo jest bowiem z doświadczenia, że najrozsądniejsze żony alkoholików, umieszczonych w zakładzie, są po krótkim czasie nad wyraz chwiejne i skłonne do dawania wiary ich chorobliwym wymówkom oraz do bezkrytycznego spełniania ich życzeń co do przedwczesnego wypisania z zakładu lub szpitala. Opierając się na ogromnym znaczeniu psychicznym, jakie ma dla alkoholika jego otoczenie domowe, pożądane są wydawnictwa popularne, służące w tym kierunku wskazówkami ¹⁾.

Stosunek zaś otoczenia do alkoholików przewlekłych charakteryzuje jeszcze w końcu zeszłego stulecia *Forel*:

„Zawdzięczając przesądom tysiące alkoholików pozostają we własnych rodzinach, które maltretują i rujnują, stwarzając wokół siebie nieobliczalne nieszczęścia, a nikt nie ośmiela się interwenjować. W imię wolności woli — smutne szyderstwo w końcu XIX wieku — postępuje się właśnie w ten spo-

1) *Wlassak*: Merkblatt für Frauen u. Angehörigen der Trinker.

sób. Wystarczy, aby alkoholik nie życzył sobie udać się do zakładu, co zresztą zdarza się najczęściej, aby założyć ramiona i pozostawić go swemu losowi, mówiąc: „on nie jest umysłowo-chorym, nie można tu nic zrobić“. Stare prawo taljonu lub lynchu, tak głęboko tkwiące w głowach ludzi, pozwala im raczej na sądowe skazanie chorego niż na jego leczenie“.

Postulaty higieny psychicznej dotyczą w prawie opieki nad rodziną alkoholika: 1) samego alkoholika, 2) jego żony i dzieci i 3) ruiny finansowej całej rodziny.

Rzeczą pierwszorzędną wagi jest tu przede wszystkim usunięcie alkoholika od wpływu na rodzinę — w najgorszym przypadku ponowne i długotrwałe internowanie w zakładzie dla psychicznie chorych. Najważniejszym zaś wskazaniem jest odjęcie z pod jego wpływu i demoralizacji niepełnoletnich dzieci w celu zapobieżenia ich wykołajeniu się życiowemu ewentualnie—zagranicą—na koszt gminy czy też specjalnych towarzystw czy poradni, opiekujących się rodzinami alkoholików. W celu niepozbawiania rodziny środków do życia, zwykle roztrwanianych, wskazane jest prawne obezwłasnowolnienie alkoholika. Wreszcie w razie ostatecznym — unicestwienie małżeństwa i rozwód żony, w kościele rz. katolickim — separacja. W wielu sprawach potrzebna jest organizacja pomocy prawnej dla niezamożnych rodzin alkoholików.

W przypadkach lżejszych—wskazana jest stała opieka nad żoną i dziećmi alkoholika i przeciwdziałanie ruinie majątkowej.

Kontakt zaś z rodziną alkoholika, zwłaszcza z jego żoną, jest konieczny w czasie leczenia w każdym przypadku. Żony przyjmują udział w psychoterapii ogólnej, stosowanej zarówno w zakładach dla alkoholików jak i w leczeniu ambulatoryjnym.

Zadanie opiekunki społecznej, która dociera do domowego środowiska alkoholika, jest nie tylko uzyskanie wpływu na niego w kierunku możliwie racjonalnego leczenia, wiele społeczno-higieniczna opieka nad jego środowiskiem domowym, t. j. nad żoną i zwłaszcza nad dziećmi. Szerzenie hasła higieny społecznej i indywidualnej, doprowadzenie dzieci do poradni, czuwanie nad należytem ustosunkowaniem się żony do męża alkoholika po udanym leczeniu zakładowym lub w wypadkach,

kiedy to leczenie zawodzi — są to zadania pielęgniarki społecznej.

W Polsce pielęgniarki społeczne zaczynają się dopiero kwalifikować w dziedzinie higieny społecznej. Poradnie pedagogiczne, jak to wynika z pracy *Rosenblumówny*, ze względów materialnych są skazane dotychczas przeważnie na zatrudnienie sił bezpłatnych i niefachowych, na czym bardzo cierpi strona społeczna profilaktyki psychicznej.

Jeżeli chodzi o nieletnich psychopatów, najczęstszego potomstwa przewlekłych alkoholików, to, opierając się na ciekawej pracy *Rosenblumówny*, należy wprost stwierdzić, że w Polsce niema ani jednego zakładu dla nieletnich psychopatów. Pozatem brak również zakładów zapobiegawczych dla dzieci nerwowo wyczerpanych oraz sanatorjów dziennych tłumaczy się kryzysem finansowym. Niema w Polsce ani jednego zakładu społecznego dla dzieci nerwowo-wyczerpanych, w którymby dzieci tego rodzaju mogły dochodzić do zdrowia (*Rosenblumówna*).

Ustawodawstwo niemieckie, austriackie i węgierskie zapewnia dzieciom wykojejonym, *gorszonym, pozbawionym opieki, przestępczym* — szeroką pomoc państwową. Dziecko moralnie zaniedbane trafia pod opiekę *Jugendamt*, który ma prawo zastosowań t. zw. *Entmündigungsgesetz* i odebrać dziecko rodzinie conajmniej na przeciąg roku w razie stwierdzenia szkodliwych wpływów wychowawczych w środowisku domowym. Koszta umieszczenia dziecka na ten czas ponoszą państwo i samorządy. W Anglii sądy dla nieletnich mają szerokie kompetencje w usuwaniu nieletnich z zagrożonego stanowiska. W Belgji — sądy dla nieletnich mają prawo odebrać dziecko rodzicom w razie stwierdzenia szkodliwego środowiska i umieścić je bądź w rodzinie zastępczej bądź w odnośnym zakładzie dla dzieci.

Prawodawstwo nasze jednak nie przewiduje niestety możliwości ubezwłasnowolnienia ojca w wypadkach znęcania się nad żoną i dziećmi, i gorszenia dzieci, co niejednokrotnie paraliżuje całą akcję opiekuńczą. *Rosenblumówna* mówi: „Pałacą potrzebą jest utworzenie Instytutu Obserwacyjno - Rozdzielczego, gdzie po fachowej obserwacji... losem dziecka podrutka lub małego włóczęgi, (a także psychopatycznego i zwi-

chniętego dziecka alkoholika — przyp. aut.), pokierowano by nim nie na ślepo, lecz ze świadomością, że odpowiednie wychowanie przysporzy państwu oszczędności a krajowi dobrego obywatela.

Sądy dla nieletnich, które u nas głównie zajmują się dziećmi z rozpadających się rodzin, istnieją u nas od r. 1919.

Niema w Polsce natomiast ani jednego zakładu dla nieletnich psychopatów ¹⁾).

Wpływ alkoholizmu na przestępczość jest bezwzględnie bardzo duży.

Alkoholizm dostarcza poważnej odsetki przestępstw, tworzących znaczne niebezpieczeństwo dla zabezpieczenia społecznego. W Wiedniu w pierwszej połowie 1923 roku — 75% zatrzymanych policyjnie znajdowało się pod wpływem alkoholu. $\frac{1}{6}$ wszystkich przestępstw są to przestępstwa alkoholowe, $\frac{2}{5}$ tych przestępstw — są to przestępstwa ciężkie. 43% wszystkich przestępstw są to przestępstwa popełniane w niedzielę, kiedy konsumpcja alkoholu jest największa, 18% — w poniedziałek, a 16,3% — w soboty. Również i uszkodzeń ciała przypada 59% na niedzielę. (*Michel*).

Rola alkoholizmu w etiologii przestępczości określa się nie tylko bezpośrednim wpływem alkoholu, zużytego *bezpośrednio* przed popełnieniem czynu karygodnego, ale i wpływem całej poprzedniej alkoholizacji przestępcy. Rozróżnia się w tej dziedzinie — przestępstwa przeciw osobie i przeciw własności. W jednych wypadkach alkohol odgrywa bezpośrednią rolę przed popełnieniem czynu karygodnego, w drugich — zależy on od specyficznych warunków życia zawodowych przestępców, pomagając do utrwalenia w nich cech antyspołecznych. W obydwóch tych grupach alkoholizm przewlekł, mający swój początek w wypadkowym nadużywaniu alkoholu jest jednym z najbardziej zasadniczych warunków społecznego upadku przestępców.

¹⁾ O planowej organizacji higieny psychicznej w stosunku do dzieci w Rosji Sowieckiej znajdzie czytelnik szczegóły w pracy mej: „Z dziedziny psychoneurologji dziecięcej w Rosji Sowieckiej“. Higijena psychiczna alkoholizmu rozporządza tu również całą siecią organizacyjną, począwszy od ambulatorjów i t. zw. „posterunków otrzeźwienia“, a kończąc na zakładach dla alkoholków i na kolonjach pracy.

Najbardziej intensywny alkoholizm znajduje się u przestępców młodocianych, którzy tworzą ośrodek świata przestępczego.

Przestępstwa przeciw osobie wzmagają się w latach wyżu ekonomicznego, kiedy się wzmacnia pijaństwo wypadkowe. Przestępstwa te bywają dokonywane przez ludzi wypadkowo pijanych. Alkoholików przewlekłych jest między tymi ludźmi porównawczo mało. Przeciwnie, wśród przestępców przeciw własności odsetka alkoholików wzrasta znacznie na rachunek pijaństwa przypadkowego. Wiadomo, że przestępstwa przeciw własności wzrastają w czasie ekonomicznego upadku na równi ze wzrostem pijaństwa z przyzwyczajenia. W przestępstwach przeciw osobie pierwszorzędny wpływ ma bezpośrednio upicie się, wzmagające agresywność przez zniesienie tłumień i doprowadzające do przestępstwa. W przestępstwach przeciw własności rzadko napotyka się upicie się jako bezpośrednią przyczynę przestępstwa: powstaje ono raczej wskutek pewnego trybu życia. Przestępcy zawodowi są najbardziej oddani alkoholizmowi. Rola zatem alkoholizmu w tych dwóch kategoriach przestępstwa jest różna. W latach wyżu ekonomicznego zwiększa się pierwsza kategoria, druga — zwykle trochę się obniża. W latach kryzysu zwiększa się druga kategoria, a pierwsza upada. Poza to z roku na rok zwiększają się kadry recydywistów i zawodowych pijaków.

Przy popełnianiu przestępstw znajdują się alkoholicy i wśród trzeźwych. Nie jest wykluczeniem, że alkoholizm, poprzedzający przestępstwo, nie odgrywa w spełnieniu tego przestępstwa swojej roli. Dane statystyczne pozwalają nam jednak jedynie na ocenę bezpośredniego wpływu nadużywania alkoholu na przestępstwo.

Stosunek kary więziennej do kryminalnych alkoholików teoretycznie przemawia na korzyść tej kary, jako okresu przymusowej abstynencji w dobrze zorganizowanym więzieniu. Zapomina się jednak, że ogólna atmosfera więzienia raczej przyczynia się do ostatecznego zdemoralizowania osobnika przez otoczenie, natomiast brak w nim tej atmosfery psychoterapeutycznej, tworzącej konieczną przesłankę dla poprawy alkoholika.

Autorzy rosyjscy podnoszą, że pijacy nalogowi znajdują

się znacznie częściej wśród przestępców przeciw dobrom majątkowym jednostki, odsetka zaś zasądzonych w stanie pijanym za te przestępstwa jest względnie niska. Natomiast przy przestępstwach przeciw dobrom osobistym jednostki otrzymuje się stosunek odwrotny t. j. dokonywane one bywają przez alkoholików wyłącznie w stanie pijanym. Dla pewnej kategorii zatem przestępstw przeciw własności charakterystycznym jest nie *bezpośredni* ale *pośredni* wpływ alkoholu.

W ten sposób alkoholizm w pewnych warunkach bywa bezpośrednio przyczyną popełnionego przestępstwa, w innych zaś warunkach nadaje on lub wzmacnia już istniejące tendencje przeciwspołeczne. Należy przeciwstawić zatem znaczenie alkoholizmu przewlekłego jako czynnika degeneracyjnego, wywołującego przestępczość, w odróżnieniu od znanej *bezpośredniej* przestępczości alkoholizmu ostrego, od przestępczości ostrego upicia się.

Ostatnie rozważania autorów niemieckich *Benjamin* i *Fraenkla* podnoszą z tej dziedziny również cały szereg zagadnień. Przestępczość alkoholowa jest 3—4 razy większa od przestępczości przeciętnej ludności. Nadużycie alkoholu często nie bywa bezpośrednią przyczyną przestępczości, natomiast podkreślić należy *przewlekłe* nadużywanie alkoholu na tle którego występuje zwyrodnienie całej osobowości alkoholika, która to zmiana bywa właściwą przyczyną czynów przestępczych. W stosunku do kradzieży alkoholik nie jest w stanie do uprawiania kradzieży skomplikowanych, ale uprawia zwykłe okolicznościowe kradzieże.

Podnieść również należy specjalne badania *Aschaffenburga*, co do przestępstw związanych z jednorazowym upiciem się. Nie tyle jest według niego niebezpiecznym upicie się podupadłego pijaka, żyjącego pasożytniczo kosztem społeczeństwa, jak niebezpiecznym jest wypadkowe upicie się rzemieślnika, robotnika lub studenta. Wykazuje on, że odsetek karanych po raz pierwszy za niebezpieczne uszkodzenie ciała wniósł 59,3% — 60,4%. Trzy piąte zatem ukaranych w stanie pijanym są to ludzie poprzednio niekarani. W Warszawie jednokrotne aresztowania za upicie się tworzą 87,7% wszystkich zaaresztowań za pijaństwo.

W jednej z prac moich poświęconych badaniom alkoholi-

zmu cytuję obszernie dwa przypadki: wykształcony inteligent, nieposzlakowany poza jednorazowym upiciem się w opinii wojskowej, osobnik jedynie nieco neuropatyczny, zaczepiony po pijanemu, zachował się z fotograficzną prawie ścisłością tak samo, jak jego poprzednik, cytowany jako wyraźny przykład moralnego zwyrodnienia. Wszystkie te zatargi po ostrem upiciu się w wojsku wyglądają jak odbitki z jednej kliszy z nieznacznymi tylko zmianami.

Przyczyny pijaństwa u 151 pijaków sformułowane są według *Dresla* jak następuje.

„Zaniedbanie wychowania w dzieciństwie, zły przykład rodziców, zaniedbane wychowanie między szkołą a służbą wojskową, wpływy włóczęgostwa, złe towarzystwo na ulicy, niezdolność do zawodu z powodu ułomności cielesnych, które dla robotników są przeszkodą w znalezieniu zajęcia, niezwykła lekkomyślność w zawieraniu małżeństwa, zaniedbanie moralne mężczyzn, ciężkie upośledzenie życia rodzinnego przez kobiety, (lekkomyślny tryb życia, brak zrozumienia dla potrzeb gospodarstwa domowego i wychowania dzieci, lenistwo, brud, obojętność moralna w życiu rodzinnem), choroby w rodzinie, szkodliwości zawodowe w zajęciach, stojących w związku z wyrobem i sprzedażą alkoholu lub połączonych ze zwyczajowym pićciem, ułatwiony dostęp do picia piwa, niestałość alkoholika kawalera, która utrudnia uregulowanie życia“.

W badaniach moich nad ostrem upiciem się w wojsku na pierwsze miejsce wysuwa się pewien typ psychotyczny, który obok popędu do alkoholu zdradza następujące cechy charakteru: jest to typ moralnie zdegenerowany, o usposobieniu drażliwym i awanturniczym, nieposłuszny, kłamliwy, wykrętny, krnąbrny, bez ambicji, bez wpływu kar, trudno poddający się dyscyplinie, wywierający demoralizujący wpływ na innych. Inne typy charakteru napotyka się jedynie w pojedynczych przypadkach, jak np. typ mało wyrobiony, lekkomyślny, leniwy — lub typ mało inteligentny i powolny — lub typ lekkomyślny, ulegający złym wpływom. Są dalej typy nerwowe i typy bez zarzutu, typy, które poza pociąganiem do alkoholu nie mają ujemnej opinii. Wszystkie te typy znikomie ustępują poza masą psychopatów, znanych i pozatem z ostrego alkoholizmu oraz epileptoidalnych lub histerycznych cech charakteru.

W moim materiale ostrego pijaństwa w wojsku psychopaci, moralnie zdegenerowani pijacy zajmują 61,5% całego materiału. Patologiczny zaś materiał wogóle tworzy w tem ostrem pijaństwie — 84%.

Rocznik Statystyczny m. Poznania za r. 1926 daje nam możność oceny danych co do osób policyjnie zatrzymanych za opilstwo w Poznaniu, a następnie zwolnionych w porównaniu do tych osób, które za przestępstwa popełnione w stanie pijanym, przekazane zostały sądowi. Z ogólnej liczby zatrzymanych przypadków opilstwa (1201), zwolnionych zostało policyjnie 77,4%, władzom sądowym zaś przekazano — 22,6%. Ten stosunek w ogólnych zarysach należy mieć na oku przy ocenie wszelkich danych statystycznych w tej sprawie pochodzenia sądowego: wykazuje on, *jaka masa alkoholików po upiciu się pozostaje bez dalszej opieki.*

W Wiedniu, jak to podaje Zajęczkowski, osobnicy zatrzymani policyjnie za zakłócenie porządku publicznego w stanie nietrzeźwym, od r. 1920 są kierowani do przychodni przeciwalkoholowych, zorganizowanych przez komisariaty policyjne i są zmuszani do leczenia się pod grozą wykonania zawieszony kary — do czasu wygaśnięcia jej po 3 latach. Leczy się podobno 90% zatrzymanych alkoholików, powstają jednak tarcia pomiędzy organizującą przychodnie policją, dążącą jedynie do przeprowadzenia umiarkowanego używania alkoholu, a lekarzami-społecznikami idącymi w kierunku zupełnej abstynencji, traktującymi alkoholizm jako chorobę, a nie jako złą wolę.

Wyraźne podkreślenie znaczenia alkoholizmu przewlekłego, jako czynnika degeneracyjnego, wywołującego przestępczość, w odróżnieniu od znanej i bezpośredniej przestępczości alkoholizmu ostrego, zasługuje na specjalną uwagę.

Ostre upicie się w R. S. F. R. S. wskazuje, że same zasady społeczne czy polityczne dla sprawy zwalczania alkoholizmu są bez decydującego znaczenia. Najbardziej rozwinięta akcja społeczna bez bezwzględnego poparcia rządu jest dla zahamowania alkoholizmu kroplą w morzu.

Niecałkowita prohibicja jako kompromisowe załatwienie sprawy alkoholowej, jest tylko zatrzymaniem się na drodze do

zupelnego zniesienia spożywania alkoholu. Musi ona być ściśle przestrzegana. O ile niecałkowita prohibicja nie jest jedynie literą prawa, a bywa sumiennie wprowadzana w życie, to w pierwszym rzędzie powoduje ona zmniejszenie przestępczości alkoholowej.

Wymagania higieny psychicznej zwłaszcza znajdują swoje odzwierciedlenie w prawodawstwach przeciw alkoholikom. Patologiczny stan upicia się wraz z wszelkimi psychozami alkoholowymi zupełnie odpada, jako nie budzący przy tych rozważaniach żadnych wątpliwości. Wątpliwości co do pełnej poczytalności budzą przede wszystkim stany intolerancji alkoholowej, zdarzających się na tle wewnątrzpochodnym, przeważnie na tle psychopatij najrozmaitszego gatunku. Również i poczytalność alkoholików przewlekłych przed sądem może jedynie uleść zmniejszeniu w razie obecności ciężkich zmian psychopatycznych, leżących u podstawy alkoholizmu.

Odmienne rzecz ma się z punktu higieny psychicznej z oceną prawną „normalnego stanu upicia“, czyli zwykłego upicia się. Nie ulega wątpliwości, że stan ten jest, teoretycznie biorąc, krótkotrwałą psychozą i powinien być teoretycznie traktowany jak każda inna przemijająca psychoza. Takiemu traktowaniu prawnemu stoją jednak na przeszkodzie wymagania higieny psychicznej. Dlatego też tego rodzaju stanowisko traktowania przez sąd „normalnego stanu upicia się“, jako wywołującego przemijającą niepoczytalność krótkotrwałej choroby umysłowej, musi być troskliwie omijane. W całym szeregu kodeksów karnych upicie się alkoholem wyłączonem zostaje z dziedziny niepoczytalności.

Powszechnie prawie uważa się, że „normalny stan upicia się“ nie może być uznany za stan *chorobliwego* zamroczenia, ponieważ dotknięty nim osobnik sam ten stan i jego skutki wywołał. Jest to jednak brak teoretycznej konsekwencji, ponieważ stan taki nie różni się niczem od toksycznego zamęcenia innego pochodzenia. (*Bleuler, Ziehen*). Należałoby go zatem traktować teoretycznie jako stan chorobliwy. Ogólnemu poczuciu prawnemu należy się jednak to ustępstwo, że przy stanach tych ma być karane *niedbalstwo* wprowadzania się

w stan upicia się, o ile ten stan upicia się doprowadził do jakiegokolwiek szkody.

Stosowanie sprawiedliwej odpłaty a zatem niskich wymiarów kary do osobników, zwłaszcza przewlekłe pijących, bez równoczesnego stosowania środków zabezpieczających, jak się to mówi w uzasadnieniu części ogólnej projektu naszego kodeksu karnego, byłoby karygodnym sentymentalizmem. Kara może być wykonana przed albo po leczeniu przymusowem. Bardziej celowem jest leczenie po karze. Wymaga to specjalnych sądowych szpitali dla alkoholików, gdyż do opisanych już poprzednio zakładów dla alkoholików nadaje się jedynie materiał niepsychopatyczny, w materiale sądowym — dość rzadki.

Jednakowoż rola znawcy psychiatrycznego zaczyna się w sądzie dopiero od patologicznej reakcji alkoholowej. Do kompetencji jego nie należy konstataowanie „normalnego stanu upicia się“, ani też jego stopnia w odniesieniu do poczytalności. Ze względu na to, że działanie alkoholu jest powszechnie znane, sprawa rozstrzygania na sali sądowej o zwykłym pijaństwie z wyłączeniem patologicznych reakcyj i chorób umysłowych pochodzenia alkoholowego należy do sądu a nie do znawcy. W niektórych prawodawstwach (Anglja, Szwecja, Włochy) uważa się stan upicia się ani za stan wyłączający, ani zmniejszający poczytalność. Przewiduje się nawet obstrzeżenie kar dla alkoholików nałogowych (Włochy).

Poczytalność alkoholików przewlekłych przed sądem może jedynie ulec zmniejszaniu w razie obecności ciężkich zmian zwyrodnienia psychicznego. Koniecznym jest wówczas orzeczenie sądu co do zamknięcia w zakładzie zabezpieczającym.

Nowy nasz kodeks karny ogranicza na wypadek alkoholizmu zarówno niepoczytalność sprawcy jak i jego poczytalność zmniejszoną. Niepoczytalność nie ma zastosowania, jeżeli sprawca wprowadził się umyślnie w stan zakłócenia czynności, aby dokonać przestępstwa (Art. 17 par. 2). Artykuł o poczytalności zmniejszonej nie ma zastosowania, gdy ograniczenie poczytalności jest skutkiem odurzenia, wynikającego z winy sprawcy. (Art. 18 par. 2). Również i środki zabezpieczające idą w kierunku umieszczenia sprawcy — niepoczytal-

nego zupełnie lub z poczytalnością zmniejszoną w zakładzie dla psychicznie chorych lub innym zakładzie leczniczym, o ile jego pozostawienie na wolności grozi niebezpieczeństwem porządkowi prawnemu. — Wreszcie istnieje jeszcze specjalny artykuł (Art. 82, par. 1 i 2): „Jeżeli czyn pozostaje w związku z nadużywaniem napoi wysokokowych lub innych środków odurzających Sąd może zarządzić, aby sprawcę *po ewentualnem odbyciu wymierzonej kary* umieszczono w odpowiednim zakładzie leczniczym na przeciąg *lat dwóch*. O wcześniejszem zwolnieniu rozstrzyga sąd. Inne stanowisko w tej sprawie działa na szkodę higienie psychicznej.

Jedynie obronne i zdrowe uzasadnienie abstynencji zupełnej polega na jej społeczno-etycznym znaczeniu (*Graf*).

Wspólnie z innymi bojownikami sprawy antyalkoholowej żądamy, aby władze, przekonane o wpływie dodatnim ograniczeń spożywania alkoholu oraz świadome ruiny indywidualnej, społecznej i finansowej, powodowanej przez to zło społeczne, chwyciły się środków czynnych, aby zatrzymać to chylenie się w przepaść, ten fatalny los naszego społeczeństwa (*Ladame*).

P I Ś M I E N N I C T W O.

- A b r a h a m K. Die psychischen Beziehungen zwischen Sexualität und Alkoholismus. Klinische Beiträge zur Psychoanalyse. Int. Ps. An. Bibl. X.
- B l e u l e r E. Das autistisch - undisciplinirte Denken in der Medizin und seine Überwindung. Berlin. Springer. 1927.
- C h o d ź k o W. Przemówienie na zamknięcie IX. Kursu Alkoholologii. Trzeźwość X, I, 1935.
- D e r e s z S t. Leczenie pozazakładowe alkoholików. Roczn. Psychj. XVI, 1931.
- E r n i t s W. Die Alkoholfrage in Russland. Bericht über den XVIII Intern. Kongress gegen Alcoholismus. Tartu. 1927.
- F i s h e r I r v i n g. Prohibition at its worst. New-York. The Maximilian Cie. 1926.

- Gercenzon A. A. *Prestupnost' i alkogolizm*, w R. S. F. R. R. Moskwa, 1930.
- Graf O. *Möglichkeiten und Grenzen der Heilbehandlung von Alkoholikern*. Neuland-Verlag, Berlin.
- Juliusburger. *Zur Psychologie des Alkoholismus*. Z. Bl. f. Ps. An. III, 1913.
— *Ein Beitrag zur Psych. der sogenannten Dipsomanie*. Z. Bl. f. Ps. An. II, 1912.
- Kacprzak M. *Prohibicja w Stanach Zjednoczonych*. Warsz. Czas. Lek. Nr.Nr. 5—6, 1925.
- Łuniewski W. *Wpływ alkoholu na poczytalność*. Enc. podr. prawa karnego Warszawa, 1931.
- Michel R. *Lehrbuch der forensischen Psychiatrie*. Urban & Schwarzenberg. Berlin u. Wien, 1931.
- Nelken J. *Ostre upicie się i jego znaczenie sądowo-lekar-
skie*. Wojsk. Przegląd Prawniczy 3, 1930.
— *Ostre upicie się i przestępczość*. W-wa. Monogr. Psychj. Nr. 4, 1931.
— *Ostre upicie się w wojsku*. Lek. Wojsk. XIX, 6, 1932.
— *Higjena Psychiczna w Rosji Sowieckiej*. Higjena Psy-
chiczna Nr. 1—2, 1935.
— *Z dziedziny psychoneurologji dziecięcej w Rosji So-
wieckiej*. Warsz. Czas. lek. 1935.
- Noë-Nordberg C. *Trinkerfürsorge*.—Stransky: *Leit-
faden der psychischen Hygiene*. Urban & Schwarzenberg.
Berlin — Wien, 1931.
- Piśtrowski A. *Leczenie zakładowe alkoholików*. No-
winy Psychjatryczne VII, z. 1—2, 1930.
- Popielski L. *Alkohol jako środek odżywczy*. „Wyzwo-
lenie“, 1914.
- Plottké P. *Le problème de l'alcoolisme considéré du point
de vue de l'Individualpsychologie d'Alfred Adler*. L'Hi-
giène mentale 10, 1934.
- Rosenblum Z. *Higjena psychiczna w zastosowaniu do
dziecka w Europie Zachodniej i w Polsce*. Warsz. Czas. lek.
Nr.Nr. 18—19. 1935.
- Schilder P. *Entwurf zu einer Psychiatrie auf psycho-
analytischer Grundlage*. Intern. Ps. An. Biblj. XVII.

- S z y m a ń s k i J. Polskie Ustawodawstwo Przeciwalkoholowe. *Trzeźwość* X. 2. 1935.
- Obrona Polskiej Ustawy Przeciwalkoholowej. Warsz. Czas. lek. Nr. 5, 1924.
- Cui bono? Warszawa 1935, „Trzeźwość“.
- T r i b o u l e t, M a t h i e u, M i g n o t. *Traité de l'Alcoolisme*. Paris. Masson & Cie, 1905.
- V e r n o n H. M. *The Alcoholproblem*. London. Ballière, Tindall & Cox, 1928.
- W e b e r K. Walka z alkoholizmem wśród personelu szwajcarskich kolei państwowych. *Trzeźwość* I, 1935.
- W l a s s a k R. *Grundriss der Alkoholfrage*. Hirzel. Leipzig, 1929.
- Biuletyn M. Z. P. R. III, Nr. 3, 1920.
- Ustawa z dnia 23.IV. 20 (Dz. Ust. Nr. 37 p. 210) o ograniczeniu w sprzedaży napojów alkoholowych.
- Ustawa z dnia 27.I. 22. (Biul. M. Z. P. r. V Nr. 2, 1922 — Dz. Ust. Nr. 12, p. 104, 1922) w przedmiocie częściowej zmiany ustawy z dnia 23.IV. 20 o ograniczeniach w sprzedaży napojów alkoholowych (Dz. Ust. Nr. 37, p. 210).
- Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 24.X. 34 w sprawie zmiany przepisów o Monopolu spirytusowym i o sprzedaży napojów alkoholowych. Dz. Ust. Nr. 96, pz. 863, 1934.
- Komisja Kodyfikacyjna R. P. Sekcja Prawa Karnego, T. V. Z. 3. Projekt Kodeksu Karnego. Uzasadnienie części ogólnej. W-wa. 1930.
- Pierwszy Polski Zjazd Abstynentów... *Trzeźwość* 12, 1934.
- Walka z alkoholizmem. Sprawozdanie stenograficzne z obrad Sejmu i Senatu w sprawie zmiany ustawy przeciwalkoholowej. Cz. I. Obrady Sejmu. — R. IX. N. XXII.
- Walka z alkoholizmem. Sprawozdanie stenograficzne z obrad Sejmu i Senatu w sprawie zmiany ustawy przeciwalkoholowej. Cz. II. Obrady Senatu. R. X. N. XXIII.
- L a d a m e C h. Prof. *Trante d'alcoolisme à l'Asyle clinique psychiatrique de Bel-Air (1901—1930) à Genève*. *Le Progrès Médical* 1935, n. 23.

Zajączkowski H. O ośrodkach pracy dla uleczonych nałogowców i o organizacji opieki pozazakładowej. Trzeźwość, 1935 Nr. 8—9.

Neczaj-Hrúzewicz J. Lecznictwo nałogowców niepoprawnych. Trzeźwość, 1935, Nr. 8—9.

STANISŁAW ŻEJMO ŻEJMIS.

WSPÓŁCZESNOŚĆ A ANTROPOLOGJA I EUGENIKA.

(Odczyt wygłoszony w styczniu b. r. na inauguracyjnym posiedzeniu sekcji eugenicznej przy P. Tow. Hygienicznym we Lwowie).

Rasa i środowisko. — Zeszlówieczne podstawy w przyrodznawstwie i socjologii. — Marksizm i ewolucjonizm, a rasizm polityczny i mendelizm. — Filozofja mendellstyczna. — Współczesna antropologja. — Z zagadnień systematycznych człowieka. — Sprawa pozamorfologicznego zróżnicowania. — Antropolog rasistą. — Eugenika jako antropologja stosowana.

Wszyscy wiemy o tem dobrze, że na północy naszego kontynentu obok ludzi o jasnych włosach i niebieskich oczach mieszkają od tysięcy lat przedstawiciele ciemnych ras, którym nic a nic nie pojaśniały włosy, ani zbłękitniały oczy, że mazur nasz, czy skandynaw, przeniesiony odwrotnie pod tropy, nie straci nic ze swego wyglądu i swego ubarwienia. Jedno zastrzeżenie musimy tu jednak odrazu zrobić, że dzieje się to dopóty, dopóki wszyscy oni nie zaczną bliżej współżyć między sobą, czy z miejscową ludnością.

Jest więc coś, co zgóry nas określa i predysponuje, że jesteśmy takimi, a nie innymi, czy się nam to podoba, czy nie, coś, co determinuje nas zgóry w sensie dla nas czasami pomyslnym, a czasami — nie.

Rzecz oczywista, nie jesteśmy zawieszeni w jakiejś idealnej próżni *Toricellego*, żyjemy bowiem w określonych warunkach *środowiskowych*. Rolę warunków tych możnaby przyrównać do roli piekarza, który miesi ciasto dziedzicznościowe, by upiec potem z tego mniej lub więcej udałe bochny chleba.

Jakkolwiekby było, zawsze możliwości są tu ściśle ograniczone rodzajem mąki, kwasu i t. d., warunkami więc naturalnymi i przyrodzonymi, które piekarz może przyjąć tylko do wiadomości i wyciągnąć z tego odpowiednie wnioski. Nie zawsze jest jednak rzeczą łatwą do rozstrzygnięcia, w jakiej mierze bochenki te są rezultatem pracy piekarza, w jakiej — okoliczności tamtych, od niego niezależnych.

Weźmy dla przykładu taką sprawę *prymatu Europy półn.-zachodniej* nad resztą naszego kontynentu, a doniedawna i nad całym omal globem. Ekstremista - antropolog, a zawsze rasista polityczny, prymat ten zwiąże z przeważającym tu składnikiem rasowym, znanym pod nazwą typu nordycznego. Typ ten, dzięki właściwemu sobie zespołowi cech, raz wybiwszy się, doprowadzić miał do uformowania się bloku państw „konia parowego“, przeciwstawiającego się reszcie Europy „konia pociągowego“, że użyjemy tu terminów, wprowadzonych przez znakomitego ekonomistę belgijskiego *Fr. Delaisiego* („*Les deux Europes*“ 1929).

Środowiskowiec natomiast zwróci uwagę, że zawsze tak nie było, i że dalej wchodzi tu w rachubę ludy, wyznające protestantyzm. Dzięki zaś swemu nastawieniu surowemu i purytańskiemu, propagował on zmysł oszczędności i surowych obyczajów, kładąc w ten sposób fundamenta pod rozwój współczesnego kapitalizmu i industrjalizmu. A tym to właśnie formom ustrojowym, jak i szczęśliwemu zbiegowi okoliczności, że właśnie tu znalazły się obfite złoża niezbędnych dla systemów tych surowców, zawdzięczać należy przesunięcie się centrum światowego znad śródziemnomorza — jak to było w starożytności i średniowieczu — do basenu atlantyckiego.

Innym jeszcze przykładem zawężenia się dziedzicznościwo-środowiskowego może służyć sprawa geograficznego rozprzestrzenienia raka. Jeśli weźmiemy mapę śmiertelności rakowatych we Włoszech (Publikacja *Pittarda* i *Niceforo* pod egidą Ligi Narodów z r. 1926), to przy tendencji do myślenia kategorjami rasistycznymi od razu narzuci nam się związek między *śródziemnomorskiem* południem, a *małą* ilością śmiertelnych wypadków. Skłaniając się natomiast do tezy o omni-potencji środowiska, również nie trudno dostrzeżemy korela-

cję między północą *zurbanizowaną* i przemysłową, a *dużą* śmiertelnością, choć znowu tu jest inna ludność antropologicznie, niż na południu (krótkogłowa — alpejska).

By jeszcze innym przykładem posłużyć się, wiadomo, że gruźlicę zalicza się do grupy chorób społecznych, t. zn. przedstawiających interes także i z punktu widzenia kolektywu, jako takiego. Walkę z nią jednak prowadzi się dość chaotycznie, a to z tego powodu, że nie zostało należycie zbadane, w jakiej mierze gruźlik jest *predysponowany* z racji swojej konstytucji fizycznej, a w jakiej — ofiarą jest warunków społecznych i antropogeograficznych. Dotąd, trzeba to wytknąć palcem, odnośnych badań odpowiednio zorganizowanych właściwie nigdzie nieprzeprowadzono. A to, co jest, jest sprzeczne albo i nieporównywalne między sobą.

Gdyby się więc okazało, że gruźlicą dotknięci są przede wszystkim osobnicy pewnego typu, lub jego mieszkańcy, choćby i dysharmoniczni, bez względu na stopę życiową i szerokość geograficzną, cały nasz wysiłek zwróciłby wtedy należało na niedopuszczanie do szkodliwych przekrzyżowań się i niszczenie w ten sposób naturalnych ognisk zarazy. Gdyby zaś okazało się, że dzieje się to głównie dzięki wadliwym warunkom środowiska, bez względu na wrodzoną konstytucję, trzeba by wtedy wydać wojnę im, co może otrzeć się o problemy o politycznym już także zabarwieniu, jak odpowiednie ustawodawstwo pracy, kodeks budowlany, kwestja opieki lekarskiej, sprawiedliwy rozdział w dochodzie społecznym i t. d.

Są więc zagadnienia, dla których takie czy inne rozwiązanie, przedstawia doniosłe, czysto praktyczne znaczenie. Już odpowiednia ich formuła, może w niemałym stopniu równać się nieraz ich likwidacji lub rozwiązaniu.

Trzeba przyznać, że atmosfera wieku XIX, ściślej drugiej jego połowy, nie była zbyt przychylną właściwemu stawianiu problemów, jak nie była przychylną właściwemu myśleniu antropologicznemu, z obróconą twarzą ku czynnikom zewnętrznym, „*péristazie*“ czy *enoironon*.

W przyrodoznawstwie wyrazem tego był ewolucjonizm, a w socjologii, marksizm i materjalizm, czy demoliberalizm. Prądy te, dziś mocno już nadszarpnięte, uzupełniają się wza-

jemnie, wypływają bowiem z wspólnego źródła — wiary w *zmiennność samą przez się* istot i doniosłość czynników *środowiskowych*, kształtujących je decydująco.

Że ujęcie takie nie jest zbyt ryzykownem, świadczą między innymi tendencje, nurtujące świat sowiecki. By o tem przekonać się, wystarczy wziąć do ręki bolszewicki organ antropologiczny. W artykułach wstępnych, ideowych, besztają tam „burżuazyjną“ antropologję za oglądanie człowieka pod kątem wyłącznie zoologicznym, a mającą ignorować „zasadniczą różnicę, dzielącą człowieka od zwierzęcia — więź społeczną“. Wołają więc o jaknajostrzejszą walkę z wszelkim zoologizmem w antropologji, nie dostrzegającym faktu, że z wynalezieniem narzędzi pracy, uległy zasadniczej zmianie właściwości i historia ras. Odtąd bowiem rozprzestrzenianie się, stykanie i los ich zostały podporządkowywane prawom *społecznego* ustroju, a więc wyłącznie środowiskowej stronie życia.

Z marksistyczno - materialistycznego punktu widzenia w rozpatrywaniu procesów powstawania ras, przyznać należy czynnikom społecznym decydującą rolę conajmniej w ukształtowaniu się fizjonomji współczesnej ludzkości. Zapewne „przez biologję nie można przeskoczyć“, decydujący jednak wpływ na rozwój człowieka wywierają mogą tylko czynniki „socjalne“. Żadne wskaźniki głowy, czy wogóle cechy rasowe nie przeszkodzą najbardziej zacofanym kulturalnie narodom przejść do wyższych kulturalno-politycznych form, jeżeli będą do tego odpowiednie warunki społeczno-ekonomiczne“.

W tych programowych artykułach znajdziemy po kilka razy na każdej stronie wymienionych *Marksa*, *Engelsa*, towarzyszy *Lenina* i *Stalina* — nigdy *Trockiego* — pozatem *Darwina* i innych ewolucjonistów XIX wieku, napróżno zaś szukalibyśmy tam imienia *Mendla*, de *Vriesa*, *Johansena*, *Morgana*, *Lotsyego* i innych współczesnych przyrodników. W pantheonie tym uznanych wielkości znalazł się *Darwin*, bo odkrył prawa — *technologji naturalnej* rozwoju świata organicznego, gdy *Marks* prawa *sztucznej* technologji, pozwalającej zrozumieć historyczne procesy, przeżywane przez społeczeństwa ludzkie. „Tylko stopniowe stosowanie głębokiej i bogatej treści koncepcji ewolucji, danej marksizmem - leninizmem — więc nawet nie darwinizmem już — odkrywa przed antropo-

logami i w tej najtrudniejszej dziedzinie szeroką drogę owocnej pracy“.

Przytoczyliśmy rozmyślnie te dłuższe, a tak charakterystyczne ustępy. Jest to ta *jedna krańcowość*, stawiająca na skrajny światopogląd *środowiskowy* w przyrodoznawstwie, wyrażający się z jednej strony „marksizmem - leninizmem“, z drugiej zaś „ewolucjonizmem - darwinizmem“. Reprezentują ją ludzie, którzy usiłują się zmieścić w oficjalnie obowiązującej ideologii, zmuszeni skutkiem tego nieraz do smutnego a niewątpliwie niepotrzebnego faktu obtłukiwania sobie głowy o twarde i grube mury dogmatu i doktryny. W formie są to przeważnie rzeczy młode, rześkie i sympatyczne, w treści zaś najczęściej zalatujące niestety przejrzałymi już trochę zapachami z przyrodoznawczych kuchni zeszłego stulecia.

Na *drugim krańcu* — znajdziemy *rasizm polityczny*, jako skrajną formę reakcji przeciwko całemu duchowi minionego wieku. Przerzucił on bowiem gros ciężaru w kształtowaniu się fizjonomji człowieka i społeczeństw ludzkich na czynniki *wewnętrzne*, strukturalne, dziedzicznie przekazywane w formie stale jednakowej. Rasa i tylko rasa jest tym właściwym motorem dziejów człowieka. W tym świetle obecny antagonizm polityczny niemiecko-rosyjski, jako wykładnik zupełnie odrębnych i sprzecznych światopoglądów stanie się dla nas bardziej jasnym i konsekwentnym.

Rasizm *polityczny* polega na gloryfikowaniu pewnego typu antropologicznego, zwyczajnie swojego, przy skłonności do tuszowania różnic, jakie istnieją między pojęciem *rasy* ze słownika biologicznego, a *narodu* ze słownika politycznego pochodzących pojęć. Najpowszechniej znanym on jest pod formą nordyzmu, który wszedł w багаż ideowy ruchu narodowo-socjalistycznego i Trzeciej Rzeszy. Można się spotkać jednak tu i ówdzie z próbami gloryfikacji innego typu, jak nadbałtyckiego u finów, sycylijskiego śródziemnomorca u włosów, a typu orientalnie-semickiego u żydów i t. p. Są to wszystko *wyskrajnienia*. W zasadniczym jednak podejściu rasizmu do świata jest niemało racji.

Konstrukcjami ewolucjonistycznymi i marksistycznymi wszystkiego w świecie nie jesteśmy w stanie wytłomaczyć, ani jako busola życiowa wystarczyć nam nie mogą. Jeśli o ewolu-

cjonizm chodzić będzie, poważny cios został mu zadany przez mendelizm.

Zamało może ciągle jeszcze sobie uświadamiamy, że *mendelizm*, to nie jest jeden tylko z działów biologji, zajmujący się procesami dziedziczenia, a stworzony przez morawskiego opata *Mendla*. Dziś jest to właściwie już nowy *światopogląd przyrodoznawczy*, zupełnie równy od ewolucjonizmu, wszystko jedno czy w wydaniu darwinistycznym, poszukującym motoru zmienności w świecie otaczającym, czy też w wydaniu mutacjonistycznym, apelującym do czynników wewnętrznych. Mendelizm bowiem przedstawia się wogóle koncepcjom *zmienności samej przez się form*, stając na gruncie stałości i niezmienności raz wytworzonego gatunku czy typu. Jakżeż zbliżyliśmy się znowu — po całym wieku krążeń i poszukiwań — do starego, *linneuszowego* powiedzenia, że „*tot est species, quot ab eundum creavit ens...*“

W myśl idei mendelistycznych różnorodność krajobrazu i geologicznego i paleoantropologicznego interpretujemy sobie dziś nie jako *rozwój* w jednej i tej samej linii z form „niższych“ do „wyższych“, lecz jako rezultat ich nakładania się. Powstają zaś one dzięki procesom *krzyżowania*, w sposób czysto mechaniczny, wyzwalając coraz inne i nowe — skutkiem coraz innej skali wahań w danej cesze — możliwości kombinacyjne genów. Dopóki nie dopuścił krzyżowania, otrzymywał *Johannsen* ciągle jedne i te same formy. Pewne kombinacje, tą drogą powstałe, przy odpowiednim zgraniu, mogą odznaczać się również i fizjologiczną właściwością ustabilizowania się, dając w ten sposób początek nowym odmianom i gatunkom, selekcyonowanym następnie przez środowisko. Mendelizm więc w miejsce myślenia *ewolucyjnego*, opartego na *variabilizmie*, wprowadza *constantyzm* i ściśle z nim związane myślenie kategorjami *wartościowemi, stratygraficznemi*. W ten zaś sposób prądy te znalazłyby swój odpowiednik i w współczesnych tendencjach ustrojowych, przeciwstawiających się atomizacji społecznej, a dążących do zorganizowania się litego i spoistego na zasadach stałości poszczególnych elementów i ich hierarchji. Dodać tu jeszcze możnaby, że ten postulat niezmienności typów, wysuwany był jeszcze — chociaż nieśmiało — i w okresie tryumfującego ewolucjonizmu

przez ówczesnych systematyków jak *Virchow* czy *Kollmann*, wedle *Hertwiga* zaś był on warunkiem sine qua non każdej udanej systematyki. *Temu to tedy* postulatowi systematyków udzieliłaby dziś poważnego poparcia genetyka, poparcia, którym nikt dziś pogardzić nie może.

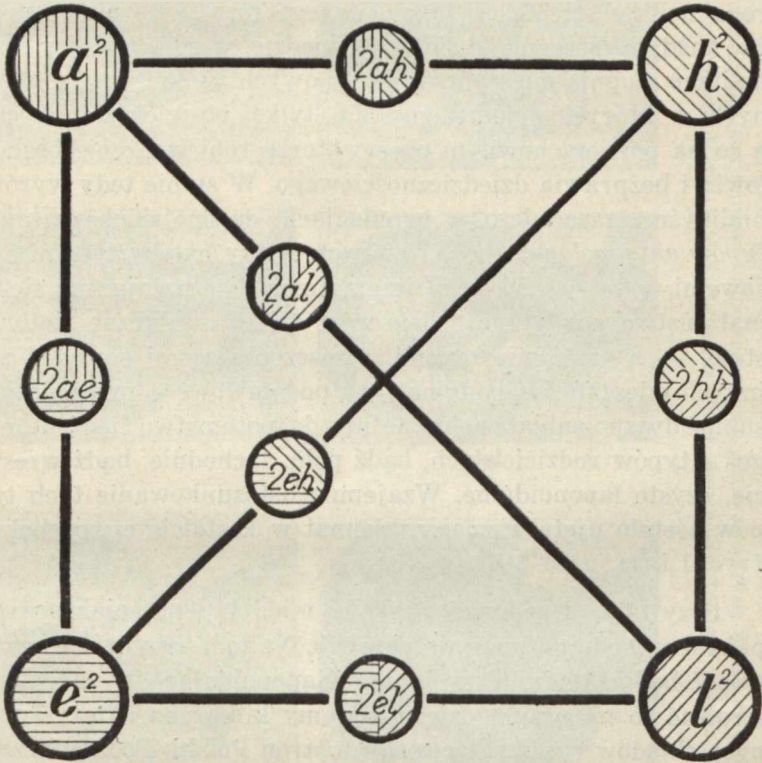
Mendelizm znaczy pozatem jeszcze i wielki postęp pod względem *objektywizacji* naszego światopoglądu. Ewolucjonizm bowiem, stawiając człowieka na szczycie swojego hipotetycznego drzewa genealogicznego istot żywych, był nawskroś poglądem jeszcze *antropocentrycznym*. Mendelizm zaś zwrócił uwagę, że pojęcie doskonałości jest pojęciem, zaczerpniętym ze słownika humanistycznego i nie może dlatego mieć zastosowania w świecie biologji, gdzie wszystko jest *inne*, ale *w swoim rodzaju doskonałe*: pierwotniak jest równie doskonałym tworem przyrody, jak ptak rajski, australijczyk, kobieta plemienia Mniam-mniam, czy najczystszy nordyk z Oestergoetlandu rodem. W świetle tem zwolennik nierówności ras ludzkich, w szczególności rasista polityczny napróżno będzie szukał uzasadnienia dla swojej tezy w współczesnem przyrodoznawstwie, operować może tylko kryterjami socjologicznymi i emocjonalnymi. Mendelizm bowiem przeciwstawi się zawsze wszelkiego rodzaju *antropocentryzmowi*, jak system kopernikański protestował swego czasu przeciwko iluzjom *geocentrycznym*.

Światopogląd mendelistyczny z dniem każdym coraz mocniej uwydatnia się między innymi także, a może i w pierwszym rzędzie, w antropologii, jako szczególnie uczulonej na wyniki badań genetycznych i z urodzenia twarzą zwrócony do czynników *wewnętrznych*, decydujących w głównej mierze o fizjonomji istot żywych. Temu to światopoglądowi, nie mówiąc o wydoskonalonej technice metodycznej, zawdzięczać należy ten wielki postęp, oraz ład, konsekwencję i porządek, tak charakterystyczne dla współczesnych koncepcji antropologicznych, w szczególności dla antropologii *Czekanowskiego* i jego *szkoły*, a której zasady, wyłożone zostały w r. 1930 w „Zarysie antropologii“, syntetyczne zaś ujęcia w książce „Człowiek w czasie i przestrzeni“. (1934).

Nie tu jest miejsce i czas do przedstawiania i analizowania systemu antropologii lwowskiej. Możemy to tylko zrobić

w najogólniejszych zarysach, w celu zorientowania się zgrubsza w jej dorobku, pozycji, ambicji i zamierzeniach.

Ze zrozumiałych względów najbardziej wykończoną jest partja europejska. Po długich i żmudnych badaniach okazało się, że ludność naszego kontynentu bez względu na język, kul-



Ityc. 1. Wzajemne ustosunkowanie elementarnych typów rasowych i mieszanych. Pierwszemi są (w narożnikach schematu):

- a^2 oznacza typ nordyczny
- e^2 „ „ „ śródziemnomorski
- h^2 „ „ „ armenoidalny
- l^2 „ „ „ hiponoidalny.

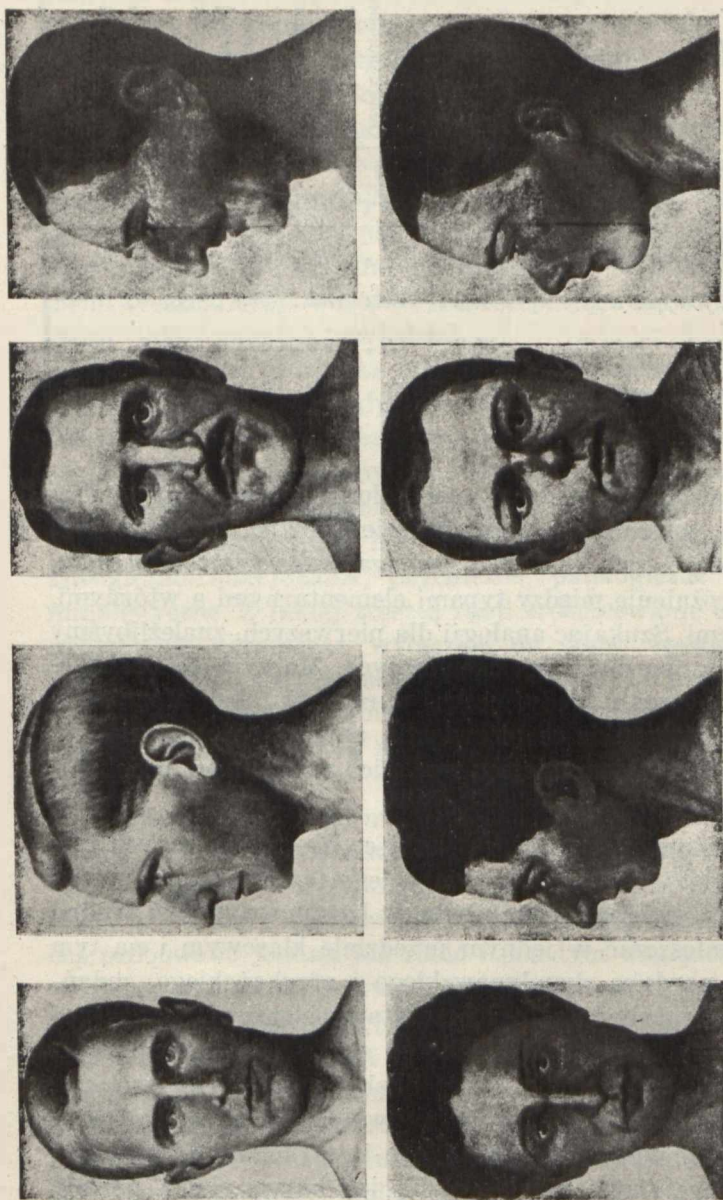
Drugimi zaś (na prostych - łączących):

- $2ae$ oznacza typ półn. - zachodni
- $2al$ „ „ „ subnordyczny
- $2ah$ „ „ „ dynarski
- $2hl$ „ „ „ alpejski
- $2el$ „ „ „ subłaponoidalny
- $2eh$ „ „ „ litoralny.

turę, narodowość, stanowisko społeczne lub religję, z punktu antropologicznego składałaby się z *czterech* podstawowych typów rasowych czyli *ras*, które, wykrzyżowując się, dawałyby, albo ściślej — usiłowały dawać *sześć* możliwych kombinacji mieszanych. Powiedzieliśmy — usiłowały dawać, t. zn. przyroda usiłuje strzelić w tarczę danego typu, lecz nie zawsze i w każdym szczególe to się jej powiedzie, w efekcie dając rozmaitego stopnia mieszańców od typowych aż do dysharmonicznych, w których orjentujemy się tylko po większości cech, a co na powierzchniowym obserwatorze robi wrażenie bezholowia i bezprawia dziedziczościowego. W sumie tedy wyróżnialibyśmy zasadniczo w populacjach europejskich *dziesięć typów antropologicznych*, z których cztery byłyby typami rasowymi, w procesach dziedziczenia nierozszczepiającymi się — małżeństwo nordyczne będzie mieć tylko nordyczne potomstwo, — a sześć mieszanymi, rozszczepiającymi się bądź na innych mieszańców, bądź na typy podstawowe — małżeństwo subnordyczno-sublaponoidalne np. da potomstwo bądź któregoś z typów rodzicielskich, bądź półn.-zachodnie, bądź wreszcie, czyste laponoidalne. Wzajemne ustosunkowanie tych typów zostało ujęte w znany schemat w kształcie czworoboku. (ryc. 1 i 2.)

Przy takim podejściu, różnice między populacjami europejskimi będą gatunku ilościowego. Na tem terytorjum przeważać będą składniki nordyczne i laponoidalne. By zademonstrować to na przykładzie, podajemy kilka charakterystycznych składów rasowych z różnych stron Polski. Podane liczby wyobrażają nam nasilenie krwi danego typu rasowego, jaka płynie w badanej populacji tak w właściwych typach rasowych jak i ich mieszańcach. Redukcja ta upraszcza znacznie obraz i ułatwia porównywania.

Stosunki polskie są tem charakterystyczne, że krew nordyczna i laponoidalna razem dają około 75% składu. Pozostałe dwa elementy odgrywają u nas w stosunku do tamtych minimalną rolę. Między północą a południem Polski różnica polega na odmiennem ustosunkowaniu się elementu nordycznego do laponoidalnego, jak to widać także z przytoczonej tabeli. *Huculi zaś to już inny świat.*



Ryc. 2. Elementarne typy rasowe Europy wedle tezy J. Czekanowskiego, a w interpretacji niemieckiej. Śródziemnomorzec ma nieco za długą twarz i za ostry nos, a armenoida za mało nos węższy w nasadzie. Poza tem wolną go nazywać „Dinarisch”, a japońską „ostisch”.

Tabela ścienna K. B. Schultza z Instytutu Monachijskiego . R. 1938.

Serja	elementy rasowe				Kolejność elementów i skróty ich ilościowy
	a (krew nordyczna)	e (krew ardziołnomorska)	h (krew armenoidalna)	i (krew lapoidalna)	
Nasielsk p. Warszawą	56,6%	15,1%	9,3%	19,5%	A ₆ L ₂ E ₂ H ₁
Pałuki żnińsko-mogilańskie	47,9 „	16,1 „	13,0 „	23,3 „	A ₅ L ₂ E ₂ H ₁
Mielec k. Tarnowa	36,2 „	11,5 „	13,9 „	39,4 „	L ₁ A ₁ H ₁ E ₁
Rubież śląsko-łużycka	25,0 „	7,0 „	13,0 „	55,0 „	L ₆ A ₂ H ₁ E ₁
Huculi z Dothopola	19,9 „	12,4 „	34,3 „	34,3 „	H ₃ L ₃ A ₂ E ₁

Dla całego tego systemu antropologii *Czekanowskiego* i jego szkoły, istotnem jest traktowanie człowieka jako *zespołu* właściwości i cech, *w całości* podlegającego prawom *Mendla*, oraz rozróżnienie między typami elementarnymi a wtórnymi, mieszanymi. Szukając analogji dla pierwszych, znaleźlibyśmy ją może w pierwiastkach chemicznych. Marzy więc *Czekanowski* o stworzeniu kiedyś czegoś w rodzaju tabeli *Mendelejewa*, gdzie wszystkie te pierwiastki antropologiczne mieściły się każde na swoim miejscu wedle ich naturalnego podobieństwa i powinowactwa.

Jak się przedstawiają stosunki co do tego w innych częściach świata, nie dotąd pewnego jeszcze nie umiemy powiedzieć. Jakkolwiekby jednak było, w każdym wypadku trudno będzie umieszczać w jednym przedziale klasowym i na tym poziomie nordyka skandynawskiego i afrykańskiego sudańczyka. Niewątpliwie są oni przedstawicielami odrębnych ras lecz systematycznie dość daleko od siebie odsuniętych. Zbierając tedy rasy bardziej sobie bliskie w obszerniejsze szufladki klasyfikacyjne, doszlibyśmy wkońcu do przeciwstawienia sobie człowieka białego, żółtego i czarnego. Za kryterja przydziałowe służą tu takie cechy jak barwa skóry, kształt włosów, nosa, grupy krwi i t. p. Podział ten zyskuje sobie dziś coraz więcej zwolenników, a został zaproponowany jesz-

cze u początków zeszłego stulecia przez wielkiego *Cuviera*. Po szkołach objijający się jeszcze pięciodzielny system *Blumenbacha* niema nic wspólnego oczywiście ze systematyką człowieka, ani nawet lingwistyką, czy etniką, najwyżej z historją kolejnego odkrywania części świata i prawem inercji.

W ten więc sposób ludzkość z punktu systematyki trzeba będzie podzielić na *trzy piętra*: najobszerniejszą jednostką systematyczną byłaby *odmiana* (*varietas*), których wyróżniliśmy trzy, na następnem piętrze mielibyśmy *rasy*, odpowiadające „genotypom“ lub „linjom czystym“ w genetyce, na trzecim wreszcie typy *mieszane*, rozszczepiające się, czyli „fenotypy“, jakby genetyk powiedział.

Systematykę człowieka buduje się na cechach głównie morfologicznych, jako najprostszych i najbardziej dostępnych badaniu. Że typ antropologiczny jest jednak rzeczą najzupełniej realną, a nie wymysłem laboratoryjnym, chowanym w cieplarnianej atmosferze pracowni, świadczy o tem nie tylko ten jego charakter morfologiczny, lecz i właściwości fizjologiczno-funkcjonalne, psychiczne, patologiczne czy kryminalistyczne. Z jakiej zresztą racji zróżnicowanie człowieka miałyby się ograniczać wyłącznie do sfery wewnętrznych kształtów? Czy nie za często wspominamy o tym prostym fakcie, że oddzielamy od siebie rzeczy, które w istocie tworzą jedną zgraną całość, tylko dla względów porządkowo-pedagogicznych?

Przyznać należy, że niedysponujemy nadmiarem rzeczowych badań co do właściwości *pozamorfologicznych*, pozostawiając ciągle jeszcze obszerne pole ułamkowym spostrzeżeniom, prywatnym opiniom lub poetyckim impresjom. Coś nie coś próbowano jednak już robić i pod tym względem.

I tak powszechnie uważa się, że kobiety, a także żydzi, o wiele lepsze robią postępy w szkole czy na uniwersytecie, że są zdolniejsi, pracowitsi i t. d. Zapomina się jednak przy tem o jednej rzeczy, że bynajmniej wiek *metrykalny* nie musi się pokrywać z *fizjologicznym*. Tempo dojrzewania nie tylko jest różne u obu płci, lecz i u rozmaitych typów antropologicznych. Stąd przy egzaminach padać zawsze będą stosunkowo częściej jasnoocy blondyni, niż ciemni, żydzi lub kobiety. Podobnie też wśród odraczanych przy poborze spowodu niedorozwoju

fizycznego większy odsetek jest blondynów, niż wśród przyjętych.

Inne jeszcze badania wykazały, że przy wprowadzeniu czynnika *współzawodnictwa* wszystkie typy podnosiły swoją wydajność z wyjątkiem jednego — jasnego blondyna nordycznego, który dawał maximum wysiłku bez momentu kolektywnego współzawodnictwa. Ciekawem tego potwierdzeniem są spostrzeżenia z Rosji, gdzie ciemna Ukraina reaguje pozytywnie na *udarnictwo*, w przeciwstawieniu do jasnej północy. Nie wszędzie więc metoda nagród i kolektywnego dopingowania oplaci się i da oczekiwane rezultaty. Jeśli o nasze stosunki będzie chodzić, innej reakcji trzeba będzie oczekiwać na Pomorzu, Mazowszu i polskiej Litwie, a innej na Śląsku i w Małopolsce.

Zróżnicowanie rasowe sięga i do takich dziedzin, jak długość przeżytego wieku, wymieralność potomstwa, lub płodność. Wedle omal zupełnie zgodnych wyników na materiałach polskich i amerykańskich pokazało się, że najdłuższy wiek wykazują typy o infiltratach nordycznych, najkrótszy — o armenoidalnych, którym równocześnie wymiera częściej potomstwo niż pierwszym. Badania włoskie z r. 1932 w Bolonji i okolicy nad rodzinami o conajmniej siedmiu potomstwa, wykazały, że najbardziej płodnymi byli pikniczni krótkogłowcy, co, sądząc po tamtejszych stosunkach mogłoby oznaczać osobników typu alpejskiego, a w każdym razie laponoidów.

Zróżnicowanie więc w człowieku sięga głęboko, obejmując wszystkie dziedziny, obejmując wszystko to, co określamy mianem typu antropologicznego, skonstruowanego na ten czy inny schemat przez sam fakt urodzenia i dzięki prawom, rządzącym procesami dziedziczenia. Czasami ma się wrażenie, że jesteśmy manekinami w ręce sił, niezależnych od nas i wielokrotnie potężniejszych. W sporze *deterministów z indeterministami*, rozgorzałym dziś nanowo jako w okresie epokowych odkryć, antropolog i biolog opowie się raczej za deterministami, pozostawiającymi kształtującym wpływom czynników środowiskowych bez porównania mniejszy i wtórny tylko zakres działania.

Jeśli się w ten sposób będzie rzecz ujmowało, to antropolog bynajmniej nie będzie uważał zwróconego do siebie epitetu—

rasista, za coś ujemnego i pozbawiającego go praw członkowskich w świecie nauki. Za dużo ma on do czynienia z rasą i wrodzoną konstytucją, by nie był rasistą i propagatorem rasizmu. Rzecz w tem jest cała, by nie przeceniać tego czynnika lub niedoceniać znaczenia czynników zewnętrznych, środowiskowych. Inna jest natomiast sprawa z *rasizmem politycznym*, gloryfikującym z tych czy innych względów dany typ rasowy. Pozycja podobna da się uzasadnić tylko momentami emocjonalnymi i socjologicznymi, ale nie przyrodniczymi, jak o tem już mówiliśmy. Może więc nawet antropolog, jak każdy inny człowiek, być przekonany wyznawcą doktryny rasistyczno-politycznej, ale niech nie łudzi siebie i innych, że czyni to z racji swego fachu, w nim jednym znajdując całe uzasadnienie oraz moralne prawo przemawiania *ex cathedra* w obronie jej.

Interpretacja faktów i zagadnień tak naukowych jak i życiowych przy pomocy idei i założeń *zeszłowiecznych* okazała się niewystarczającą, niekompletną i przestała nas zadawałniać. Rozwiązania naszych bolączek i problemów próbujemy dziś szukać na innej drodze. Zwracając się ku *wnętrzu* człowieka, ku czynnikom stałym i niezmiennym, odwracamy się jednocześnie od tego, co wyrosło w innych warunkach i co w pewnej mierze spełniło już swoje zadanie lub okazało się wogóle niezdolnem do rozwikłania go: od ewolucjonizmu w przyrodoznawstwie, a marksizmu w socjologii. Zbyt są to wyraźne tendencje, żeby bez zmrżenia oka przejść nad nimi do porządku dziennego. Niemala zaś rola przypadła właśnie antropologii w tem naszym przebudowywaniu się.

Zagadnieniami, które są polem teoretycznych dociekań antropologa, od strony *praktycznej* zajmuje się eugenika i higiena rasy. W miarę rozwoju nie tylko teoretycznej antropologii, ale i w miarę postępu procesów *racjonalizacyjnych* — także i w życiu *biologicznem* człowieka — jak i w miarę zwyciężania prądów *profilaktycznych*, zapobiegawczych, w naszym urządzeniu się społecznem, znaczenie eugeniki i odpowiedzialność jej będzie ciągle rosła. Prądy te zaś wykazują wyraźne tendencje rozwojowe. Wystarczy zwrócić uwagę choćby na idee, realizowane we współczesnych systemach penitencjarnych, skąd usiłuje się definitywnie usunąć pojęcie

kary, jako rzeczy o nawskroś krótkim oddechu. W tym celu zakłada się specjalne miejsca izolacyjne, domy poprawcze, przymusowe obozy pracy, lub przeorganizowuje się zupełnie cały ustrój sądownictwa, jak dzieje się to w Sowietach.

Przed eugeniką leżą także problemy do praktycznego rozwiązania, jak zagadnienie rasy łącznie z jej racjonalną hodowlą, sprawa 300 milionów marek, czyli 600 mil. zł., t. j. prawie $\frac{1}{3}$ budżetu Rzplitej, rocznie wydawanych w Niemczech na nieuleczalnie chorych, typy społeczne lub zgoła zdegenerowane, co chyba jest poważnym ciężarem na koncie narodem, dalej sprawa sterylizacji i odżywiających znowu idei spartakizmu — jeszcze w XIII wieku w Norwegji zrzucano do przepaści niemowlęta, nierokujące większych nadziei na przyszłość — lub sprawa uwalniania przez sąd morderców i zabójców, więc typy społeczne, wyłącznie na podstawie diagnozy lekarskiej o stanie umysłowym pacjenta, czy sprawa chorób społecznych, jak gruźlica, alkoholizm, choroby weneryczne i t. d.

Do wszystkich podobnych problemów będziemy musieli *jakoś* się ustosunkować, w taki czy inny sposób, ale będziemy musieli. One są bowiem najbliższym celem i najbardziej bezpośrednim zadaniem *czystej* antropologii i antropologii *stosowanej*, czyli *eugeniki*.

Lwów, Zakład antropologii U. J. K., styczeń 1935 r.

Dr. med. JAN NOWAKOWSKI.

NIEBEZPIECZEŃSTWO ZARAŻY WENERYCZNEJ W ŚWIELE ANKIET Z 1925 i 1933 R.

(Odczyt wygłoszony w Seceji Propagandy 26.II. 1934 r.).

Staraniem Departamentu Służby Zdrowia Ministerstwa Opieki Społecznej został sporządzony wykaz liczbowy chorych wenerycznych, którzy zgłosili się w czasie od 1.X—31.X 1933 r. o poradę do lekarza wolno-praktykującego do szpitala, bądź przychodni. Opracowaniem tego olbrzymiego materiału, przekazanego Związkowi Przeciwwenerycznemu, osobiście się zająłem i wyniki uzyskane pozwolę sobie Sz. Państwu w dniu dzisiejszym przedstawić. Sięgając w przeszłość, stwierdzić muszę, iż podobnych wykazów było kilka w latach: 1918, 1921, 1922, 1923 i 1925. Nie były jednak tak szczegółowe, jak ten z r. 1933. Każda jednostka chorobowa jest rozpatrywana pod wielu względami, przeprowadzono ścisły podział na dorosłych i dzieci, kiłę wrodzoną i nabytą oraz specjalną rubrykę zaraźliwości, co ma duże znaczenie z punktu widzenia zamierzeń eugenicznych w wypadkach zawierania związków małżeńskich. Wykazy, rzecz jasna, są tylko fragmentami, wyjętymi chwilowo z rzeczywistości. Brak im jest systematyczności i właśnie ze względu na ten brak w obliczeniach swoich nie mogłem się posługiwać metodą interpolacji, wychodzącej z założenia, że istnieje pewien związek wewnętrzny między danymi liczbami jednego okresu i że przynajmniej w sposób przybliżony można wyprowadzić wnioski o oczekiwanej grupie liczb na podstawie pewnej liczby grup

spostrzeganych. Praktycznie, mając podaną liczbę zachorowań zgłoszonych w długim szeregu poszczególnych dni, mógłby odnaleźć dzienny przyrost zgłoszeń i określić, ile z pośród N osób, które były w zetknięciu z chorym wenerycznym mogło ulec zakażeniu. Również metodę podziału proporcjonalnego zostawiłem na uboczu, gdyż musiałbym mieć dane liczby zgłoszeń w ciągu szeregu tygodni i ze wspólnego porównania dwóch tygodni sąsiadujących ze sobą dwóch miesięcy, określić ilość dziennych zachorowań. Pozostało jedynie zestawienie 2-ch wykazów, z których przez porównanie wyciągnąć mogłem wnioski o stanie zdrowotnym pod względem wenerycznym kraju. Rozkwit świadczeń społecznych i ubezpieczeniowych w tych 2-ch okresach, niewielka różnica przyrostu ludności, szpitali i lekarzy, względnie duża rozpiętość czasu skłoniła mnie do wyboru tych 2-ch wykazów.

I.

Materiał zebrany podzieliłem na województwa, a te na powiaty i z porównania pojedynczych jednostek chorobowych w poszczególnych województwach mogę dziś względnie przejrzeć — zbytnio Państwa nie męcząc cyframi — zdać sprawozdanie.

Ogółem przysłano 9.194 odpowiedzi, w tem pozytywnych 7.010 (5.819 lekarze, 498 szpitale i 693 przyrodnicy). Przechodząc do omówienia poszczególnych działów, rozpocznę od rzeżączki. Ilość chorych wynosiła 22.426 osób, w tem 16.841 mężczyzn, 5.100 kobiet, 77 chłopców i 408 dziewcząt. W poszczególnych województwach stosunki przedstawiają się następująco:

1925	województwo	1933
3.245	Warszawa	5.375
2.208	poznańskie	2.417
956	śląskie	1.759
978	lwowskie	1.513
648	kieleckie	1.493
760	krakowskie	1.490
848	pomorskie	1.428
1.440	łódzkie	1.294
750	wileńskie	1.190

w innych województwach
cyfry mniejsze od tysiąca
i w końcu
127 nowogródzkie 216
patrz szczegóły tabl. I.

T a b l i c a I.

*Kolejność. Zaraza ogółem
liczba.*

1. Warszawa	9791
2. Poznańskie	4800
3. Śląskie	3294
4. Lwowskie	2904
5. Kieleckie	2884
6. Krakowskie	2637
7. Łódzkie	2471
8. Wileńskie	2349
9. Pomorskie	2335
10. Stanisławowsk.	1652
11. Warszawskie	1510
12. Lubelskie	1088
13. Białostockie	1039
14. Wołyńskie	946
15. Tarnopolskie	779
16. Poleskie	759
17. Nowogródzkie	274

Kolejność trypra.

1. Warszawa	5375
2. Poznańskie	2417
3. Śląskie	1759
4. Lwowskie	1513
5. Kieleckie	1493
6. Krakowskie	1490
7. Pomorskie	1428
8. Łódzkie	1294
9. Wileńskie	1190
10. Warszawskie	765
11. Stanisławowsk.	637
12. Białostockie	564
13. Lubelskie	546
14. Wołyńskie	488
15. Tarnopolskie	480
16. Poleskie	440
17. Nowogródzkie	216

Kolejność szankra

1. Warszawa	321
2. Poznańskie	213
3. Śląskie	192
4. Pomorskie	102
5. Łódzkie	66
6. Kieleckie	63
7. Lubelskie	61
8. Krakowskie	59
9. Lwowskie	56
10. Wileńskie	51
11. Warszawskie	38
12. Poleskie	33
13. Stanisławowskie	29
14. Tarnopolskie	23
15. Wołyńskie	21
16. Nowogródzkie	20
17. Białostockie	18

Kiła wogóle

1. Warszawa	4065
2. Poznańskie	2170
3. Śląskie	1343
4. Lwowskie	1335
5. Kieleckie	1299
6. Łódzkie	1111
7. Wileńskie	1108
8. Krakowskie	1088
9. Stanisławowsk.	986
10. Pomorskie	865
11. Warszawskie	707
12. Lubelskie	481
13. Wołyńskie	457
14. Białostockie	451
15. Poleskie	286
16. Tarnopolskie	276
17. Nowogródzkie	36

Kiła wrodzona

1. Warszawa	283	10. Lubelskie	34
2. Poznańskie	166	11. Pomorskie	32
3. Łódzkie	150	12. Warszawskie	31
4. Wileńskie	144	13. Tarnopolskie	31
5. Stanisławowskie	138	14. Białostockie	29
6. Śląskie	124	15. Wołyńskie	20
7. Lwowskie	106	16. Poleskie	16
8. Krakowskie	99	17. Nowogródzkie	6
9. Kieleckie	97		

Ilość ogólna chorych wenerycznie.

	tryper	syfilis nabyty	syfilis wrodzony	szankier	ogółem
Chłopców	77	131	477	—	685
Dziewcząt	408	80	498	—	986
	485	211	975	—	1671
Dorośli:					
mężczyzn	16841	10055	262	1176	28334
kobiet	5100	6362	278	190	11920
Razem	22426	16628	1515	1366	41935
	53,4 %	43,6 %		3 %	

Jak widzimy, największą ilość zakażeń daje metropolja zarówno w 1925, jak i 1933 r. Ilość chorych mężczyzn i kobiet przeciętnie we wszystkich województwach wzrosła o 40%. Co się tyczy zachorowań dzieci, to ilość chłopców jest mniej więcej ta sama prócz woj. krakowskiego i Warszawy, natomiast ilość dziewcząt wzrosła o 50%.

Wrzód weneryczny zamyka się cyfrą 1.366 przypadków, w tem mężczyzn 1.176, kobiet 185 i 5 dzieci. Największe różnice daje Warszawa (1933 — 321, 1925 — 138), woj. poznańskie (213 i 103) i woj. pomorskie (102 i 26). W innych województwach różnice są mniejsze.

Chorych na kiłę zanotowano 18.143, w tem nabytej 16.628 i wrodzonej 1.515.

<i>nabyta</i>		<i>wrodzona</i>
10.055	mężczyzn	262
6.362	kobiet	278
131	chłopców	477
80	dziewcząt	498

W poszczególnych województwach kiła nabyta przedstawia się następująco:

<i>1925</i>	<i>województwo</i>	<i>1933</i>
2.167	Warszawa	4.095
1.371	poznańskie	2.170
1.111	łódzkie	1.573
937	śląskie	1.343
755	lwowskie	1.335
529	kieleckie	1.299
637	wileńskie	1.108
573	krakowskie	1.088
w innych województwach cyfry mniejsze od tysiąca i w końcu		
130	nowogródzkie	136

patrz szczegóły tabl. I.

Stwierdzam, iż prawie we wszystkich województwach ilość chorych na kiłę nabytą wzrosła o 50%. Syfilisu wrodzonego ankieta z 1925 r. nie uwzględniała, to też ograniczę się jedynie do przedstawienia ciekawszych wyników z niektórych województw w 1933 r. (Szczegóły patrz tabl. II i III).

<i>M.</i>	<i>K.</i>	<i>województwo</i>	<i>ch.</i>	<i>dz.</i>
64	81	Warszawa	70	68
5	2	wileńskie	68	69
21	19	poznańskie	58	68
14	14	lwowskie	44	34
19	44	łódzkie	41	55
24	18	śląskie	34	48
18	12	krakowskie	31	39
35	46	stanisławowskie	27	30

A więc widzimy, że pod względem liczby przypadków kłły wrodzonej pierwsze miejsce zajmuje Warszawa, drugie woj. wileńskie, trzecie poznańskie i dopiero stanisławowskie.

Wszystkich chorych ilość zgłoszona w tym czasie wynosiła 41.935, w tem 28.334 mężczyzn, 11.925 kobiet, 685 chłopców i 991 dziewcząt. Biorąc pod uwagę ilość ludności w 1925 i 1933 roku, stwierdzamy, iż na 10.000 mieszkańców w poszczególnych województwach wypada chorych wenerycznie:

1925	województwo	1933
55,2	Warszawa	83,1
17,3	Śląsk	25,3
8,6	Poznańskie	22,7
15,5	Pomorskie	21,5
14,4	Wileńskie	18,4
4,4	Warszawskie	14,4
9,8	Stanisławowskie	11,2
6,8	Krakowskie	11,1
4,3	Kieleckie	10,8
13,6	Łódzkie	9,9

w pozostałych województwach różnice są nieznaczne.

II.

W wykazie podałem jedynie suche cyfry. Wynika z nich, iż przeciętnie w okresie 8-iu lat choroby weneryczne wzrosły o przeszło 50%. Należy się zastanowić nad przyczynami i wyciągnąć wnioski z tego dla nas z wszechmiar niekorzystnego zjawiska. U naszych sąsiadów, zarówno bliższych jak i dalszych, nie jest lepiej, ale to bynajmniej nie upoważnia do bierności, przeciwnie musimy jak wszystkie państwa nawet, tak odległe, jak Japonja, intensywniejszą rozpocząć walkę wszystkimi nam środkami dostępnymi.

Dotychczas posługujemy się dwoma działami: leczniczym i zapobiegawczym. Dział leczniczy obejmuje leczenie szpitalne i ambulatoryjne. Leczenie jest dobrowolne (całokształt walki już z istniejącą chorobą) i przymusowe (prostytucja). Ogółem na terenie Polski mamy 676 zakładów leczniczych z ilością 69.453 łózek (w Polsce 1 łóżko przypada przeciętnie

na 500 osób, w Egipcie 1 — 2.000, w Szwajcarji 1 na 106), z czego na choroby weneryczne i skórne 3.198 (na choroby psychiczne 15.152, wewnętrzne 12.975, gruźlica 6.515). Ilość ośrodków zdrowia wynosi 224, z czego tylko w 112 są poradnie przeciwweneryczne. Leczenie szpitalne obejmuje wszystkie ciężkie przypadki i powikłania. Ci chorzy ze względu na zamknięty system leczenia nie przedstawiają niebezpieczeństwa społecznego, reszta chorych jest leczona drogą otwartą:

- 1) w Przychodniach przeciwwenerycznych utrzymywanych przez państwo, samorzady, ubezpieczalnie i instytucje o charakterze społecznym. Ilość ich wynosi 142.
- 2) W Urzędach sanitarno-obyczajowych, leczących również prostytutki. Ilość 11.
- 3) W Referatach sanitarno - obyczajowych w miastach powiatowych, kierownikami których są lekarze urzędowi. Ilość 41.
- 4) W specjalnych przychodniach przeciwkiłowych na Huculszczyźnie i w Województwie Wileńskim. Ilość 10.

Dział zapobiegawczy obejmuje propagandę przeciweneryczną, prowadzi ją zarówno państwo, samorzady, ubezpieczalnie jak i instytucje społeczne (Polskie Towarzystwo Eugeniczne i Związek Przeciwweneryczny). W tym dziale bardziej czynnym jest Związek Przeciwweneryczny i Sekcja walki ze zwyrodnieniem Polskiego Towarzystwa Eugenicznego. Znając dokładnie obydwie instytucje, wiem, jakimi środkami materialnymi rozporządzają i jaki ogrom pracy na barkach Zarządu obydwu towarzystw spoczywa. Urządzane są wystawy ruchome (ubebezpieczalnie społeczne), odczyty, pogadanki, drukuje się plakaty, broszury, ulotki, przeprowadza się propagandę prasową, jednak muszę przyznać, że akcja nie jest ujednostajniona, a cel — ściśle wytknięty.

Rozważmy więc, co za przyczyny wpływają na przyrost zachorowań i co jeszcze w walce nie zostało wykorzystane.

Rok 1925 uważać należy jako jeden z końcowych okresów względnego powojennego dobrobytu. Wahania na rynku pracy, mniejsze zapotrzebowanie rąk roboczych, ułatwienie komunikacji, brak mieszkań, zmniejszenie się ilości małżeństw, przesunięcie się wieku zawierania związków małżeńskich i emancypacja kobiet wpływać powoli zaczęły na rozwój

Województwo.	Rzeźączka				Szankier mlekki			K i		
	M.	K.	Dzieci Ch. D.		Razem	M.	K.	Razem	M.	K.
Warszawa . . .	2788	411	4	52	3245	119	19	138	1070	971
	4184	1022	17	152	5375	226	55	321	2338	1584
Poznańskie . . .	1582	604	5	17	2208	85	18	103	850	476
	1770	611	5	31	2417	192	21	213	1231	782
Łódzkie	1029	376	3	32	1440	60	5	65	815	701
	984	320	1	25	1294	59	7	66	563	421
Śląskie	712	234	1	9	956	53	7	61	503	323
	1396	340	6	17	1759	166	26	192	841	416
Lwowskie	657	310	—	11	978	28	7	35	430	256
	1078	398	7	20	1513	46	10	56	754	507
Kieleckie	455	184	5	4	648	39	9	48	336	161
	1171	305	5	12	1493	58	5	63	768	444
Wileńskie	471	275	1	3	750	13	3	16	470	144
	678	489	1	22	1190	45	6	51	508	460
Pomorskie	582	243	2	21	848	24	2	26	326	187
	1046	366	2	14	1428	95	7	102	474	299
Stanisławowskie	262	117	6	4	389	18	—	18	347	361
	488	141	2	6	637	28	1	12	497	394
Warszawskie . . .	370	126	5	8	509	22	5	27	227	147
	718	230	6	11	765	32	6	38	428	249
Lubelskie	352	119	—	11	482	14	1	15	214	125
	429	99	2	16	546	55	6	61	301	150
Białostockie . . .	300	159	1	1	461	11	2	13	171	108
	471	182	4	7	564	14	4	18	283	144
Krakowskie	571	184	1	4	760	39	7	46	323	192
	1146	313	12	24	1490	49	10	59	633	381
Wołyńskie	340	65	1	4	410	21	—	21	148	114
	392	84	—	12	488	19	2	21	282	156
Tarnopolskie . . .	185	53	1	1	240	10	2	12	105	88
	384	87	4	5	480	23	—	23	150	88
Poleskie	137	110	—	2	249	8	—	8	103	63
	332	87	3	27	440	18	15	33	163	211
Nowogrodzkie . .	101	23	—	3	127	2	—	2	55	50
	174	35	—	7	216	11	9	20	83	49

z 1933.

Tablica III.

dolne 1933).

L a			Stw. chorob. nast.			Choroby weneryczne ogółem				
Dzieci		Razem	Lekarz	Szpital	Przy- chodnia	M.	K.	Dzieci		Razem
Ch.	D.							Ch.	D.	
58	68	2167	300	287	4963	3967	1401	62	120	5550
88	80	4095	1228	19	60	6788	2666	105	232	9791
18	27	1371	3304	208	170	2517	1097	23	45	3682
77	80	2170	464	64	94	3193	1414	82	111	4800
24	33	1573	2023	335	720	1904	1082	27	65	3078
69	58	1111	270	32	42	1606	748	70	83	2507
49	62	937	1463	60	431	1268	564	50	72	1954
36	50	1343	280	48	15	2403	781	42	68	3294
34	35	755	767	488	513	1115	573	34	46	1768
47	37	1335	827	49	58	1878	915	54	57	2904
18	14	529	826	151	248	830	353	23	19	1225
48	39	1299	317	44	51	1997	754	53	51	2855
9	14	637	172	131	1100	954	420	10	19	1403
69	72	1108	206	33	77	1231	955	70	94	2350
8	19	540	1300	102	12	432	432	10	40	1414
20	12	805	185	30	18	1615	672	22	26	2335
65	41	844	514	541	166	627	478	71	45	1221
52	47	986	275	16	34	1013	536	54	49	1652
11	12	397	653	76	204	619	277	17	20	933
15	15	707	258	18	55	1178	485	21	26	1710
19	12	370	675	89	103	580	245	19	23	867
16	14	481	180	27	22	785	254	19	30	1088
10	12	301	529	120	126	482	269	11	13	775
13	11	451	292	27	62	768	330	17	18	1133
34	24	573	673	140	566	933	383	35	28	1379
34	40	1088	568	27	28	1828	704	46	64	2642
13	16	341	472	44	256	559	179	14	20	772
7	12	457	101	27	63	693	242	7	24	966
7	4	204	313	53	90	300	143	8	5	456
6	9	276	167	8	25	557	175	10	14	756
4	12	182	299	85	55	248	173	4	14	439
10	3	287	115	16	39	513	204	13	30	760
10	15	130	154	12	93	153	73	10	18	259
1	3	136	66	10	27	268	93	1	10	372

Choroby weneryczne w 1933 r.

Województwo	Rzeźączka			Santfor męski			Kilka nabylia			Kilka wrodzona			Leczenie			Przyeh.							
	M.	K.	Dzieci Ch. D.	M.	K.	Razem	M.	K.	Dzieci Ch. D.	M.	K.	Dzieci Ch. D.	Razem	Razem	Lekarz		Szpil						
Warszawa	9791	4184	1022	17	152	5375	266	55	321	2274	1508	18	12	3812	64	51	70	68	283	4095	1228	19	60
Poznańskie	4800	1170	611	5	31	2417	192	21	213	1210	763	19	12	2004	21	19	58	68	166	2170	468	67	24
Śląskie	3294	1396	340	6	17	1759	166	26	192	817	398	2	2	1219	24	18	34	48	124	1343	280	48	15
Lwowskie	2904	1078	398	7	20	1513	46	10	56	740	493	3	3	1239	14	14	44	34	106	1335	827	49	57
Kieleckie	2884	1171	305	5	12	1493	58	3	63	753	434	7	8	1202	15	10	41	31	97	1299	317	44	51
Krakowskie	2637	1146	313	12	24	1490	49	10	59	615	369	3	2	989	18	12	31	38	99	1088	568	27	28
Łódzkie	2471	984	320	1	25	1294	59	7	66	544	377	28	3	952	19	44	41	55	159	1111	270	32	42
Wilenskie	2349	678	489	1	22	1190	45	6	51	503	458	1	3	964	5	2	68	69	144	1108	206	33	77
Pomorskie	2335	1046	366	2	14	1428	95	7	102	472	297	3	1	778	2	2	17	11	32	805	185	30	18
Stanisławow.	1652	488	141	2	6	637	28	1	29	462	348	25	13	848	35	46	27	30	138	986	27	16	34
Warszawskie	1510	718	230	6	11	765	32	6	38	417	248	6	8	676	11	4	9	11	31	707	258	28	18
Lubelskie	1088	429	99	2	16	546	55	6	61	293	144	7	3	447	8	6	9	9	34	481	180	27	22
Biłostockie	1033	471	182	4	7	564	14	4	18	275	141	4	2	422	8	3	3	9	29	451	222	27	62
Woiłyńskie	946	392	84	—	12	488	19	2	21	280	152	1	4	437	2	4	6	8	20	457	191	27	63
Tarnopolskie	779	384	87	4	5	480	23	—	23	159	81	1	1	242	11	7	58	31	31	276	167	8	23
Poleskie	759	332	78	3	27	440	18	15	33	161	106	3	3	271	2	5	7	2	16	286	115	16	38
Nowogrodzkie	274	172	35	—	7	216	11	9	20	80	48	—	2	130	3	1	1	1	6	136	66	10	27
	16841	5100	77	408	22426	1176	190	1366	10055	6362	131	80	10628	262	278	477	498	7575	18143	5819	498	693	

prostytecji z równoczesnem narastaniem zachorowań. Rozpoczynający się kryzys zmusił ludność w poszukiwaniu pracy, na wędrówce. Chory bezrobotny, niezłączony niczem z miejsce pobytu, stał się niejako rozsądnikiem choroby, a stale zmieniając miejsce pobytu, pozbawiony został możności systematycznego leczenia. A więc kryzys bezsprzecznie powodujący wzrost bezrobocia i prostytucji należy uznać za jedną z przyczyn. Walka z prostytucją i bezrobociem, to walka z chorobami wenerycznymi. Jednego i drugiego rodzaju zagadnienia omawiać szeroko nie będę, wspomnę jedynie, że z trzech rodzajów prostytucji: jawnej, tajnej i towarzyskiej najtrudniejszą do zwalczenia jest ta ostatnia. Gougerot i Burnier podają, że 25% mężczyzn zaraża się od kobiet dobrze im znanych w towarzystwie, 2% od własnych żon, 2% od pederastji, a reszta od prostytutki. 24% kobiet zaraża się od własnych mężów. Wogóle choroby weneryczne należy uważać za choroby społeczne i stosować te sankcje, jakie w stosunku do chorób społecznych są w użyciu. Weźmy taką rzeźączkę. Ileż ona daje ciężkich schorzeń i kalectw! 60% ślepoty u noworodków, 50% bezpłodności obydwuch stron, 65% schorzeń ginekologicznych u kobiet (Rozenau), czyż nie jest wymownym tego dowodem? A kiła zarówno nabyta lub wrodzona? Poronienia, przedwczesne i martwe porody, śmiertelność dzieci kiłowych (74%), ślepotą i idjotyzmu u tych, którzy utrzymują się przy życiu, obciążają niepotrzebnie budżet Państwa i Samorządów.

Odpowiedzialność za zarażenie chorobą nie powinna ograniczyć się jedynie do kobiety; mężczyzna, który zaraził, winien ponieść karę na równi z kobietą popełniającą to samo przestępstwo, ale i również jak ona winien być przymusowo leczony.

W ten sposób łatwoby można było dotrzeć do źródła zarażycy, a tem łatwiej wyłepić. Bezwzględnie należałoby chore osoby usuwać ze środowiska zdrowego, stworzyć domy pracy, odpowiednio przystosowane do rodzaju choroby, a nie powiększać ilości łóżek szpitalnych, gdzie chorzy, trwając przez szereg tygodni w bezczynności, popełniają cały szereg wykroczeń niezgodnych z regulaminem szpitalnym.

Bezwzględnie i to bezzwłocznie należy podwoić, a nawet

i potroić ilość przychodni przeciwenerycznych. Jednak nasuwają mi się pewne refleksje dotychczasowego leczenia ambulatoryjnego. Udostępnienie bezpłatnego leczenia niezamężnym, a chcących się leczyć, jest nad wyraz humanitarne, zgodne z założeniami służby zdrowia i dające bardzo dobre wyniki. Tylko kierować się musimy jedną zasadą: nie ilość porad udzielonych gra rolę, a jakość. Ze względu na dotychczasową małą ilość poradni, a dużą ilość zgłaszających się, biorąc pod uwagę bardzo skąpy personel lekarski, wizytacja chorego streszcza się do obejrzenia raz na 7 — 10 dni i zastosowania środka leczniczego; taki system przeciąga szybkie dojście do zdrowia, a wiemy, że zbyt długie leczenie doprowadza chorego do depresji i zlekceważenia zleceń lekarza, a co zatem idzie do używania alkoholu i następowego spółkowania. Taki chory jest rozsadnikiem choroby, stałym pacjentem przychodni, tamującym dostęp świeżym elementom. Stwarzając nowe przychodnie, należałoby celem usprawnienia pracy indywidualizować, t. j. przeznaczać jedynie dla jednego rodzaju choroby. W masowym leczeniu uniknęłoby się często zdarzających się pomyłek i skróciło czas korzystania z pomocy i opieki lekarskiej.

Nie należy dużej wagi przypisywać t. zw. stacjom i środkom zapobiegawczym, jednak celowość stwarzania tych stacji jest bardzo korzystna. Powinna ich być dostateczna ilość, dostępna o każdej porze dnia i nocy, bezpłatna i nielegitymująca zgłaszających się. Zakładane stacje winny być przy tych instytucjach pomocy lekarskiej, które czynne są całą dobę. Również środki zapobiegawcze w sprzedaży winny być udostępnione w godzinach, w których sklepy sprzedające są zamknięte. Lęk tych, którzy uważają, iż może to wywołać amoralność społeczeństwa, jest niczem nieuzasadniony, gdyż korzystać napewno będą jedynie tylko ci, którzy bezwzględnie pomocy stacji albo środka zapobiegawczego potrzebują.

A teraz akcja publicystyczno-wychowawcza. To, co się robiło do tej pory, jest znikomo małe. Weźmy takie środowisko jak Warszawa, gdzie w dwójnasób prawie jest zwiększona ilość świeżych zakażeń. Ubezpieczalnia Społeczna w ciągu roku urządza przy przeciętnym ubezpieczeniu miesięcznym chorych 258.430 osób aż 51 wykładów o chorobach wenerycznych,

a drugie tyle dla niezrzeszonych inne instytucje. żywe słowo, poparte specjalnym filmem, bądź opowiedniami przezroczami, dużo dobrego może zrobić, bo chętnych, jak się sam o tem przekonałem, wygłaszając odczyty, jest wielu, trzeba tylko pójść do nich. W pierwszym rzędzie należy zainteresować się młodzieżą. Tkwi jeszcze wśród nauczycieli, rodziców, a nawet i lekarzy szkolnych pewna obłuda, niepozwalająca głośno mówić o chorobach wenerycznych, jako o tych, które według ich pojęć wzniecają wśród młodzieży niezdrowe instynkty. Jakże często można słyszeć w klasie ósmej podczas wykładu z higieny głos ucznia: „teraz już jest zapóźno, trzeba było uświadomić mnie wcześniej“. A szkół w Polsce, w których mogą się odbywać odczyty z dziedziny chorób wenerycznych jest 29.361 z ogólną ilością uczniów 4.931.300. I tu właśnie tkwi sedno zagadki. Ten teren całkowicie leży odlogiem. Wszystko poprzednie t. j. zwalczanie zła już istniejącego jest bardzo kosztowne, a w skutkach nadzwyczaj skromne. Praca pionierska wśród młodzieży, niestraszenie jej, lecz uświadamianie—winno być jak najwcześniej, już nawet w klasie czwartej, rozpoczęte.

Dotyczy to również młodzieży akademickiej. W każdym z ośrodków akademickich winni być stali, wykwalifikowani prelegenci i opiekunowie, lekarze-specjaliści chorób wenerycznych.

W zakończeniu należy jako nieodzowny warunek walki z chorobami wenerycznymi dążyć do wydania ustawy o zwalczaniu chorób wenerycznych.

RZEŻĄCZKA KOBIET.

Z oddziału dla przymusowo leczonych w Szpitalu św. Łazarza
(ordynator Dr. med. L. Kwaziebart).

W piśmiennictwie światowym liczby, dotyczące częstości rzeżączki wśród kobiet, wahają się w dość szerokich granicach między 5% — 10% — 28% (Bucura, Bumm, Kolle-Hetsch, Lesser, Mangiagolli, Sängner, Viana, Weinzierl, Zweifel i inni). Beck, Gromadzki, Lorentowicz, Miller uważają zakażenie dwóinkami Neissera za najczęstszą przyczynę schorzenia narządu rodnego kobiet. Według Malinowskiego kobiety stanowią szóstą część ogólnej liczby chorych z rzeżączki. Schröder zaznacza, że rozpowszechnienie rzeżączki wśród niewiast nie zmniejszyło się od czasu wprowadzenia prawa o zwalczaniu chorób wenerycznych. W statystykach poszczególnych badaczy liczby zachorowań z rzeżączki zależne są w dużym stopniu od sposobu badania, od wytrwałości i ścisłości poszukiwań w kierunku wykrywania zakażenia przy użyciu wszystkich dostępnych obecnie metod rozpoznawania, a także od materiału klinicznego danego zakładu leczniczego, od kraju i jego warunków kulturalnych, społecznych i t. d. Wpływ niemaly na częstość występowania schorzenia posiada także niejednakowa zależnie od wieku skłonność do zakażenia gonokokami niektórych miejsc narządu rodnego kobiet. Wraz ze zbliżaniem się lub osiągnięciem okresu dojrzewania płciowego częściej ma miejsce np. wstępowanie zakażenia na trzon macicy i przydatki. Na podkreślenie szczególne zasługuje tutaj również oporność na zakażenie, a właściwie niewystępowanie zakażenia pochwy wśród kobiet dorosłych przy współistniejącej rzeżączce innych miejsc narządu moczowo-płciowego. Istnie-

je przeto słuszne mniemanie, że pochwa ulega schorzeniu rzeżączkowemu jedynie w okresie zmniejszonej czynności lub braku czynności jajników (wieku niemowlęcego, dziecięcego, starczego, w ciąży, wśród wykastrowanych, przy współistnieniu skąpego miesiączkowania lub braku miesiączkowania pochodzenia jajnikowego). Boermann wykazał obecność colpitis gonorrhoeica jedynie w 4,9% wśród 1214 przymusowo leczonych kobiet. Ta odsetka miała odpowiadać całkowicie częstości występowania niedorozwoju narządu rodnego niewiast, a więc i czynności upośledzonej jajników. Według Ławrynowicza mała wrażliwość pochwy na zakażenie gonokokami znajduje się w pewnym związku z chemizmem pochwy (ph jej wydzieliny).

Zakażanie się mężczyzną rzeżączką kobiet zależy od rozmaitych czynników. Rzeżączką kobiet ostrą lub podostrą odznacza się zakaźnością szczególną. Rzecz przedstawia się odmiennie w rzeżączce przewlekłej lub utajonej wśród kobiet. W tych przypadkach zakażanie się mężczyzną dwóinkami Neissera występuje sporadycznie i najczęściej w okresie przed i pomiesiączkowym kobiety. Verchère podkreśla większą zakaźność kobiet o wzmożonej pobudliwości płciowej.

W patogenezie rzeżączki równie mężczyźni jak i kobiet posiada duże znaczenie chorobotwórczość danego szczepu gonokoka. Przebieg kliniczny przypadków, w których zakażenie miało miejsce ze wspólnego źródła, ujawniał niekiedy wielkie podobieństwo. Poza tem udało się wykazać serologicznie szczepki, które różniły się pod względem jadowitości i oporności na środki lecznicze (Jötten, Tullock i inni). Levenson i Sister określali jadowitość danego szczepu gonokoków stopniem eozynofilji we krwi i ropie chorych z rzeżączki. Zjawisko starano się zużytkować w celach rokowniczych. W przesączach nodłów gonokokowych, przygotowanych w sposób szczególny, Casper, opierając się na spostrzeżeniach Herrolda, wykazał doświadczalnie na zwierzętach obecność ciał czynnych, które odpowiadały t. zw. „aggressynom“ Baila i Krusego. Aggressyny są to swoiste przetwory bakteryjne, które stanowią przyczynę działania chorobowego gonokoków, zwalczają bowiem siły ochronne ustroju, a przez wpływ szczególny na leukocyty i układ siateczkowo-śródbłonkowy hamują fagocytozę i zobo-

jętniają aleksyny (Casper). Obecnie przypisuje się tym przetworom bakteryjnym duże znaczenie z uwagi na to, że stopień jadowitości danego szczepu bakteryjnego uzależnia się od zdolności wytwarzania aggressyn oraz dlatego, że mogą one powodować odporność ustroju zakażonego. To uodpornienie ustroju według Torikata może wystąpić dopiero po zniszczeniu przez ogrzanie ciał czynnych, które stanowią istotę aggressyn, a które nazywa ten badacz „impedine“ (ponieważ hamują wytwarzanie ciał odpornościowych). Należy zaznaczyć, że nie jest jeszcze wyjaśniony dostatecznie związek pomiędzy działaniem aggressyn i odpornością ustroju (powstawaniem antiaggressyn). Z rozważań tych wynika niewątpliwie, że obok własności szczepu także zdolności oddziaływawcze, ochronne ustroju zakażonego, jego warunki osobnicze, konstytucjonalne wywierają wpływ niemały na postać schorzenia, jego nasilenie i przebieg.

Gonokok jest pasorzytem błon śluzowych, a zwłaszcza tych, które posiadają nabłonek czuły na zakażenie (cewka moczowa, przewody odprowadzające gr. przedstonkowych, zatoki i uchylki sromu, przewody przycewkowe, szyjka maciczna i gruczoły szyjki macicznej, jama macicy i t. p.). Początkowo sprawa chorobowa umiejscawia się na powierzchni błony śluzowej, niekiedy jednak gonokoki szybko wnikają przez przestrzenie międzykomórkowe do warstwy łącznotkankowej, do gruczołów, a także do przestrzeni chłonnych, naczyń chłonnych, naczyń krwionośnych włosowatych. Siły obronne ustroju zwalczają najtrudniej gonokoki, które mieszczą się na powierzchni błon śluzowych. Chociaż samowyleczenie rzeżączki jest możliwe w każdym umiejscowieniu schorzenia, występuje ono jednak najrzadziej w rzeżące błon śluzowych narządu rodnych kobiet, a zwłaszcza szyjki macicznej. W myśl poglądów Buschkego i Langera, Luysa, Lewy-Weissmanna, Moro, Citrona i innych, gonokoki po usadowieniu się w warstwach b. głębokich błon śluzowych, gruczołach lub górnych odcinkach dróg rodnych kobiecych, mogą tam przebywać przez dłuższy okres czasu w warunkach beztlenowych w postaci utajonej, nie wywołując objawów klinicznych i zachowując nienaruszoną zjadliwość. Zaburzenia ogólnej równowagi czynności ustrojowych, te czy inne podrażnienia miejscowe mogą spo-

wodować obostrzenie się sprawy utajonej i zjawienie się gonokoków w wydzielinie.

Na rozwój rzeżączki kobiet wywiera wpływ niemały szerzenie się sprawy chorobowej per continuitatem. Wstępowanie zakażenia z pierwotnego ogniska zaznacza się najwybitniej, gdy zakażeniu dwóinkami Neissera ulega przedsionek wraz z jego kieszonkami, uchyłkami, gruczołami, oraz cewka moczowa. Pochwa kobiet dojrzałych płciowo jest oporna na zakażenie, stanowi przeszkodę i chroni przed przedostaniem się gonokoków do szyjki macicznej. W tych jednakże przypadkach zakażenie szyjki może mieć miejsce na drodze mechanicznej (spółkowanie, ruchy mięśni podstawy miednicy, zwłaszcza przy oddawaniu stolca). Rzeżączka szyjki macicznej stwarza zawsze wielkie niebezpieczeństwo schorzenia macicy i przydatków. Pod względem biologicznym wstępowaniu zakażenia gonokokowego sprzyja obecność obfitych wydzielin przedmiesiączkowych, miesiączkowych oraz stale naprzemian zjawiające się przekrwienie oraz niedokrwienie narządów płciowych i stały prąd włosowaty soków, który łączy jamę brzuszną poprzez jajowody i macicę z kanałem szyjki macicznej.

W rzeżączce kobiet nie stwierdza się prawidłowego i stałego okresu wylegania. Składa się na to wiele przyczyn. Przedewszystkiem nader rzadko spostrzega się rzeżączkę kobiet w umiejscowieniu samotnem w cewce moczowej. Jeżeli ulegają zakażeniu gr. Skenego, przewody odprowadzające gr. Bartholiniego lub błona śluzowa szyjki macicznej, to mija pewien okres czasu, (który nie można utożsamiać z okresem wylegania), zanim wystąpią objawy chorobowe, które zwrócą uwagę chorej. Czas ten bywa nader rozmaity i zależy nie tylko od wrót zakażenia, lecz i od innych czynników. Według Bucury, Fingera, Verchère'a, okres wylegania rzeżączki kobiet waha się w dość dużych granicach (przeciętnie trwa 1 — 41 dni).

W przebiegu klinicznym schorzenia odgrywa rolę niepoślednią odporność miejscowa i ogólna a także konstytucja ustroju zakażonego. Wielu badaczyw (Bertoloty, Liegner i inni) podkreśla, że na odporność miejscową wpływają: zmiany anatomiczne dróg rodnych kobiecych (tyłozgięcie, tyłopochy-

lenie macicy), własności nabłonka (nabł. wielowarstwowy płaski jest b. odporny na zakażenie gonokokami niż nabł. walcowaty), oraz inne czynniki, jak przekrwienie narządów rodnych (miesiączkowanie, spółkowanie), alkoholizm, uraz mechaniczny, zapalenie miesięczkowe błony śluzowej cewki moczowej, szyjki macicznej i t. p. Istnieje mniemanie, że kobiety, których skóra posiada mało barwika (blondynki) zakażają się łatwiej rzeżączką i wykazują objawy kliniczne bardziej burzliwe, niż brunetki (Bertoloty, Heynemann, Mangiagolli i inni). Wśród kobiet z niedorozwojem narządów rodnych Bucura spostrzegł szczególną łatwość zakażenia się dwóinkami Neissera oraz przebieg złośliwy i niepoddawanie się leczeniu.

Doświadczenie kliniczne poucza, że nie w każdym przypadku można rozróżniać okres ostry i przewlekły rzeżączki kobiet, a przejście okresu ostrego w okres podostry oraz przewlekłego, bądź też objawy burzliwe schorzenia występują nader rozmaitym. Poza tem wiadomo, że rzeżączka wśród kobiet może rozpocząć się od okresu podostrego, a nawet przewlekłego, bądź że objawy burzliwe schorzenia występują w przebiegu zakażenia gonokokami, trwającego od dłuższego czasu. Takie zdarzenia nie należą do rzadkości szczególnych. Początek ostry schorzenia spostrzega się wśród kobiet stosunkowo rzadko. Według Janeta na 10 kobiet z rzeżączką 9 razy występuje schorzenie w postaci przewlekłej. Poza tem początek schorzenia może być niezauważony. Kobieta nie może tak, jak mężczyzna, oglądać narządów płciowych, a zjawienie się wydzieliny nieraz b. obfitej z pochwy bywa uważane za fluor albus. Dlaczego i kiedy rzeżączka wśród kobiet ujawnia się w postaci ostrej, nie można rozstrzygnąć tego w każdym przypadku z pewnością całkowitą. Bez wątpienia, najczęściej ostra

w następstwie coitus infectus, lecz i przewlekła rzeżączka mężczyzn może spowodować zjawienie się ostrych objawów schorzenia wśród kobiet. Według zdania niektórych badaczy, istota sprawy tkwi w tem, że przypadki rzeżączki kobiet, które rozpoczynają się bez okresu ostrego, wykazują w przebiegu klinicznym schorzenia ogniska głównie pozacewkowe (zapalenie sromu, szyjki i t. p.). Według Mengego ostra rzeżączka rozpoczyna się w 95% przyp. w cewce, w 80% przyp. w szyj-

ce macicznej, a w 20% w grucz. przedsionkowych. Przewlekła natomiast rzeżączka rozpoczyna się w 30% przyp. w cewce, w 95% w szyjce macicznej, a w 25% w grucz. przedsionkowych. Zjawisko może zależeć także od sposobu zakażenia. Prawidłowy stosunek płciowy częściej spowoduje zakażenie szyjki, cewka zaś moczowa ulega zakażeniu wtórnie przez spływającą wydzielinę. Według Becka, Gromadzkiego i Lorentowicza wrazie ostrej rzeżączki mężczyzny, albo wąskiej pochwy kobiety ulegają zakażeniu przede wszystkim przedsionek i cewka moczowa. W przypadku przewlekłej rzeżączki mężczyzny i w razie ziejącego sromu oraz obszernej pochwy kobiety rozwija się częściej rzeżączka szyjki macicznej, a cewka moczowa, gr. przedsionkowe i odbytnica mogą ulec zakażeniu wtórnie.

Okres przewlekły rzeżączki kobiet rozpoczyna się zchwila, gdy ustąpią objawy, znamienne dla zapalenia ostrego, a mianowicie: obrzmienie, zaczerwienienie i bóle, wydzielina wybitnie ropna, ułożenie wewnątrzkomórkowe gonokoków, duża ilość leukocytów. W okresie przewlekłym schorzenia wydzielina staje się b. śluzowa, stwierdza się w większej liczbie gonokoki pozakomórkowe, ilość leukocytów zmniejsza się. O ile w okresie ostrym rzeżączki bardzo łatwo wykrywa się w każdym polu widzenia gonokoki w ilości znacznej, to w okresie przewlekłym schorzenia nie każde badanie mikroskopowe ujawnia obecność gonokoków, jedynie zaś nadmiar leukocytów wskazuje na możliwość istnienia zakażenia swoistego. Inaczej rzecz przedstawia się w t. zw. rzeżączce utajonej (*gonorrhoea latens*). Według zdania większości badaczy w tej postaci rzeżączki kobiet *odosobnione ogniska gonokokowe* mogą przetrwać w utajeniu przez tygodnie, miesiące a nawet lata, a poszukiwania wszelkie w tym kierunku mogą być zupełnie bezowocne. Takie chore mogą nie zakażać mężczyzn. Ogniska gonokokowe pozostają otorbione. Rzecz została stwierdzona doświadczalnie z pożywką Ungermanna (Ławrynowicz i inni). *Hodowle gonokoków utrzymywały się bardzo długo przy życiu i dawały przeszczepy pomimo braku tlenu i odnawiania pożywki*. Pomiędzy rzeżączką przewlekłą i utajoną istnieje taka różnica, że w okresie przewlekłym schorzenia trudno jest wykazać obecność gonokoków, chociaż stwierdza się *nieznaczące objawy*

kliniczne, podczas gdy w okresie utajonym, przebieg jest zupełnie bezobjawowy. Przeniesienie zakażenia jest możliwe równie w jednej jak i w drugiej postaci rzeżączki i zależy od nader rozmaitych czynników współistniejących. Należy zaznaczyć, że nawet rzeżączka ostra może być niekiedy niezakaźna (np. otorbione ognisko endosalpingitis ac.). Bucura odróżnia jeszcze t. zw. nosicielki gonokoków. Są to przypadki, w których gonokoki przebywają w narządach moczopłciowych jako saprofyty i nie powodują objawów klinicznych schorzenia. Na 1500 przyp. zbadanych Franck stwierdził 2% nosicieli gonokoków wśród mężczyzn, a ponad 20% wśród kobiet.

Z uwagi na to, że ujście wewnętrzne szyjki macicznej przedstawia przeszkodę, która utrudnia przedostawanie się gonokoków do jamy macicy, rozróżnia się także *rzeżączkę kobiet otwartą* czyli *dolną* (rzeżączka dróg rodnych poniżej ujścia wewnętrznego szyjki), oraz *rzeżączkę zamkniętą* czyli *górną* (zakażenie trzonu macicy i przydatków). Poza tem Miller nazywa rzeżączkę powierzchowną, jeśli gonokoki pozostają na powierzchni błon śluzowych, a *przetwory ich przemiany materji* przechodzą do ustroju w tak małej ilości, że *odczyn odchylenia dopełniacza wypada stale ujemnie*. W rzeżączce głębokiej gonokoki umiejscawiają się w głębi tkanek, przy czem odczyn odchylenia dopełniacza daje wynik dodatni. Zmiany głębokie nie tylko występują w rzeżączce zamkniętej, lecz według Budlowskiego, Saghera, Bucury są zjawiskiem także częstym w rzeżączce przewlekłej szyjki macicznej (70% — 90%).

Pierwsze objawy podmiotowe *rzeżączki ostrej kobiet*, występują b. często w postaci dokuczliwego swędzenia i palenia sromu. Te objawy nasilają się podczas oddawania moczu. Obrzmienie przedsionka i zapalenie gruczołów przedsionkowych powodują uczucie pełni. Dotknięcie najlżejsze narządów płciowych lub próba przejścia poza ujście zewnętrzne pochwy wywołuje silną bolesność. Wydzielina początkowo bardziej surowicza staje się później ropną wybitnie niekiedy z domieszką krwi. Natężenie tych objawów może sięgać stopnia znacznego. Niekiedy znów objawy podmiotowe są nader nikłe. Na sromie zaczerwienionem i obrzmiałem wskutek obecności dużej ilości ropy tworzą się nadżerki. Miejsca wylotów gruczo-

tów przedsiorkowych większych i mniejszych są zaczerwienione wybitniej (*maculae gonorrhoeicae*). Błona śluzowa cewki moczowej jest zaczerwieniona, obrzmiała, często wywinięta w ujściu. Lekki ucisk palcem na cewkę od strony pochwy wystarcza, żeby w ujściu cewki zjawiała się *wydzielina ropna*, gęsta, żółtozielona, niekiedy z domieszką krwi. Cewkę wyczuwa się jako kanał spoistości twardej.

W początkach schorzenia chore skarżą się na palenie, pieczenie w cewce podczas oddawania moczu. Niekiedy zjawia się *b. częste oddawanie* moczu oraz niepowstrzymana chęć oddania moczu. Wydzielina z cewki początkowo surowicza, płynna (mało leukocytów, liczne nabłonki oraz gonokoki zewnątrzkomórkowe przeważnie) przekształca się następnie w ropną, śmietanowatą (dużo leukocytów, gonokoki wewnątrzkomórkowe). W III — IV-tym tygodniu wydzielina z cewki moczowej zmniejsza się zwykle, staje się b. śluzowa, przejrzysta, mniej obfita i wydobywa się dopiero po wyciśnięciu. W 6 — 8 tyg. wydzielina z cewki znika niekiedy samoczynnie bez leczenia i pojawiać się może dopiero po prowokacji. W okresie przewlekłym rzeżączki cewki moczowej kobiet gonokoki usadawiają się tylko w określonych ogniskach, a przedewszystkiem pod wysepkami nabłonka, który powstaje jako pokrycie ubytków w śluzówce cewki i jest nabłonkiem wielowarstwowym płaskim, rozwijającym się drogą metaplastji z nabłonka walcowatego. Poza tem ogniska gonokokowe mogą mieścić się w gruczołach Littrego i zatokach Morgagniego, rozsianych skąpo w cewce moczowej kobiet. Z prac Bizarda, Bucury, Skeana, Verchèrea i innych wynika, że zależnie od współdziałania *śluzówki i podśluzówki* cewki moczowej, mogą rozwinąć się rozmaite postaci zapalenia przewlekłego cewki (zapalenia wytwórcze błony śluzowej, zapalenia włókniste — *urethritis fibrosa et periurethritis*, postaci przechodnie). Dla całości obrazu klinicznego należy nadmienić o istnieniu w niektórych przypadkach *uchyłków cewki moczowej*, w których gromadzić się może mocz lub wydzielina ropna. Obecność tych *uchyłków* naśladuje przewlekłe zapalenie cewki moczowej, a rozpoznanie właściwe prowadzi do rychłego usunięcia objawów chorobowych. Niekiedy przy ucisku cewki wydobywa się wydzielina nie z cewki, lecz z *przewodów przycewkowych* (*ductus para-*

urethrales), które mieszczą się z boku ujścia cewki (*paraurethritis lateralis*), oraz z *gruczołów przycewkowych* czyli zatok Skeanego (po 2—3 z każdej strony na *brzegu tylnym ujścia cewki* — *paraurethritis posterior*). Verchère opisał w *dolnej części cewki ropień dokołacewkowy (uretrite sacculaire)*.

Pęcherz moczowy ulega rzadziej zakażeniu dwoinkami Neissera. Dla zjawienia się *zapalenia pęcherza* na tle rzeżączki (*cystitis gon.*) jest konieczne uszkodzenie nabłonka bądź rozpulchnienie błony śluzowej (np. w ciąży, brutalne zabiegi lecznicze). Rzeżączka pęcherza moczowego kobiet występuje głównie w postaci *zapalenia szyjki (cystitis gon. coli* — *parcie, bóle w końcu oddawania moczu, zmętnienie moczu, krwawienie końcowe)*.

Srom i przedsionek pochwy kobiet w wieku dojrzałym ulega zakażeniu zazwyczaj wtórnie przez *wydzielinę cewki i pochwy*. *Pierwotne zakażenie* sromu spostrzega się wśród *dziewcząt, kobiet w wieku podeszłym, w ciąży oraz wśród dzieci (vulvovaginitis infantum gon.)*. W tych przypadkach rzeżączka sromu przebiega w postaci zapalenia ostrego (zaczerwienienie i obrzęk warg sromowych, przedsionka pochwy, błony dziewiczej) a sąsiednie gruczoły chłonne ulegają obrzmieniu wybitnemu. Poza tem rzeżączka sromu (*vulvitis gon.*) posiada przebieg przewlekły i w odróżnieniu od zapalenia na tle paciorkowców i gronkowców ogranicza się do schorzenia przewodów wyprowadzających gruczołów przedsionkowych większych i mniejszych.

W rzeżączce kobiet *powikłaniem najczęstszym jest zapalenie gr. Bartholiniego, zwłaszcza lewego* (w $\frac{1}{5}$ wszystkich przyp.). Zakażenie gonokokami gr. przedsionkowych większych może mieć miejsce już w okresie ostrym schorzenia i zajmuje zwykle przewód wyprowadzający, którego ujście znajduje się na powierzchni wewnętrznej wargi mniejszej. Nawet wówczas, gdy Bartholinitis gon, występuje w przebiegu rzeżączki przewlekłej, daje objawy zapalenia ostrego. Zaczopowanie przewodu powoduje skupianie się wysięku zapalnego, który rozszerza przewód i uwypukla tylną część wargi sromowej mniejszej. *Wargi sromowe* (większa i mniejsza) ulegają zaczerwienieniu i obrzmieniu, zjawia się bolesność niekiedy dotkliwa. W przypadkach niektórych występują za-

burzenia ogólne (wysoka ciepłota i t. p.), rozwija się *ropień rzekomy* (pseudoabscessus gl. Bartholini), który może przebić się samoczynnie na powierzchni wewnętrznej wargi mniejszej lub, co zdarza się częściej, ropień opróżnia się przez przewód wyprowadzający. Po pewnym czasie przewód może znów zamknąć się, może powstać ropień, podobny do poprzedniego. W ropie wydobytej ze *schorzałego przewodu* gr. Bartholiniego wykrywa się *gonokoki* tylko w okresie ostrym zapalenia. W okresach późniejszych stwierdza się jedynie obecność gronkowców, paciorkowców i prątków okrężnicy. W przebiegu zapalenia przewlekłego gr. Bartholiniego może utworzyć się torbiel zastoinowa, zawierająca płyn śluzowo-ropny lub surowiczy. W okresie przewlekłym schorzenia gruczolów przedsionkowych większych ujścia ich przewodów są zaczerwienione i odcinają się od bledszej śluzówki przedsionka (maculae gonorrhoeicae). Jeżeli z przewodu sprawa chorobowa *przejdzie na tkankę łączną otaczającą, powstaje ropień prawdziwy wargi sromowej* (możliwość pęknięcia do pochwy, odbytnicy — przetoka kałowa).

Gruczoły przedsionkowe mniejsze (gl. vestibulares minores), które mieszczą się w fałdach przed błoną dziewiczą (cryptae et lacunae hymenales) i w dołku łódkowatym mogą być także kryjówką dla gonokoków.

Zapalenie pochwy na tle rzeżączki (colpitis gon.), jak to już zaznaczono, występuje jedynie w pewnych okresach życia płciowego kobiety. O ile czynność jajników nie jest zmniejszona lub zahamowana (climacterium, ciąża, wiek dziecięcy, skąpe miesiączkowanie, brak miesiączkowania, infantilismus i t. p.), nie spostrzega się wśród kobiet w pełni sił zapalenia rzeżączkowego pochwy. Finkelstein, Ilin, Iwanoff nie podzielają tego zapatrywania. *Rzeżączka pochwy* posiada *dwie cechy* znamienne: 1) *umiejscowienie* oraz 2) *wygląd kliniczny*. Wydzielina obfita pochwy początkowo surowicza, a później ropna składa się z leukocytów, *złuszczonych nabłonków* oraz *znacznej liczby dwoinek Neissera* i posiada *oddziaływanie zasadowe*. W przypadkach *rzeżączki szyjki macicznej*, w których pochwa ulega *zakażeniu wtórnie*, sprawa zapalna zajmuje *sklepienie tylne pochwy i ścianę tylną pochwy*. W zapaleniu ostrem pochwy na tle rzeżączki spostrzega się obrzęk wybitny i za-

czerwienienie prawie całej błony śluzowej. Wydzielina przylega do błony śluzowej, a po jej starciu powstają nadżerki oraz krwawienia nieznaczne. Objawy ostre ustępują zwykle samoczynnie w ciągu 10 — 14 dni. *W rozpoznawaniu różnicowem rzeżączki pochwy od zapalenia pochwy, wywołanego prątkiem okrężnicy*, gronkowcem wskazane jest badanie bakteriologiczne. Wśród kobiet, które zakaziły się rzeżączką tuż przed zajściem w ciążę, stwierdza się niekiedy obraz kliniczny ziarnistego zapalenia pochwy (colpitis granulosa).

Rzeżączka szyjki macicznej jest najbardziej znamionem umiejscowieniem schorzenia. Objawy kliniczne schorzenia szyjki nie świadczą bynajmniej o złośliwości przebiegu zakażenia gonokokowego. W przebiegu złośliwym stwierdza się niekiedy *zwykłą* wydzielinę z szyjki i odwrotnie obfity wypływ ropny w sprawie łagodnej, przemijającej. Poza tem zapalenie szyjki macicznej na tle rzeżączki niezawsze rozpoczyna się od objawów ostrych.

Na ostre zapalenie szyjki wskazują: obrzmienie wybitne i zaczerwienie, wydzielina obfita ropna (lub ropno-śluzowa), wywnięcie kanału szyjki wskutek obrzęku błony śluzowej. *Objawy podmiotowe* tego cierpienia odpowiadają sprawie zapalnej w miednicy małej i nie przedstawiają szczególnych cech znamionnych. Według Bucury zależnie od nasilenia schorzenia szyjki, chore mogą skarżyć się na uczucie pełni i ciężaru w dole brzucha, niekiedy na bóle w krzyżu. *W rzeżączce szyjki o przebiegu nawet złośliwym może być brak objawów podmiotowych.* Przy obfitym wypływie ropnym z szyjki a wąskim stosunkowo zewnętrznym ujściu szyjki macicznej i obecności *tworów polypowatych* mogą zjawić się bóle w postaci kolki. Zjawisko tłumaczy się dążeniem górnych części macicy do usunięcia zalegającej wydzieliny. Dolegliwości podmiotowe zwykle ustępują szybko, *utrzymuje się jedynie wydzielina z kanału szyjki.* Wygląd tej wydzieliny ulega stopniowej zmianie od ropy zielonożółtej poprzez wydzielinę śluzowo-ropną, mleczną aż do przejrzystego śluzu. Co się tyczy *częstości rzeżączki szyjki*, to pod tym względem istnieją duże różnice w statystykach poszczególnych badaczy (od 0,25% do 90% — Bucura, Beck, Gromadzki, Lorentowicz, Fullerson, Sierdy i inni). Przyczyną tego jest okoliczność, że w rozpoznawaniu

rzeźączki szyjki nie można opierać się wyłącznie na wynikach badania mikroskopowego wydzielinie szyjki, w której b. często nie wykrywa się gonokoków (gonorrhoea latens cervicis uteri).

Histologja szyjki macicznej poucza, że gruczolę jej sięgają aż do warstwy mięśniowej. Świadczy to, że rzadko ma się do czynienia z zakażeniem powierzchownem szyjki gonokokami. Według Bucury, Millera i innych autorów rzeźączka szyjki powierzchowna i ujemny wynik odczynu wiązania dopełniacza stwierdza się rzadziej i jest okresem jedynie początkowym schorzenia. W przypadkach natomiast, w których rzeźączka umiejscowia się wyłącznie w szyjce, wynik dodatni gonoreakcji świadczy o sprawie zapalnej głębokiej. Rzecz posiada niemałe znaczenie rokownicze. Cervicitis gno. profunda zachowuje się zwykle opornie na wszelkie zabiegi lecznicze miejscowe i jest wskazaniem do leczenia bodźcowego.

W okresie przewlekłym rzeźączki szyjki macicznej tworzy się nadżerka. Może się ona zjawić także w okresie podostrym. Naciek drobnokomórkowy podnabłonkowy niszczy na pewnej przestrzeni nabłonek wielowarstwowy płaski, oraz odsłania błonę śluzową, sączącą obficie i krwawiącą nieznacznie. (erosio vera). W okresie pierwszym gojenia nadżerka pokrywa się nabłonkiem walcowatym szyjki (erosio simplex). Po ustąpieniu sprawy zapalnej nabłonek warstwy podstawowej wrasta pod nabłonek walcowaty i zajmuje jego miejsce. Jest to okres drugi gojenia się, a raczej odnowy nabłonka nadżerki. W tym okresie powstają niekiedy z otorbionych gruczolów szyjki torbielki t. zw. pęcherzyki Nabotha (ovula Nabothi). Należy odróżniać nadżerkę szyjki macicznej od wywinięcia i rozerwania szyjki, od raka, gruźlicy, owrzodzenia pierwotnego, wrzodu miękkiego szyjki (Beck, Lorentowicz, Gromadzki).

Z doświadczenia klinicznego wynika, że ujście wewnętrzne kanału szyjki z uwagi na warunki anatomiczne przedstawia przeszkodę dla wstępowania zakażenia do jamy macicy. To zarządzenie ochronne staje się nader chwiejne w okresie miesięczkowania, po porodzie i podczas porodu. Zależnie od odmiennych warunków anatomicznych oraz czynników fizjologicznych, istnieją różnice wybitne pomiędzy postaciami rzeźączki tych dwóch odcinków macicy.

*Przejsście rzeźączki szyjki na trzon macicy może mieć miejsce już w okresie ostrym (w 60% przyp.). Klinicznie zaznacza się to przez wystąpienie burzliwych objawów ogólnych i miejscowych (gorączka, bóle w podbrzuszu i krzyżu, parcie na mocz, upławy początkowo surowicze, później ropne, krwawienia nieprawidłowe, niezależne od miesiączkowania, których nasilenie zależne bywa od głębokości zmian w śluzówce). Schröder, Boschetti, Bucura różnią *endometritis gon. superficialis, diffusa et basalis*, a także postać, połączoną z całkowitem zniesieniem cyklu miesiączkowego. Jeżeli zakażenie gonokokami dotyczy jedynie warstwy powierzchniowej śluzówki (*stratum functionale*), to rzeźączka trzonu macicy może ustąpić już po upływie jednego okresu miesiączkowego, po wydaleniu zakażonej warstwy czynnościowej. Inaczej dzieje się, gdy gonokoki wnikną w głąb błony śluzowej aż do warstwy podstawowej (*stratum basale*). Wówczas tworzy się tkanka ziarninowa długo i obficie krwawiąca. Po wydaleniu warstwy czynnościowej podczas najbliższego miesiączkowania, mogą pozostawać nacieki zapalne w warstwie podstawowej. Do zdarzeń mniej częstych należy zakażenie mięśnia macicy (*metritis gon.*). *Myometritis* jak i *endometritis gon. basalis* powoduje dodatni wynik *gonoreakcji*. Wraz z *myometritis gon.* występuje często zapalenie surowicówki, pokrywającej trzon macicy (*perimetritis*). Należy zaznaczyć, że zwykle trudno udaje się wyodrębnić równie objawy przedmiotowe jak i podmiotowe, dotyczące jedynie rzeźączki trzonu macicy. Wskutek tego schorzenie trzonu macicy rozpoznaje się wtedy, gdy współcześnie występuje sprawa zapalna w przydatkach, tembardziej że przejsście zakażenia na jajowody może dokonać się bezobjawowo i niepostrzeżenie. Jest to okres w rozwoju rzeźączki, który pod względem leczniczym i rokowniczym posiada znaczenie większe, niż schorzenie trzonu, które mija nawet bez leczenia. Z chwilą wystąpienia objawów zapalnych w przydatkach, rokowanie zmienia się zasadniczo.*

Według zdania wielu badaczy, w rzeźączce trzonu macicy stwierdza się prawie zawsze przejsście sprawy zapalnej na jajowody (zwykle obustronnie). Poza tem jeżeli wstępowanie zakażenia odbywa się powoli i stopniowo, to schorzeniu ulegają napewno przydatki obustronnie. Jedynie w ostrych guzach

zapalnych przydatków stwierdza się przez czas pewien *umiejscowienie jednostronne*. Nawet i w tych przypadkach, jeśli sprawa przewleka się, ulegają także schorzeniu przydatki po stronie przeciwnej (Bucura). Klinika poucza, że *przejście rzeźączki na jajowody* zdarza się najczęściej w okresie *mięsiączkowania, położu* oraz *po spółkowaniu* (Bucura, Cordua, Menge, Vogt i inni). Według Bucury wstępowanie zakażenia gonokokowego na jajowody odbywa się przede wszystkim po powierzchni błony śluzowej (per continuitatem). Ściany jajowodów odwrotnie niż macicy są cienkie a zakażenie szybko zajmuje całą ich grubość, przyczem obecność w bliskości otrzewnej powoduje ciężkie objawy kliniczne. W przypadkach niektórych jajowody mogą ulegać schorzeniu prawie jednocześnie z zakażeniem cewki moczowej i szyjki macicznej. Zmiany zapalne zwykle dotyczą nie tylko śluzówki (endosalpingitis gon.), lecz całej ściany jajowodu wraz z pokrywającą surowicówką (perisalpingitis gon.). Ropa gromadzi się pomiędzy fałdami błony śluzowej a przez sklejanie się fałd powstają w świetle jajowodu drobne ropnie. Jeżeli ujścia jajowodów ulegają zamknięciu, to trąbki zamieniają się w worki pełne ropy (pyosalpinx). W okresie ostrym zapalenia jajowodów nad całym obrazem klinicznym panują objawy zapalenia otrzewnej miednicy małej (pelveoperitonitis ac. — gorączka, przyśpieszenie tętna odpowiednio do ciepłoty, bóle w podbrzuszu, opór mięśniowy, objaw Blumberga, wzdęcie brzucha, zatrzymanie wiatrów i stolca, odczyn Biernackiego przyśpieszony). Ten obraz kliniczny przypomina niezwykle zapalenie wyrostka robaczkowego i nastęrcza pod tym względem niekiedy trudności rozpoznawcze. *Objawy burzliwe trwają zwykle krótko*, poczem sprawa zaczyna się uspokajać. Z powodu dużej zawartości włókniaka w wysięku zapalnym, tworzą się liczne zrosty między otrzewną ścienną i trzewną a zakażenie nie posuwa się poza granice miednicy małej. Należy zaznaczyć, że nawet duże guzy jajowodowe mogą wchłonąć się całkowicie lub pozostawić zgrubienie nieznaczne. Rzecz może być przyczyną *nawrotu* objawów podmiotowych i przedmiotowych. Stan taki może trwać całe lata i spowodować upośledzenie wybitne w odżywianiu, osłabienie ogólne i zmniejszenie odporności ustroju a w końcu doprowadzić do zupełnego wyniszczenia.

Współczesne zapalenie jajników obok zapalenia jajowodów nie wywołuje szczególnych objawów klinicznych. W tem miejscu należy zaznaczyć, że krwawienia, które zjawiają się w przebiegu rzeźączki wstępującej *zależne są bardziej od zmian w błonie śluzowej macicy* (endometritis corporis uteri gon.). Stosunkowo słabiej wpływa na okres miesiączkowania zapalenie jajników, o ile nie zostanie objęty sprawą zapalną cały jajnik (Bucura). Oophoritis gon. może być niekiedy przyczyną *braku miesiączkowania* (amenorrhoea) dzięki zropieniu większej liczby pęcherzyków Graafa. Miesiączkowanie bolesne często spostrzega się w przebiegu zapalenia przydatków. Bóle umiejscawiają się w przestrzeniach bocznych a nie w linii środkowej i *nie są pochodzenia hormonalnego* (Bucura). Wysięki zapalne, guzy przydatków, unieruchomione przez zrosty w zatoce Douglasa wywołują *dużą bolesność sklepienia tylnego pochwy podczas spółkowania* (t. zw. kolka wszetecznic — colica scortorum).

Kilka słów jeszcze o *wpływie ciąży na przebieg rzeźączki*. Zapatrywanie Fiaschi, że ciąża powoduje odporność zwiększoną na zakażenie gonokokowe, nie zgadza się z poglądami większości badaczy. Spostrzegano często *wybuch rzeźączki utajonej* w przebiegu ciąży. Poza tem znany jest także wpływ ciąży *na rozwój rzeźączki w pochwie* (duży stan zapalny, obfity wypływ ropny). Zapalenie sromu, przedsiionka, gruczołów przedsiionkowych większych i mniejszych, cewki moczowej, szyjki macicznej może ujawnić w ciąży nasilenie objawów chorobowych. Bucura sądzi, że ciąża wywiera wpływ dodatni na *nacieki jałowe* (bez gonokoków), poza tem *ciąża sprzyja rozwojowi gonokoków*. Rzecz dotyczy nie tylko przydatków, lecz wszystkich umiejscowień rzeźączki w narządach rodnych. Dużem niebezpieczeństwem w ciąży jest *pyosalpinx*. Ciąża może spowodować obostrzenie się sprawy zapalnej, pęknięcie ropnia oraz zapalenie otrzewnej (zazwyczaj zlepne, odgraniczone). O częstości rzeźączki podczas ciąży nie można podać ścisłych danych. Z piśmiennictwa wynika, że ta częstość jest b. zmienna i waha się w dużych granicach.

Niektórzy z badaczy dopatrują się w rzeźączce *przyczyny porodów przedwczesnych* (Krönig, Müller, Sänger i inni), inni zaś *przeczą temu* (Bumm, Levant, Martin, Pariente).

Obecnie panuje mniemanie, że rzeżączka nie wpływa szkodliwie lub tylko w stopniu nieznacznym na istniejącą już ciążę. Z badań Schrödera wynika, że, jeżeli błona śluzowa macicy została zakażona gonokokami przed zajściem w ciążę, to zjawia się zawsze *endometritis decidualis gon.* W ten sposób można objaśnić przypadki poronień, wywołanych rzeżączką (Ballard, Winckel).

Wstępowanie zakażenia gonokokowego podczas porodu, po porodzie na czasie lub po poronieniu jest zjawiskiem b. częstym. Przekrwienie narządów rodnych w czasie ciąży, wzmożona czynność wydzielnicza gruczołów powodują wybitne rozmnażanie się gonokoków. Poza tem wiadomo, że poprzednio jałowa macica po rozwiązaniu, a zwłaszcza w 3 — 6 dni po porożu zawiera te same mikroby co pochwa (rozwarcie szyjki, obecność odchodów, jako dobrej pożywki dla gonokoków). Wielu z badaczy (Kaplun, Krönig, Ostreil i inni) *wykrywali w macicy i w odchodach czystą hodowlę gonokoków. Rzeżączka połogowa jest uboga w objawy kliniczne* (Bucura). Pomysłny przebieg należy przypisać wolnemu odpływowi wydzielin. W przypadkach, w których ma miejsce zastój wydzieliny z macicy (zmiana położenia macicy lub inne przyczyny) występują bóle w miednicy małej oraz podniesienie ciepłoty. Przypadki *endometritis puerperalis gon.*, przebiegające bez powikłań, poddają się łatwo leczeniu. Około 50% chorych na rzeżączkę ma półóg bezgorączkowy i bezobjawowy (Baffoni, Krönig i inni).

Ciężkie zakażenie połogowe, wywołane gonokokami (*sepsis gonococcica puerperalis*) należy do zdarzeń wyjątkowych, uogólnianie się zakażenia gonokokowego spostrzega się częściej w przebiegu rzeżączki niepołogowej. Istnieje przypuszczenie, że w ciąży, porożu przejawy odpornościowe są zaznaczone wybitniej. Gonoreakcja w ciąży częściej daje wyniki dodatnie. Najczęściej bywa, że do rzeżączki połogowej dołącza się zakażenie innymi bakterjami, a przedewszystkiem paciorkowcem, gronkowcem (Bumm, Kaltenbach i inni), przyczem gonokoki przygotowują do tego podłoże. Według Bucury duża jest liczba kobiet, które po rzeżączce połogowej niekiedy nieujawnionej, doznają dolegliwości najrozmaitszych, jak małych *bóli w podbrzuszu*, miesiączkowania zbyt częstego, a przedewszy-

stkiem powstaje wśród nich *trwale wyjąłowiecie* po pierwszym porożu t. zw. *Einkindsterilität* (Noeygerath), *nieplodność po pierwszym dziecku*. Podłożem anatomicznym tej sprawy jest *endosalpingitis lenta adhaesiva*.

Całość opisu rzeżączki kobiet wymaga wzmianki o jednym jeszcze umiejscowieniu schorzenia. Jest to *proctitis gon.* (zapalenie kiszki stolcowej - odbytnicy. Częstość sprawy chorobowej oblicza się 30% w ostrej a 20% w przewlekłej rzeżączce kobiet (Trachtersberg). Na zakażenie odbytnicy dwóinkami Neissera wskazuje pieczenie, palenie w odbytnicy, parcie na stolec, bóle w czasie oddawania stolca oraz wydzielina ropna, w której wykrywa się gonokoki. Należy zaznaczyć, że rzeżączka odbytnicy *przebiegu nierzadko bez objawów chorobowych*, a ujawnianie zakażenia wówczas nie jest rzeczą łatwą (metoda przepłukiwań według Glingara).

Rozpoznawanie rzeżączki.

Rozpoznawanie kliniczne rzeżączki ostrej wśród kobiet nie nastręcza zwykle większych trudności. Rzecz przedstawia się odmiennie w rzeżączce przewlekłej. Ostra rzeżączka powoduje w miejscach, zakażonych gonokokami, znamienne objawy kliniczne. Z ogniska pierwotnego zakażenia gonokoki szybko rozprzestrzeniają się a zapalenie może zajmować srom, cewkę moczową, przedsionek pochwy i szyjkę maciczną. Wiadomo jednak, że i inne bakterje, które szerzą się w sposób podobny, a mianowicie po powierzchni błony śluzowej, mogą powodować obraz kliniczny, zbliżony do rzeżączki. O rodzaju schorzenia rozstrzyga przede wszystkim badanie mikroskopowe.

Do badania mikroskopowego pobiera się wydzielinę ze wszystkich ujść i przewodów dostępnych zakażeniu, a mianowicie: z *cewki moczowej*, z *gruczołów przycewkowych Skene-go*, z przewodów wyprowadzających *gruczołów Bartholiniego*, z *kanalu szyjki macicznej*, z *odbytnicy*. Przy pobieraniu wydzieliny należy baczyć pilnie, żeby uszko platynowe ani łyżeczka (Ascha) *nie przekraczały nigdy ujścia wewnętrznego szyjki macicznej, ani zwieracza cewki moczowej*. Barwienie: błękit metylowy Löfflera, sposób Grama, sposób Pappenheima-Krzyształowicza. W preparatach mikroskopowych nie zawsze

(tyczy się to głównie rzeźączki przewlekłej) *spozstrzega się typowe dwoinki Neisseru*. Odchylenia od wyglądu prawidłowego gonokoków wyrażają się w słabszym barwieniu się dwoinek (Wertheim, Heimann i Wossidlo), oraz w zjawianiu się postaci zwyrodniałych prawdopodobnie dzięki zmianie błony śluzowej w sensie wytworzenia się podłoża nieodpowiedniego dla ich rozwoju. Inwolucja morfologiczna gonokoków może wystąpić niekiedy samoczynnie nawet w rzeźączce ostrej cewki moczowej (Bröse), lub po zabiegach leczniczych (Krzyształowicz, Malinowski, Szczodrowski). Z mikrobów, wykazujących duże podobieństwo morfologiczne do gonokoków należy wymienić: meningokoka i diplokoka kataralnego Pfeiffera, poza tem, według niektórych badaczy, stwierdza się w wydzielinie gramodatnie dwoinki saprofityczne, które mogą przystoczyć się w warunkach nieznanych w gramujemne drobnoustroje chorobotwórcze (mutacja gonokoków autorów niemieckich i francuskich, gonokok Janeta-Ascha, dysgonococcus Francka i t. p.). Nie należy nigdy poprzestać na badaniu jednorazowem wydzieliny, lecz zawsze trzeba powtórzyć kilkakrotnie (najlepiej po miesiączkowaniu, które stanowi prowokację biologiczną). W razie braku wydzieliny z cewki moczowej zaleca się *badanie nitek z porannego moczu*.

W rzeźączce kobiet nie jest rzadkością nagłe zniknięcie gonokoków w wydzielinie z cewki moczowej lub z szyjki macicznej. Zjawisko spozstrzega się po schorzeniach ogólnych, przebiegających z gorączką, po obostrzeniu się przebrzmiałych spraw zapalnych lub nawrocie przyciszonego ogniska rzeźączki górnych odcinków narządu rodnegó.

Przeciwko odporności wrodzonej w rzeźączce kobiecej świadczą przedewszystkiem nawroty oraz możliwość zakażenia świeżego bezpośrednio po wyleczeniu. Brak odporności nabytej powoduje, że nawet po latach mogą wystąpić przerzuty oraz uogólnienie się zakażenia gonokokowego.

Oprócz badania mikroskopowego w ujawnianiu rzeźączki kobiet szereg autorów poleca *dokonywanie posiewów*. Pod tym względem duże trudności nastęrcza duża skala wymagań gonokoka w hodowli na podłożach sztucznych (obecność białka rodzimego, obecność życianów, odpowiedni odczyn podłoża). Dotychczas nie została jeszcze rozstrzygnięta sprawa otrzy-

mania podłoża idealnego. Podług Waltera, w hodowli Ungemanna-Gieszczykiewicza, gonokoki długo zachowują żywotność oraz odporność. Należy podkreślić, że dokonywanie posiewów ma znaczenie przede wszystkim w przypadkach wątpliwych, w których zawodzi preparat mikroskopowy oraz przy stwierdzaniu wyleczenia.

Rozpoznawanie rzeżączki kobiet usiłowano także opierać na odczynie upławów pochwowych. *Zasadowość odczynu miała przesądzać o zakażeniu gonokokowym* (Opitz, Rehn). Zasadowy odczyn wydzieliny z pochwy stwierdza się *jedynie w położu oraz w zapaleniu błony śluzowej macicy po poronieniu*. Sposób ten okazał się bardzo wątpliwy w zastosowaniu praktycznym (Pflanz, Urech, Rottmann i inni).

Wartość odczynów skórnych w rozpoznawaniu rzeżączki wogóle a rzeżączki kobiet w szczególności, nie zyskała dotychczas jeszcze uznania powszechnego. W celach rozpoznawczych wstrzykiwano doskórnie szczepionkę gonokokową (odczyn Brucka), mleko, aolan i t. p. (Straszyński, Ryll-Nardzewski, Bacialli i Mario, Neuer i Ornstein oraz inni). *W rzeżączce ostrej* odczyn były dodatnie przeciętnie w 80% przyp., w przewlekłej w 30% przyp., w zapaleniach przydatków 80% przyp., *w rzeżączce szyjki macicznej* 75% przyp. Stosując szczepionkę gonokokową, wielu z badaczy uważa odczyn ogniskowy jako swoisty dla rzeżączki (Bruck, Fabre i Dujol, Stempel, Louis, Laepple i inni), z tem zastrzeżeniem, że składniki białkowe szczepionek mogą naśladować taki odczyn u osób szczególnie wrażliwych (Casper).

Wczasach ostatnich (Lewin, Fink, Bykhowsky, Engel i Grundmann i inni) przypisuje się większe znaczenie rozpoznawcze w rzeżączce *odczynowi Herrolda* z t. zw. „gonotoksyną“, otrzymaną z przesączy kilkudniowych hodowli gonokokowych, przygotowanych w sposób szczególny. W 1925 r. Herrold opisał *próbę skróną*, która pozwala na stwierdzenie odporności wśród osób, zakażonych rzeżączką. Odczyny dodatnie występowały u chorych z rzeżączką ostrą lub wśród osób zdrowych. *W 3-im tygodniu rzeżączki odczyn dodatni zamieniał się na ujemny*. To zjawisko Herrold uważa za objaw odpornościowy. Przez dodanie do przesączy surowicy krwi

osoby uodpornionej, która nie wykazywała widomego odczynu po wstrzyknięciu doskórnem przesączu, zjawiało się zobojętnienie jadu zawartego w przesączu. W 1930 r. *Casper opisał próbę skórną podobną do tuberkulinowej*. Autor stwierdził odczyny dodatnie tylko wśród chorych z rzeżączki, a nie wśród osób zdrowych. Według Caspera była to próba alergiczna w odróżnieniu od próby odpornościowej Herrolda. Zmiana odczynu dodatniego na ujemny miała świadczyć o ustąpieniu zakażenia. Rzecz tyczyła się jedynie tych przypadków, w których zakażenie było wywołane przez gonokoki tego samego typu serologicznego, jaki był użyty do przygotowania przesączu. Natomiast jad, zawarty w przesączu Herrolda był wspólny dla wszystkich typów serologicznych gonokoków. Nieco później Casper, a także Clark, Ferry i Steel otrzymali ze starych hodowli gonokokowych przesącze, które okazały się bardzo silnymi jadami skórnymi. Wyniki dodatnie prób skórnych stwierdzono równie wśród chorych z rzeżączki jak i wśród osób zdrowych. Wolffenstein i Pieper zgodnie z teorią Torikata ogrzewali przesącze gonokokowe w ciągu 20 min. w kąpieli wodnej i osiągnęli wybitne zmniejszenie jadowitości. Ostatnio Corbus badał zapomocą prób doskórnych z przesączami gonokokowymi, przygotowanymi według przepisu Clarka, Ferryego i Steela uodpornienie w rzeżączce i otrzymał wyniki zadawalniające. W polskim piśmiennictwie Maławski uważa odczyny skórne przy użyciu „compligonu“ Scheringa niemal za swoiste dla rzeżączki. Rzecz wymaga jeszcze opracowania dalszego.

W rozpoznawaniu rzeżączki zastosowanie niemałe znajduje *odczyn wiązania dopełniacza* (Bordet-Gengou). Większość badaczy uważa ten odczyn za swoisty dla rzeżączki (Z. Szwojnicka, Zawodziński, Gelman, Zalewski i inni). Ujemny wynik odczynu nie wyłącza rzeżączki. W rzeżączce kobiet wyniki dodatnie odczynu Müllera-Oppenheima otrzymuje się w przypadkach, w których gonokoki umiejscawiają się *w warstwach głębszych tkanek lub w ogniskach zamkniętych* (wg. Lenartowicza w 83% przyp.) z zastrzeżeniem, że poprzednio chore nie były leczone przez dłuższy okres czasu szczepionką swoistą. *W rzeżączce błon śluzowych gonoreakcja wypada zwykle ujemnie*. Poza tem wynik gonoreakcji może posiadać

pewne znaczenie rokownicze oraz narzucać wskazania lecznicze. W przypadkach, w których ma się do czynienia z rzeżączką stwierdzoną badaniem mikroskopowym, niektórzy z badaczy (Miller, Bucura) radzą *wobec ujemnego wyniku gonoreakcji leczenie miejscowe, wobec zaś wyniku dodatniego, leczenie ogólne, bodźcowe* (swoiste). Schwartz podkreśla wcześniejsze i wybitniejsze występowanie *dodatnich odczynów* wiązania dopełniacza z krwią, pobraną przez nacinanie (scarificatio) *szyjki macicznej*. Według Lorentowicza w bliskości miejsca zakażenia ma się do czynienia z większym stężeniem ciał odpornościowych. Cohn, Wollstein osiągnęli wyniki dodatnie w rzeżączce z autygenem meningokokowym lub mikrokokiem kataralnym. Levy, Paraf, Pariente zaznaczają, że odczyn wiązania dopełniacza w połogu wypada przeważnie ujemnie, dlatego też w tym okresie odczyn ujemny gonoreakcji nie może mieć wartości rozstrzygającej w rozpoznawaniu rzeżączki.

Obok odczynu *wiązania* dopełniacza *Meinicke* stosował w serologii rzeżączki podobnie jak w przymiocie odczynu *kłaczkowania*. Badacz ten stwierdził, że w rzeżączce kobiet i mężczyzn *odczyny kłaczkowania wypadają częściej* dodatnio, niż odczyn wiązania dopełniacza. Odczyny nieswoiste zdarzają się zwłaszcza przy współistnieniu przymiotu z dodatnim odczynem *Meinicke*. W rozmaitych postaciach rzeżączki Schröpel dokonywał badań porównawczych nad odczynem wiązania dopełniacza i odczynami *kłaczkowania Meinicke* i *Müllera*. W wyniku tych badań autor sądzi, że zastosowanie równoczesne odczynów *kłaczkujących* obok odczynu wiązania dopełniacza zmniejsza wybitnie liczbę wyników nieswoistych i posiada przez to niemałe znaczenie praktyczne w rozpoznawaniu rzeżączki.

W końcu należy dodać, że w rozpoznawaniu rzeżączki kobiet autorzy włoscy (Tremiterra i inni) próbowali zastosować odczyn *Amato*. Okazało się, że odczyn *Amato* wypadał dodatnio w 80% przyp. rzeżączki objawowej, w rzeżączce bezobjawowej i wśród zdrowych był zazwyczaj ujemny, po leczeniu szczepionkami gonokokowemi dodatni w 92% przyp.

L e c z e n i e.

W piśmiennictwie polskim i światowym sprawa leczenia rzeżączki kobiet jest omawiana stale zarówno przez wenerologów, jak i przez ginekologów. Poglądy badaczy różnią się zależnie od kierunku zainteresowań. Chociaż wszystkim, którzy zajmują się leczeniem rzeżączki przyświeca jeden cel: jaknajrychlejsze usunięcie zakażenia z ustroju i zapobieganie występowania powikłań, niemniej jednak w opisach sposobów leczenia daje się zauważyć niekiedy różnice wybitne oraz znajduje się nader sprzeczne wskazówki, dotyczące spraw najistotniejszych, związanych z zagadnieniem lecznictwa rzeżączki kobiet. Kto nie posiada doświadczenia klinicznego, kto nie ułożył sobie własnego planu leczenia, ten musi postępować z konieczności bardzo ostrożnie, mając na względzie nie jeden narząd, zakażony dwoinkami Neissera, lecz cały ustrój. Każde inne stanowisko w tej tak zawilej sprawie może prowadzić do wniosków niewłaściwych, do *zniechęcenia i sceptycyzmu*, który cechuje lecznictwo rzeżączki wogóle, a w szczególności rzeżączki kobiet.

W myśl tych przesłanek przed przystąpieniem do leczenia rzeżączki należy przedewszystkiem zwrócić uwagę na stan ogólny ustroju. Ustrój dotknięty schorzeniem tych czy innych narządów wewnętrznych, ustrój osłabiony wskutek przebytych chorób zakaźnych wymaga odpowiedniego przygotowania dla korzystnego współdziałania z zastosowaniem postępowaniem leczniczem przeciwrzeżączkowym. W wyborze leczenia należy pamiętać także o *przeciwwskazaniach*, które mogą ujawnić się po zbadaniu dokładnem chorego (gruźlica i t. p.). W czasach ostatnich podkreśla się znaczenie *niemalę leczenia djetetycznego w rzeżączce kobiet* i jego wpływu na zmianę odczynu soków i tkanek ustroju. W *glodówce*, jak wiadomo, równowaga krwawo-zasadowa ustroju przesuwana się w kierunku *kwaśnym*, przyczem wraz z Sauerbruchem i Hermansdorferem przypisuje się temu zjawisku znaczenie *zasadnicze*. Poza tem twierdzono, że djeta zakwaszająca wywiera wpływ na rzeżączkę. *Zasadowość ustroju* wykazuje *zmniejszone a zakwaszanie wzmożone oddziaływanie* na zapalenie. Stąd wobec burzliwych objawów zapalnych i *wzmożonej gotowości odczy-*

nowej ustroju, zaleca się (Luithlen) w ciągu kilku dni lub tygodni djetę wzmagającą *zasadowość tkanek*, jako zarządzenie, którego celem jest wspieranie zastosowanego leczenia przeciwrzeżączkowego (Boas).

W leczeniu rzeżączki kobiet dużą rolę odgrywają także czynniki biologiczne (Bucura), które ulegają zmianie zależnie od okresu schorzenia. *Błędem byłoby leczenie jednakowe każdego okresu rzeżączki*. Rzecz tyczy się szczególnie okresu ostrego (trwa on krótko). Jako cel postępowania leczniczego w tym okresie powinno być wspieranie a przynajmniej nie-przeszkadzanie ustrojowi w jego usiłowaniu do zwalczania zakażenia. Poza tem znane są przypadki samowyleczenia rzeżączki po przejściu okresu ostrego (Bucura). Przejście natomiast schorzenia w okres przewlekły świadczy o tem, że ustrój nie może przeciwstawiać się nadal zwycięsko czynnikom chorobotwórczym oraz unieszkodliwić ich zawczasu. W przypadkach, w których rzeżączka od początku posiada przebieg przewlekły, ustrój nie jest zdolny do wytworzenia potrzebnych ciał odpornościowych i nie potrafi uruchomić dostatecznie sił obronnych, oddziaływawczych ustroju. Leczenie rzeżączki przeto powinno mieć na uwadze *pobudzenie ustroju* do wzmoczonego wytwarzania sił obronnych, a poza tem ułatwić walkę ustroju z mikroorganizmami przez unieszkodliwienie ich w miejscach wtargnięcia, we wrotach zakażenia.

Z przytoczonych powyżej uwag wynika, że leczenie rzeżączki kobiet *w okresie ostrym* powinno być przede wszystkim *zachowawcze*. Należy przeto zaniechać wszelkich zabiegów miejscowych ze względu na możliwość ułatwiania wstępowania zakażenia gonokokowego na wyższe odcinki dróg rodnych. Każdy *zastój ropy sprzyja* rozwojowi gonokoków, przyczem *wzmaga się ich zjadliwość* (Bucura). Poza tem w okresie ostrym rzeżączki jest niezbędne także *zapewnienie zupełnego spokoju* narządom i tkankom, żeby umożliwić niezakłócony przebieg zjawiskom biologicznym. To wszystko osiąga się praktycznie przez *leżenie w łóżku* lub chociażby przez *ograniczenie ruchów*. Spokój ustroju umożliwia też najlepiej *swobodny odpływ wydzielin* w narządach rodnych kobiecych. Każda zmiana położenia narządów rodnych, spowodowana nawet przez wypełnione jelita oraz pełny pęcherz,

może utrudniać odpływ wydzielin. W rzeżączce ostrej przeto należy dbać o prawidłowe oddawanie moczu i kału. Wystąpienie miesiączkowania powinno być wskazaniem do przerwania wszelkich zabiegów miejscowych. W czasie miesiączkowania obowiązuje *bezwzględny spokój* (leżenie w łóżku). Należy zwalczać pobudzenie płciowe.

W rzeżączce ostrej duże zastosowanie znajduje *leczenie objawowe*: zwalczanie zaparcia (sól morszyńska, karslbadzka i t. p.), bolesnego i częstego oddawania moczu (czopki z lekami uśmierzającymi, jak z codein. phosphor., extr. belladon., pantoponem, morfiną i t. p., olejki balsamiczne i t. p.), krwawień z macicy lub z pęcherza moczowego (styptica).

Jeżeli chora zgłasza się o poradę przed upływem 24—48 godz. po zakażeniu lub zaraz po podejrzanym stosunku płciowym, niektórzy z autorów stosują leczenie poronne rzeżączki. Bucura leczy poronnie przypadki, w których udaje się wykazać obecność gonokoków zanim wystąpią objawy rzeżączki ostrej. Postępowanie w leczeniu poronnem rzeżączki kobiet bywa nader rozmaite i zależy od poglądów autora i jego własnego doświadczenia klinicznego. Poszczególni badacze radzą stosować: odkażanie pochwy, przedsionka sromu 1⁰/₀₀ — 2⁰/₀₀ roztworem sublimatu, tamponowanie pochwy 5% protargolem, wkraplanie do cewki moczowej 10% protargolu, wprowadzanie do szyjki macicznej pałeczek z protargolem, wycieranie kanału szyjki roztworami protargolu, albarginy i t. p. Bucura oprócz zabiegów miejscowych wstrzykuje *domięśniowo szczepionkę gonokokową*, począwszy od 3 tys. milionów do 6 tys. milionów. Autor podkreśla, że są to jedyne przypadki, w których stosuje szczepionkę gonokokową w okresie ostrym rzeżączki.

Po ustąpieniu objawów ostrych rzeżączki, jeżeli nie stwierdza się zmian zapalnych w przydatkach, rozpoczyna się leczenie miejscowe. Leki i zabiegi, stosowane w leczeniu miejscowym, mają za zadanie z jednej strony *zmienić tkankę na podłoże nieodpowiednie* dla rozwoju gonokoków, z drugiej zaś strony *usunąć mikroby chorobotwórcze* z powierzchni błon śluzowych, dostępnych do leczenia. Należy zaznaczyć, że w rzeżączce kobiet należy leczyć współcześnie wszystkie ogni-

ska zakażenia: cewkę, gr. przycewkowe Skenego, gr. przed-sionkowe, szyjkę maciczną oraz odbytnicę.

W rzeżączce kobiet jak i mężczyzn dwa leki panują do-tychczas w leczeniu: przez *Jamta* zalecany *nadmanganian po-tasu* i lek Neissera — azotan srebra i jego pochodne. W rze-żączce kobiet używa się *nadmanganian potasu* w roztworach od 0,01% do 1% do obmywań sromu, do płókań cewkowych, pęcherzowych i pochwowych. Azotan srebra przenika dość głęboko w błonę śluzową, lecz wywołuje często podrażnienie. Przetwory organiczne srebra, zapomocą których spodziewano się osiągnąć działanie w głąb przy słabej koagulacji tkanek, zawiodły do pewnego stopnia (Jacobsohn, Langer, Lomholt i inni). W okresie doświadczeń znajdują się jeszcze próby czynione ze związkami *amonjakalno srebrowemi*, wprowadzo-nemi do lecznictwa rzeżączki przez Reissa oraz solami sre-browemi sulfokwasów naftowych Mierzeckiego i Neyman.

W zapaleniu *ostrem sromu* (vulvitis, episioitis) na tle rze-żączki powszechnie poleca się: obmywania, nasiadówki z roz-tworów *nadmanganianu potasu*, z rumianku lub słabych roz-tworów innych leków odkażających (chloraktina), okłady z octanu glinu, octanu ołowiu, przysypki z tlenku cynku, tal-ku i t. p. Nadżerki przyżęga się 1—2—5% azotanem srebra po poprzedniem oczyszczeniu od przylegającej wydzieliny ślu-zowej. Wobec bardzo obfitej wydzieliny z pochwy, celem ochro-ny sromu, Bucura stosuje drenowanie pochwy. Dren powinien posiadać duże światło. Po tych zabiegach ostre objawy zapa-lenia sromu zwykle ustępują, pozostają jednak często zmiany chorobowe w okolicy ujścia zewnętrznego cewki moczowej, większych i mniejszych gr. *przedsionkowych*, w *rozmaitych uchylkach i zatokach sromu*. Wszystkie te miejsca są ogniskami, w których mogą gnieździć się gonokoki i powodować cią-głe nawroty rzeżączki. W celu usunięcia tych ognisk zakaże-nia wystarczają częstokroć obmywania, pędzlowania lub okła-dy z roztworów azotanem srebra lub jego pochodnych. W ra-zie wyniku ujemnego można stosować sondowanie przewodów i uchylków zapomocą cienkich sond, owiniętych b. małą ilością waty, zmoczonej w leku odkażającym (Arg. nitr. 2—5—10%, zincum chlor. 2% — 5% i t. p.). Niekiedy należy uciec się do

kaustyki (galwanokaustyki). Dobre wyniki osiągałem, przestrykując większe przewody roztworami azotanu srebra 2% — 5% lub chlorku cynku 2% — 5% zapomocą strzykawki Recorda, na którą nakładałem igły cienkie, zakończone kulką lub tępo ścięte.

W leczeniu zapalenia gr. Bartholiniego należy pamiętać, że sam gruczoł bywa schorzały zwykle wtórnie, a zapalenie dotyczy głównie jego przewodu wyprowadzającego. Bucura rozpoczyna leczenie od zbadania przewodu wyprowadzającego zapomocą sondy. W przypadkach, w których przy ucisku na gruczoł Bartholiniego wydobywa się z jego przewodu treść ropna (z gonokokami), *wstrzykuję zapomocą igły zakrzywionej Anela* do przewodu kilka—kilkanaście kropel 1/2% — 5% roztworu azotanu srebra, 5% — 10% prorgolu, 2% *gonakryny* i t. p. Niektórzy z badaczy przyżegają przewód perłą lapisową t. j. cienkim drucikiem, rozżarzoną do czerwoności i zanurzoną w sproszkowanym azotanie srebra. Niekiedy drożność przewodu przywraca się zapomocą gorących okładów lub nasiadówek. Wyleczenie przewodu wyprowadzającego zaznacza się przez to, że ujście jego posiada zabarwienie, nie różniące się od otoczenia a przy ucisku nie stwierdza się wydzieliny. Jeżeli zmiany chorobowe mieszczą się w odgałęzieniach bocznych, głównego przewodu wyprowadzającego, znajdujących się w głębi gruczołu, to wówczas ma się do czynienia z t. zw. ropniem rzekomym gr. Bartholiniego. W tych przypadkach stosuje się postępowanie następujące: przy zachowanej drożności przewodu aspiruję igłą Anela zawartość gruczołu a próżnię wypełniam lekiem odkażającym (azotan srebra). Przy znacznych objawach zapalnych zalecam okłady z gąbki Burowa i gorące nasiadówki. Bóle łagodzi się przez podawanie pyramidonu, gardenalu, irenalu i t. p. O ile wystąpi zropienie: nakłócie i wstrzyknięcie do gruczołu kilka ccm. 1% — 2% roztworu azotanu srebra (niekiedy kilkakrotnie) lub *otwarcie ropnia i przypalenie membrana pyogenes palczką lapisową*. W rzeźączce gruczołu Bartholiniego osiąga się często wyniki pomyślne *przez wstrzykiwanie powyżej i poniżej ujścia przewodu po 3 ccm. — 5 ccm. krwi własnej* (Hübner, Weinsalff). W przypadkach uporczywych, nie poddających się zwykłemu postępowaniu leczniczemu, za radą Bucu-

ry, stosuje się zastrzykiwania szczepionki gonokokowej. Szczepionkę wstrzykuje się, jak przy znieczuleniu, w 3 — 4 miejscach w okolicy gr. Bartholiniego. W przypadkach ropnia wrzekomego Lieber poleca naświetlania rentgenowskie. W razie nawrotów lub terbieli gr. Bartholiniego wskazane jest wyluszczenie gruczołu i jego przewodów. Zabieg pozostawia blizny.

Rzęączka cewki moczowej kobiet poddaje się zwykle łatwo leczeniu. W przypadkach niektórych wystarcza wewnętrzne stosowanie leków, odkażających mocz (salol, urotropina, ziółka moczopędne, cystosan Spiess, urexin Więckowskiego, optosal Klavego, salomet Spiessa, olejki balsamiczne). *Leczenie miejscowe* cewki rozpoczyna się po ustąpieniu ostrych objawów podmiotowych oraz nazajutrz po miesiączkowaniu. Najmniej szkodliwe jest leczenie wstrzykiwaniami przetworów srebrowych lub przemywaniami z nadmanganianu potasu sposobem Janeta. Do wstrzykiwań docewkowych używa się strzykawki Tarnawskiego, Neissera lub Recorda z nasadką oliwkową ze srebra lub kauczuku. Wstrzykuje się do cewki powoli, zwiększając stopniowo ilość płynu od 2 ccm. — 3 ccm. — 5 ccm. zależnie od pojemności cewki. Niektórzy badacze zalecają wlewania docewkowe przetworów srebrowych w stężeniach coraz większych (protargol, prozrol od 1/2% — do 5%, gelargina od 1/2% do 2% i t. p.). Rzecz nie posiada znaczenia rozstrzygającego w leczeniu cewki moczowej (Szciodrowski). Walter, Kiellberg wstrzykują do cewki moczowej mieszankę albarginową według przepisu Almkwista (albargini 1., — 2., gum. tragac. pulv. 3., spir. vini 5., aq. dest. 100.0). Stosując mieszankę Almkwista, otrzymywałem wyniki nader pomyślne zwłaszcza w przypadkach przewlekłych. Przedostawanie się płynów do pęcherza nie powoduje następstw szczególnych. *Przy użyciu do wstrzykiwań roztworów* bardziej stężonych, może pozostać po wyleczeniu cewki moczowej *trigonitis chronica*, co powoduje od czasu do czasu pewne dolegliwości podczas oddawania moczu. Przeplókiwania cewki moczowej i pęcherza według sposobu Janeta zapomocą roztworu nadmanganianu potasu (od 1:10000 do 1:3000, ciepł. 38°—45°) robi się codziennie. Po wypełnieniu pęcherza chora oddaje płyn wpuszczony, dzięki czemu spłókuje cewkę

w kierunku odwrotnym. Według Millera, przepłókiwania Janetowskie cewki moczowej kobiet nie prowadzą zwykle do celu i mogą się stać pożytecznymi w leczeniu jedynie w skojarzeniu z innymi zabiegami (wprowadzanie pręcików, wycierania cewki i t. p.). Bucura przestrzega *przed stosowaniem pręcików cewkowych*, ponieważ równie pręciki jak i sondy, owinięte watą lub gazą przepojoną lekiem odkażającym, pomimo zachowania wszelkich ostrożności, prowadzą do małych uszkodzeń błony śluzowej, *co sprzyja powstawaniu zapaleń okołocewkowych*. Innego zdania jest Miller. W okresie przewlekłym zapalenia cewki moczowej ten autor uważa za najbardziej skuteczne zabiegi wycierania oraz tamponowania cewki moczowej. Wycierania wykonywa się wacikiem nawiniętym na zgłębnik Saengera i przepojonym odpowiednim lekiem. Zabieg powtarza się dwukrotnie w odstępach 5 minutowych. Tamponowanie cewki moczowej dokonywa się w ten sposób, że gazikiem szerokości 1 cm., zwilżonym lekiem bakterjobójczym, zapełnia się szczelnie kanał cewki, przyczem z ujścia cewki wystaje koniec gazika długości 3 cm. Do zwilżania gazików Joachimowits poleca specjalną emulsję, do której dodaje się związki srebrne. W okresie przewlekłym schorzenia cewki moczowej kobiet, wielu autorów (Delrez, Lambert, Christophe i inni) stosuje *wstrzykiwania szczepionki gonokowej pod śluzówkę cewki* (vaccination par la porte d'entrée Bosseta i Poincloux) w ilości 5 — 10 *wstrzyknięć*. W tym celu Miller radzi w razie potrzeby znieczulanie ujścia cewki za pomocą wacika, zwilżonego roztworem perkainy. Trudno orzec, na czem polegają lepsze wyniki tego sposobu zastrzykiwań szczepionki, czy silniejszy i dłuższy odczyn gorączkowy wpływa bardziej hamująco na rozwój gonokoków, czy też zjawiać się ma większe uodpornienie miejscowe (Engel i Grundmann). Gdy pomimo długotrwałego i starannego leczenia wydzielina z cewki utrzymuje się nadal, należy pamiętać o przewodach przycewkowych, które otwierają się niekiedy do kanału cewki oraz o wypukleniach kieszonkowych w cewce moczowej kobiet. Te ostatnie mogą być pochodzenia zarodkowego lub też zjawiać się po uszkodzeniach mechanicznych w czasie porodu, operacji. Leczenie polega na masowaniu cewki od strony pochwy zapomocą odpowiedniego rozmiaru rozszerza-

dła Hegara, przepłókiwaniu lub przyżeganiu w endoskopie (Frühwald, Janson, Karwowski).

Leczenie rzeżączki pochwy (colpitis gon.) nie należy do zadań trudnych. Jeżeli rzeżączka umiejscawia się jedynie w pochwie, wyleczenie osiąga się w czasie względnie krótkim. Po ustąpieniu burzliwych objawów podmiotowych przystępuje się do przepłókiwań pochwy z irrygatora. Irrygator nie powinien być umieszczony zbyt wysoko, żeby płyn nie przenikał do szyjki macicznej ($\frac{1}{2}$ — 1 metr). Ciepłota płynu 27° — 35° C. Do płókań pochwy stosuje się 1-o dla rozpuszczania i usuwania wydzielin śluzowych — *sody* (natr. bicarbonicum), 2-o w celu odwaniania i odkażania *nadmanganian potasu* (łyżka roztworu 2.₀ : 200.₀ na litr), a poza tem hydr. oxycyanat. (łyżka roztworu 1.₀ — 2.₀ : 200.₀), ac. lacticum (kwas mlekowy) (łyżeczka na litr), chloraktina i t. p. Z leków ściągających mają zastosowanie Arg. nitr. (1 : 5000 — 1 : 2000), ac. pyrolignosum crudum (łyżka na litr) i t. p. W uporczywych zapaleniach pochwy na tle rzeżączki ginekologdy zalecają pochwową (we wzierniku) kąpiel lapisową z 2% roztworu azotanu srebra. Kąpiel lapisową można stosować dwa razy w tygodniu. W razie obfitej wydzieliny z pochwy osiągałem wyniki pomyślne dzięki wycieraniu ścian pochwy gazikiem, zmoczonym w 1% — 2% — 5% roztworze azotanu srebra. W tym celu zamiast lapisu używa się jodyny, octu drzewnego, ichtyolu. Dobre działanie wywierają tampony, a także kuleczki pochwowe (z kryptargolem Lumiëra, prorgolem, azotanem srebra Gąseckiego, eutirsolem Spiessa i t. p.). Według niektórych autorów przepłókiwania pochwy dają wyniki lepsze, jeśli podczas zabiegu następuje wygładzanie błony śluzowej (Bucura, Miller i inni). W tym celu znajdują się w użyciu specjalne przyrządy, które zamykają wejście do pochwy, aby płyn, będący w pochwie, rozciągał jej ściany i wygładzał. Miller otrzymywał wyniki pomyślne, posiłkując się do płókań pochwowych gruszką Pinkusa. Zastosowanie do płókań gruszki Pinkusa sprawia, że płyn zaczyna odpływać z pochwy dopiero wówczas, gdy pochwa i sklepienie są wypelnione całkowicie. *W przypadkach przewlekłych* i uporczywych colpitis gon. Bucura zaleca wstrzykiwania szczepionki gonokokowej pod bło-

nę śluzową pochwy (według sposobu Bosseta i Poincloux).

Na pytanie, czy należy *leczyć szyjkę maciczną, zakażoną gonokokami* przy braku zmian chorobowych w więzadłach macicy, obecnie znajduje się odpowiedź zgodną, że *zaniechanie leczenia szyjki macicznej, a nie samo leczenie, jest główną przyczyną wstępowania zakażenia na wewnętrzne narządy rodne* (Bucura, Zieler, Malinowski, Walter, Beck, Gromadzki, Lorentowicz, Miller i inni). Martius leczy szyjkę maciczną w przypadkach rzeżączki przewlekłej. Podobne zapatrywanie ujawnił Martin, a także Pinkus. *Wskazaniem przeto do leczenia miejscowego szyjki macicznej jest ustąpienie objawów ostro zapalnych.* Powszechnie uważa się jako zasadę unikanie takich zabiegów, które mogą uszkadzać błonę śluzową kanału szyjki i w ten sposób stwarzać wrota dla zakażenia dodatkowego najczęściej przymacicza (parametritis). W okresie podostrym rzeżączki szyjki macicznej niektórzy badacze wraz z Bucurą polecają dokonywanie *upustu krwi przez nacinanie części pochwowej macicy*, przekrwionej znacznie (scarificatio). Po ustaleniu szyjki we wzorniku, oczyszczeniu, odkażeniu zapomocą nalewki jodowej, na całej powierzchni części pochwowej macicy robi się nacięcia niegłębokie co $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ cm. Ten zabieg jest okazją do dyskretnego pobrania krwi na odczyn B—W i gonoreakcję. Po dokonaniu nacięć należy założyć tampon z pudrem odkażającym (kseroform, dermatol i t. p.). Zabieg można powtórzyć po tygodniu. Bucura podkreśla, że takie postępowanie prowadzi niekiedy w krótkim czasie do ustąpienia zmian chorobowych szyjki.

W rzeżączce szyjki macicznej zwraca się przedewszystkiem uwagę na leczenie błony śluzowej kanału szyjki. Stosowanie w tym celu pręcików (kakaowych lub rozpuszczających się w wodzie) z przetworami srebrowymi nie znajduje wielu zwolenników. Większość badaczy polskich i zagranicznych wprowadza *leki do kanału szyjki zapomocą sondy Saengera lub Playfaira.* Wiadomo, że gonokoki mogą wnikać w głębię błony śluzowej, a nawet przedostawać się do podśluzówki szyjki macicznej. W tych przypadkach są one niedostępne dla leków. Jeżeli gonokoki znajdują się nawet w warstwach powierzchniowych błony śluzowej, to otacza je zwykle skupienie

śluzu, które zabezpiecza przed działaniem szkodliwym leków. Każde przeto wprowadzenie leku do kanału szyjki powinno być poprzedzone przez usunięcie czopu śluzowego, tkwiącego w ujściu. Ten śluz udaje się czasami usunąć mechanicznie za pomocą pręcika Playfaira lub Saengera, owiniętego cienką watą. Zabieg bywa skuteczniejszy, jeśli zmoczy się watę w 10% roztworze sody lub w roztworze boraksu. Ten ostatni sposób stosuje często w swoim oddziale. Pręcik Saengera z watą przytrzymuję w szyjce przez czas pewien aż rozpuści się czop śluzowy, który usuwam suchym wacikiem. *Najenergiczniejsze* natomiast oczyszczenie szyjki macicznej otrzymuje się za pomocą *małej bańki ssącej* (bańki Biera) (Bucura, Rudolph, Eversmann, Kirschberg, Weidgasser i inni). Bańka musi być dopasowana do rozmiarów szyjki macicznej (w handlu znajdują się bańki kilku rozmiarów). Szyjkę maciczną ustawia się we wzierniku, oczyszcza, odkaża, a następnie zakłada się bańkę Biera. Rurka gumowa łączy bańkę ze strzykawką. Przez wessanie powietrza powstaje w bańce powietrze rozrzedzone, dzięki czemu bywa wyssany z szyjki śluz zmieszany niekiedy z krwią. Wystarczy powtórzyć zabieg 1 — 2 razy, aby usunąć cały czop śluzowy. Po zdjęciu bańki kanał szyjki oczyszcza się watą i dopiero wówczas wprowadza się leki. Postępowanie powyższe ma na celu również opróżnienie gruczołów szyjki z wydzieliny zalegającej, w której mogą znajdować się gonokoki. Poza tem posiada także znaczenie wpływ odkażający przekrwienia biernego.

Po usunięciu w ten czy w inny sposób śluzu z szyjki macicznej stosuję (od 4-go tygodnia rzeźączki) tuszowania kanału szyjki i nadżerki za pomocą roztworów azotanu srebra 2% — 5%, lub prorgolu 6% — 10%. Leki te wprowadzam do kanału szyjki na pręcikach Playfaira lub Saengera. Zabieg powtarzam 2 razy w tygodniu. W międzyczasie stosuję przepłókiwania pochwy lekami odkażającymi lub ściągającymi, zakładanie tamponów z ichtyolem, prorgolem, azotanem srebra, albarginą, gałek pochwowych. *Leczenie rzeźączki szyjki macicznej rozpoczynam zwykle od płókań pochwowych i zakładania tamponów.* Jest to postępowanie najmniej drażniące i szkodliwe. Należy zaznaczyć, że niektórzy badacze (Miller) są przeciwni stosowaniu tamponów w leczeniu rzeźączki szyj-

ki. Brak wpływu leczniczego objaśniają małą zawartością leku w tamponie. Obecność jedynie gliceryny powoduje żywszy dopływ soków tkankowych, a przez to wzmacnia wchłanianie.

W okresie przewlekłym rzeźączki szyjki, Miller zaleca codzienne kąpiele lapisowe pochwy a u wieloródek, (od 5—6 tyg. rzeźączki) wprowadza do kanału szyjki małe tamponiki z waty lub gazy, zmoczone w 2% — 5% roztworze azotanu srebra. Tamponiki są zaopatrzone w długą nitkę, która wystaje nazewnątrz narządu rodnegó. Po 6 — 7 godz. chora usuwa tamponik. W przypadkach, w których zakażenie szyjki utrzymuje się pomimo leczenia, Bucura, Miller i inni stosują masaże kanału szyjki za pomocą sondy główkowej. Główka oliwkowa posiada nacięcia okrężne i mierzy w przekroju 4 — 5 mm. Po wprowadzeniu do kanału szyjki sondę posuwa się w pociągnięciach podłużnych od wewnątrz na zewnątrz. Postępowanie takie ma na celu wywołanie przekrwienia czynnego oraz usunięcie śluzu z gruczołów szyjki. Należy *unikać przejścia poza ujście szyjki wewnętrzne*. Zabieg powinien być wykonany w warunkach bezwzględnie jałowych z uwagi na możliwość zakażenia przymacicza. Bucura stosuje masaże szyjki także jako prowokację mechaniczną.

Janet leczy szyjkę maciczną przemywaniami roztworami nadmanganianu potasu w stężeniach coraz większych (od 0,15‰ do 0,25‰). W tym celu autor używa przemywacz własnego pomysłu w kształcie kateteru metalowego. W szyjce macicznej strumień płynu posiada kierunek odwrotny. Przyrząd Janeta łączy się z irrygatorem, podniesionym na wysokość nieznaczną (około 50 cm.). Zabieg wykonywa się codziennie. Po przepłókaniu szyjki Janet wprowadza niekiedy do kanału części pochwowej macicy pręciki (długości 1,5 cm.) z 20% argyrolem.

Z innych metod leczenia postaci przewlekłych rzeźączki szyjki należy wymienić jeszcze *zakładanie na ujście zewnętrzne kapturków celluloidowych* według sposobu Pusta. Zamknięcie ujścia zewnętrznego i zatrzymanie odpływu wydzieliny szyjki macicznej ma wywierać tutaj działanie zabójcze na gonokoki. Sposób leczenia Pusta łączono ze stosowaniem pasty „azidosan“ (hodowle bac. ac. lactici), azotanu srebra, protargolu, barwików akrydynowych (Kräntzel i Jaskolko). Oeltze-

Rheinboldt uważa ten sposób za bardzo niebezpieczny w leczeniu rzeżączki szyjki macicznej.

W przypadkach, w których przytoczonej powyżej metody lecznicze nie dawały wyników pomyślnych, Bucura osiągał wyleczenie zapomocą *wstrzykiwania szczepionki gonokokowej wprost do mięszu części pochwowej macicy* (Loeser, Levy-Solal, Miller). Te wstrzykiwania, dokonywane w pobliżu miejsc zakażonych gonokokami, według Bucury wywierają działanie szczególne i nie mogą być porównywane ani do podskórno-domięśniowych ani dożylnych zastrzykiwań szczepionki. Do wstrzykiwań doszyjkowych używa się strzykawkę Bucury, która jest podobna do strzykawki dentystów. Ten sposób leczenia oddaje niekiedy cenne usługi, a z uwagi na rychłe występowanie odczynu ogólnego, może być stosowany jedynie w szpitalu. W oddziale rozpoczynam wstrzykiwania doszyjkowe szczepionki od 50 milj. — 100 milj. i zależnie od stopnia oddziaływania chorej stopniowo podnoszą dawkę do 1000 milj. (Bucura do 3000 milj.). Sposób Bucury stosuję wśród tych chorych, u których nie stwierdzam wyników pomyślnych po zastrzykiwaniach domięśniowych szczepionki gonokokowej. Igłę wkłuwam się na głębokość 1—1½ cm. w miąższ szyjki macicznej. Według Bucury wstrzykiwania szczepionki doszyjkowe powodują zniszczenie gonokoków w głębszych warstwach błony śluzowej i bardzo często chronią od zabiegu operacyjnego. Miller stosuje wstrzykiwania szczepionki gonokokowej pod błonę śluzową szyjki macicznej (sposób Bosseta-Poincloux).

Corbus, O'Connor, Peacock, Williams i inni polecają *w leczeniu miejscowem szyjki macicznej przegrzewaniu diatermją*. Z innych sposobów leczenia fizykalnego można wymienić: zamrażanie Co_2 , gorące powietrze, lampa kwarcowa, Landeckera (Matteuci, Rocchi), elektroforezą roztworami zinc. chlor. 1½% — 2% lub Arg. nitr. ½% — 2% (Berger i Sonkoly), promienie Rentgena (Wetterer, Langer, Kaznelson), rad i ciała radiocynne.

Wypada zaznaczyć, że leczenie miejscowe szyjki macicznej przerywa się z chwilą wystąpienia objawów zapalenia przydatków lub podrażnienia otrzewnej.

W leczeniu rzeżączki odbytnicy stosuje się: wlewanie do-

odbytnicze roztworów protargolu, prorgolu (od $\frac{1}{2}\%$ do 3%), albarginy, gelarginy (od $\frac{1}{8}\%$ do 1% — 2%) w ilości 20 — 30 ccm., wycierania śluzówki zapomocą tych samych leków przeciwrzeźączkowych, zakładanie czopków, gałek z prorgolem, gelarginą, azotanem srebra. Lawatywy czyszczące. Nasiadówki ciepłe (łagodzą bóle). Walter poleca w rzeźączce odbytnicy zawiesinę albarginową Almkwista.

Wielu badaczy nie leczy miejscowo rzeźączki trzonu macicy (endometritis corporis uteri gon.) z powodu wątpliwości co do potrzeby takiego leczenia oraz z uwagi na zagrażające niebezpieczeństwo. Inna grupa autorów jest zdania, że w przypadkach, w których zakażenie jamy macicy nie ustępuje ani przez samowyleczenie po miesiączkowaniu, ani pod wpływem wstrzykiwań szczepionki swoistej, należy po okresie ostrym schorzenia rozpocząć celowe leczenie wewnętrzne. Bucura, L. Fränkel stawiają warunek: brak zmian w przypadkach.

W okresie ostrym rzeźączki trzonu macicy zaleca się leczenie zachowawcze: spokój, leżenie w łóżku, regulowanie wypróżnień, lód lub ciepłe wilgotne okłady, djeta lekkostrawna, leki przeciwbólowe i t. p. Przy krwawieniach: extr. hydr. canadensis fluid., hydropiperol Ege, remedium sed. haemost Spiess, stypticum Klave, liq. sedans Parke Davis i t. p. Leczenie miejscowe można stosować dopiero w okresie przewlekłym schorzenia. Nadmienię jedynie o wprowadzaniu do jamy macicy zapomocą pręcików Saengera lub Playfaira azotanu srebra, ichtyolu, zawiesiny gonakryny w oliwie, 2% formaliny i t. p., o zastrzykiwaniu strzykawką Browna lub zwykłą, zaopatrzoną w specjalną nasadkę kolargolu 2% , cholewalu 1% i t. p. Wstrzykiwania wykonywa się powoli kroplami, z zachowaniem możności odpływu. Większe stężenia leków oraz leki silnie drażniące wywołują skurcze macicy i wstępowanie zakażenia do jajowodów. Z uwagi na to, niektórzy badacze (Miller i inni) radzą wkraplaniu do jamy macicy zupełnie usunąć z lecznictwa rzeźączki.

W okresie ostrym zapalenia przydatków na tle rzeźączki równie pierwotnego jak i nawrotowego, chore powinny zachować bezwzględny spokój. Wszelkie zabiegi miejscowe są przeciwwskazane. Leżenie w łóżku obowiązuje dotąd, aż tętno

i ciepłota przez tydzień będzie prawidłowa. *Przeciwko bólowi stosuje się zimno* (pęcherz z lodem) rzadziej ciepło zależnie od tego, co wywiera u chorej lepsze działanie kojące. Poza tem bóle zwalczamy podawaniem leków uśmierzających aż do morfiny wyłącznie. W przypadkach mało burzliwych poleca się pyramidon, przetwory salicylowe i t. p. Równocześnie należy dbać o prawidłowe wypróżnienia i prawidłowe oddawanie moczu. Uregulowanie diety i podawania płynów. Zwalczanie bezsenności i krwawień zapomocą odpowiednich leków. Niektórzy z badaczy zalecają wlewania dożylnie (codziennie) 10% roztworu cukru gronowego lub 10% roztworu chlorku wapnia.

Przejsięcie okresu ostrego zapalenia przydatków w przewlekły ujawnia lepiej i pewniej badanie krwi (odczyn Biernackiego oraz zmniejszenie liczby leukocytów), niż stan ciepłoty lub skargi podmiotowe chorej. *W okresie przewlekłym zapalenia przydatków* stosuje się leczenie zachowawczo - resorbcyjne, bodźcowe i operacyjne. Celem przyspieszenia wchłaniania się nacieków i wysięków już w okresie podoстрыm, stosuje się ciepło (szafki Polano, termofory, ciepłe okłady, przegrzewania diatermją, przyrząd Arzbergera do odbyticy, Sollux, nasiadówki gorące i t. p.), tampony z ichtyolem, eutirsolem, jodkiem potasu, jothionem i t. p. Wielu z autorów (Eymer, Menge i inni) leczy zapalenie przydatków naświetlaniami, promieniami Roentgena. Napromieniania rentgenowskie powodują rozpad leukocytów i histjocytów, a wyzwolone z tego rozpadu zczyny proteolityczne mają wywierać wpływ na przyspieszenie odnowy tkanek uszkodzonych. Po naświetlaniach promieniami X spostrzegano często odczyn gorączkowy. Leczenie zdrojowe (kąpiele borowinowe, solanki, picie wód radoczynnych) rozpoczyna się przy prawidłowym odczynie Biernackiego i prawidłowym obrazie leukocytoym.

↪ Na uwagę szczególną zasługuje *leczenie bodźcowe*. Istnieje pogląd, że dopóki w zapaleniu przydatków trwa gorączka powyżej 37,5⁰, należy odróżniać *leczenie bodźcowe nieswoiste od swoistego* (stosowanie szczepionek gonokokowych). Już w okresie ostrym zapalenia przydatków, a także przy utrzymywaniu się ciepłoty podniesionej przez czas dłuższy można

rozpocząć leczenie bodźcowe *nieswoiste, łagodne*. Jako takie uważa Bucura i większość badaczy wstrzykiwania omnadiny, storminy (polski przetwór — panodina Klawego). Takie postępowanie lecznicze powoduje, że ciepłota obniża się do poziomu prawidłowej, dolegliwości podmiotowe stają się bardzo łagodne, bądź ustępują całkowicie. Podobny a czasami nawet wybitniejszy wpływ kojący na bóle wywiera *autohemoterapja*. Poza tem wstrzykiwania krwi własnej *obniżają także ciepłotę* oraz wyraźnie skracają czas leczenia. Stosownie do tych wskazówek w okresie względnie *ostrym* zapalenia przydatków rozpoczynam leczenie od *zastrzykiwań omnadiny, panodiny bądź krwi własnej chorej*, a dzięki temu unikam zbyt gwałtownych odczynów ogólnych i ogniskowych. Jeżeli po wstrzyknięciu gorączka rychło nie spada, wskazuje to na uczynnienie sprawy chorobowej w przydatkach.

Z *autohemoterapją* łączy się zagadnienie *uodporniania biernego w rzeżączce kobiet*. W leczeniu rzeżączki kobiet stosowanie uodporniania biernego nie zyskało dotąd uznania powszechnego, ponieważ osiągnano wyniki nader rozmaite. Jedni z autorów przypuszczają, że seroterapja wywiera wpływ *nieswoisty*, jak leczenie *białkiem obcem*, inni zaś są zdania, że wpływ pomyślny wstrzykiwań surowicy zaznacza się przede wszystkim w tych przypadkach, w których przeciwciała ustroju są wyczerpane, a wytwarzanie ich nie może być pobudzone przez stosowanie szczepionki. *Leczenie rzeżączki* surowicą przeciwagonokokową, zapoczątkowane przez Rogersa i Torreya, Brucka, Wassermanna i innych nie znalazło większego zastosowania z uwagi na występowanie objawów anafilaksji (wstrząs anafilaktyczny, choroba posurowicza i t. p.). *Seroterapja dożylna* według sposobu Ravaut i Ryckenwaertha okazała się nader *niebezpieczną*, a stosowanie wstrzykiwań surowicy przeciwmeningokokowej (Grimberg, Uran, Chauvet, Marfan i Debré, Malaterre i inni) ograniczono do pewnych określonych wskazań. Bucura i Schwartz otrzymywali pomyślne wyniki lecznicze w rzeżączce, *zastrzykując surowicę końską*, przyczem wykazali doświadczalnie, że *surowica końska* daje odchylenie dopełniacza z autygenem gonokokowem. Istnieje pogląd, że *wskazaniem do seroterapji są te postaci rzeżączki kobiet*, które przebiegają z *ogólnymi burzliwymi ob-*

jawami toksycznymi wraz z podrażnieniem otrzewnej. Niektórzy z badaczy stosują surowicę miejscowo w tamponach pochwowych, lub w zastrzyknięciach do tkanki schorzalej (Cetroni, Colombo, Rosica i inni).

W rzeźączce kobiet zwłaszcza powikłanej zapaleniem przydatków, niemałą rolę odgrywa leczenie *wyjałowionem mlekiem krowim* (lactotherapia). Ten sposób został wprowadzony w czasach nowszych przez Schmidta. Mleko ogrzewa się do 100° C. w kąpeli wodnej przez — 10 — 15 — min., a po ostudzeniu natychmiast zastrzykuje się w mięśnie pośladowe. Dawki podnosi się stopniowo od 6 ccm. — 10 ccm. do 15 ccm. co 3 — 4 — 5 dni w zależności od natężenia odczynu. Z przetworów gotowych można wymienić: lactosteril, lacvacin, aolan, yatren-casein, flavon-casein, jochinol-casein. Nagłe podniesienie ciepłoty z następnym spadkiem raptownym jest objawem znamionym w leczeniu mlekiem. Buschke i Casper badali doświadczalnie na zwierzętach mechanizm działania leczniczego wstrzykiwań mleka w zakażeniach gonokokami. Na podstawie tych poszukiwań badacze ci wnioskuje, że rzecz polega na wywoływaniu „wzmoczonej odporności“ ustroju, a *działanie lecznicze zastrzykiwań mleka jest zupełnie odwrotne do wpływu jądów gonokokowych* (t. zw. aggręsyn Caspera) na leukocyty i układ siateczkowo-śródbłokowy (pobudzenie fagocytozy). Z powikłań należy wskazać na zjawiska anafilaktoidalne (Oppenheim, Sachs, Galewsky, Bernhardt i inni), występujące bezpośrednio po zabiegu w postaci napadów duszności, sinicy, obrzmienia twarzy, kołatania serca, mdłości i t. p. *Przeciwwskazaniem dostosowania zastrzykiwań mleka są: gruźlica, schorzenia serca z zaburzeniem w krążeniu, ogólne ostre choroby zakaźne, osłabienie oraz powikłania rzeźączkowe w okresie ostrym z bardzo wysoką ciepłotą*. Lichter podaje swój sposób leczenia rzeźączki kobiet wstrzykiwaniami mleka. Autor zastrzykuje mleko krowie w ciągu *pierwszych 4 dni* (codziennie) w dawce od 6 — 7 — 8 ccm. do 9 — 12 ccm., a po 2-dniowej przerwie dodaje dwa ostatnie wstrzyknięcia. Jeżeli poprzednio już było stosowane mleko krowie, Lichter wybierał do wstrzykiwań mleko kozie. Ostatnio Loeb wstrzykuje w ciągu 4-ch dni z rzędu od 8 ccm. do 12 ccm. mleka, a po 3-ch

dniach przerwy powtarza zabieg dwukrotnie. Dzięki tej metodzie Loeb osiągnął wyleczenie w rzeżączce kobiet w 85% przyp., przyczem przeciętny pobyt w szpitalu trwał 53 dni. Już po 9 dniach leczenia nie wykrywano gonokoków. Loeb wskazuje na przewagę tego sposobu leczenia nad innymi (zimnicą szczepioną, pyriferem, szczepionką gonokokową). Ponieważ odczyn wiązania dopełniacza bywa dodatni często dopiero w 2 — 3 tygodniu schorzenia, według tego badacza jest to okres, w którym wskazane jest leczenie mlekiem.

Opierając się na spostrzeżeniu, że przebycie ostrych chorób zakaźnych z wysoką ciepłotą wywiera wpływ dodatni na przebieg rzeżączki, czyniono też próby leczenia *wstrzykiwaniami szczepionki tyfusowej, szczepionki dmelcos, pyriferu* (nieswoiste białka bakteryjne) oraz zimnicą szczepioną (Pawlas, Schmidla, Vanik, Werther i Köster, Marras, Kumer i inni). Takie postępowanie łączono często z *leczeniem miejscowym*. Co tyczy się leczenia rzeżączki zimnicą, to, pomijając okoliczność, że zimnica szczepiona nie jest zupełnie bezpieczna dla chorych, dzięki tej metodzie wyniki nie były lepsze od otrzymywanych zapomocą zwykłych sposobów leczenia (Stern i inni).

Wstrzykiwania *krwi własnej, surowicy, mleka, szczepionek* są to metody leczenia, które polegają na wprowadzaniu pozaotrzewnowem ciał i przetworów koloidowych białkowych. Wyniki podobne można uzyskać także po stosowaniu ciał koloidowych niebiałkowych. Z preparatów, używanych najczęściej w rzeżączce, należy wymienić *olej terpentynowy*, wprowadzony do lecznictwa przez Klingmüllera, w postaci *zawiesiny 10% — 20% w oliwie*. Według Klingmüllera, Heinza, Luithlena wstrzykiwania zawiesiny oleju terpentynowego powodują powstawanie w nadmiarze niweczników, które zobojętniają działanie szkodliwe jądów w ogniskach chorobowych oraz wywierają działanie pobudzające na rozmnażanie się ciałek białych krwi. Z gotowych przetworów można wskazać na novoterpen, terpichin i t. p. Pawlas stosował w rzeżączce wstrzykiwania domięśniowe olejku santalowego rozcieńczonego w olejku migdałowym (20% — 50%). Do koloidoterapii zalicza się również *wstrzykiwania ichtyolu* (Straszyński), *zawiesiny siarki* (Kwazebart), a także *związków koloidowych*

metali: arg. colloidalne, collargol (1% — 2%), dispargan 2%, electrargol, fulmargin 10/00, electrocollargol i t. p. Te ostatnie przetwory koloidalne znajdują raczej zastosowanie w sprawach septycznych, wywołanych przez inne bakterje, a nie przez gonokoki.

Krótko zaznaczę, że w rzeżączce kobiet próbowano stosowanie leków przeciwprzymiotowych, wstrzykiwano enesol, sublimat, a także arzenobenzole. W przypadkach jednak, w których obok rzeżączki współistniało zakażenie przymiotem, leczenie przeciwprzymiotowe nie wywierało wpływu widomego na przebieg rzeżączki (Bucura). Poza tem Fournier i Mollaret leczyli rzeżączkę przetworami złota. Badacze ci osiągnęli „wyleczenie zupełne“, *stosując wstrzykiwania złota jedynie w dawkach dużych*, lecz zarzucili ten sposób leczenia z uwagi na częste i *niebezpieczne objawy uboczne*.

Duże nadzieje pokładano również w leczeniu rzeżączki przetworami barwиковymi (methylenblau, trypaflavina, rivanol, gonoflavina, gonakryna, pyridium), które stosowano w postaci wlewań dożylnych, doustnie i doodbytniczo. Prace Szczodrowskiego, Pawlasa, Orgańskiej i innych wskazują na akrydynoterapię jako *na leczenie pomocnicze, wspierające leczenie miejscowe w rzeżączce*. Rzecz dotyczy także połączeń barwików z metalami, jak merkurochrom, methylenblausilber i t. p. Tommassi, Cappelli, Del Vivo, Leidi, Radaeli, Gaviati leczą barwиковymi akrydynowemi wszystkie postaci ostrej i podostrej rzeżączki dróg moczowych oraz septicemję gonokową. Grassi wstrzykuje *trypaflawinę* wprost do mięszu szyjki macicznej.

Zastrzykiwania szczepionki swoistej, zastosowane w czasie właściwym, jest metodą, która daje wyniki nader pomyślne w leczeniu rzeżączki kobiet. (Heinsius, Van de Velde, Fromme, Guggisberg, Weinstein, Sternberg, Bucura, Beck, Gromadzki, Lorentowicz, Miller, Malinowski i inni). Ogół badaczów rozpoczyna *leczenie szczepionką gonokokową dopiero w okresie przewlekłym schorzenia* (spadek ciepłoty, prawidłowy odczyn Biernackiego, prawidłowa liczba leukocytów). Niektórzy z autorów (Köhler, Mironoff i inni) nie spostrzegli poprawy widomej po wstrzykiwaniach szczepionki gonokowej w rzeżączce kobiet.

Wpływ lecznicy szczepionek zależy przedewszystkiem *od jakości przetworu*. Szczepionka powinna być świeżo przygotowana i składać się ze świeżych szczepów gonokokowych, wyhodowanych niedawno. Następnym warunkiem powodzenia — to wielowartościowość (polyvalentność) szczepionki (Castellino, Le Fur, Devergi, Ramorini i inni). Le Fur, Lebreton, Barbeillon podkreślają przewagę pod tym względem auto-szczepionek. Badacze ci są zdania, że autoszczepionki są bardziej czynne oraz wywierają wpływ wybitniejszy na zjawiska odpornościowe ustroju zakażonego, a przez to posiadają większą wartość praktyczną.

W ramach pracy niniejszej nie mogę podać szczegółów, dotyczących leczenia szczepionkami. Nadmienię jednak, że rozwój poglądów na istotę leczenia szczepionkami wogóle a szczepionkami gonokokowymi w szczególności zmierzał stale ku ulepszaniu tej metody leczniczej (Pasteur, Wright, Pfeifer i Kolle, Ehrlich, Wassermann, Voghan, Friedberger, Besredka i inni). Do dnia dzisiejszego *brak jest jeszcze uzgodnionego stanowiska, co do wyjaśnienia mechanizmu działania leczniczego szczepionek*. Wright przypuszczał, że stosowanie szczepionek powoduje zwiększenie zawartości opsonin w surowicy krwi. Z uwagi na to zalecano oznaczanie wskaźnika opsonicznego danej surowicy celem regulowania dawek i przerw w zastrzykiwaniach szczepionek. Obecnie panuje przekonanie, że spostrzeżenie kliniczne daje bardziej cenne pod tym względem wskazówki (Mauté). W leczeniu szczepionkami Wright podkreślał także znaczenie okresu ujemnego, w którym objawy chorobowe ujawniają skłonność do nasilania się przejściowego. Autor przestrzegał, żeby następne wstrzyknięcie kolejnej szczepionki miało miejsce *dopiero po ustąpieniu tego okresu ujemnego*.

W czasach nowszych *teorja opsoninowa Wrighta zostaje zarzucona* stopniowo, ponieważ w niektórych schorzeniach bakteryjnych, nieleczonych poprzednio szczepionkami, stwierdzono wahania w zawartości opsonin w surowicy krwi, co według Wrighta występowało jedynie po wstrzykiwaniach szczepionek rozmaitych (Lewin i Fink). Technika przygotowywania szczepionek uległa od czasów Wrighta zmianom zasadni-

czym. Usiłowano (Nicolle, Bruck i inni) wynaleźć sposób przygotowania szczepionki jaknajbardziej czynnej.

Większość badaczy podkreśla, że w leczeniu rzeżączki szczepionkami warunkiem nieodzownym wyników pomyślnych *jest wystąpowanie odczynu ogólnego (acz niezbyt nasilonego)*. Niezjawianie się tego odczynu po wstrzykiwaniach rokuje dłuższy przebieg leczenia. Poza tem istnieje przypuszczenie, że tylko duże dawki szczepionki wywierają wpływ widomy leczniczy (Demonchy, Debain, Minet i inni), małe zaś dawki *mogą powodować przyzwyczajanie się* ustroju do szczepionki.

W rzeżączce kobiet Bucura *rozpoczyna* wstrzykiwania szczepionki gonokokowej (*podskórnice, domięśniowo*) od 300 — 500 milj. i szybko dochodzi do 3000 — 6000 milj. Wlewania dożylnne szczepionki, wprowadzone do lecznictwa przez Brucka i Sommera, wywołują wśród kobiet nieprzyjemne objawy uboczne (O. Clara). Swab, Mockell i inni wstrzykiwali szczepionkę gonokokową doskórnice. W innem miejscu tej pracy wspominałem już o stosowaniu wstrzykiwań podśluzówkowych według sposobu Bosseta i Poincloux oraz do mięszu narządów zakażonych (sposób Bucury). Tutaj natomiast pragnę nadmienić, że w rzeżączce kobiet czyniono też próby zastrzykiwań szczepionki gonokokowej (Burlakow i Kandyba) *do śluzówki szyjki macicznej* i osiągnano rychle ustępowanie bólów oraz wchłanianie się zmian zapalnych w przydatkach.

Współistnienie *zakażenia gonokowego i dodatkowego bakterjami pospolitemi* jest wskazaniem do stosowania szczepionki mieszanej (gonokoki, paciorkowce, gronkowce, prątki okrężnicy). Według Bucury szczepionka gonokokowa przez połączenie ze szczepionką mieszaną (paciorkowce, gronkowce, prątki okrężnicy), staje się po pewnym czasie bezskuteczną zupełnie, in vitro bowiem tak samo, jak w ustroju nieliczne żywe gonokoki podlegają zgubnemu wpływowi jadowitych bakterji ropnych. Rzecz znajduje potwierdzenie w spostrzeżeniu klinicznym, że w zakażeniu mieszanem ustrój oddziaływała słabiej na zastrzykiwania szczepionki tylko gonokokowej. Według Bucury w przypadkach rzeżączki, w których stwierdza się zakażenie dodatkowe bakterjami ropnemi, należy przeprowadzać leczenie szczepionkami w ten sposób, że wstrzykuje się *na zmianę szczepionkę gonokokową i mieszaną*, bądź ró-

wnocześnie w rozmaitych miejscach ciała jedną oraz drugą szczepionkę, bądź w jedno miejsce ciała po zmieszaniu obu szczepionek ad hoc w strzykawce, bądź w końcu rozpoczyna się leczenie od szczepionki gonokokowej, a kończy się szczepionką mieszaną.

Löser stosuje wstrzykiwania *podskórne żywych gonokoków*. (Walther, Tachezy). Według Lösera wystarcza niekiedy jedno a rzadziej 2 — 3 wstrzyknięcia do wyleczenia rzeżączki. Ze względu na *objawy uboczne (ulcus gonorrhoeicum serpiginosum w miejscu wstrzyknięcia, złośliwe zapalenie mięśni)*, ten sposób postępowania nie przyjął się w lecznictwie rzeżączki (Friboes, Hesse i Obermeyer, Felke, Stümpke i inni). Poza tem Treger stwierdził doświadczalnie, że w skórze gonokoki zachowują długo zdolność do rozwoju.

Tausch wprowadził do lecznictwa rzeżączki t. zw. „*Mischvaccinē*“. Jest to równomierna mieszanina kilku rozmaitych wieloważnych szczepionek gonokokowych, znajdujących się w handlu. Tausch osiągał dzięki tej szczepionce w 100% przyp. wyleczenie *trwałe*. Zastrzykiwania wykonywano codziennie w ciągu 9 — 11 dni bez wpływu ujemnego na ogólny stan zdrowia chorych. Caesar, Labhardt, Laubscher, którzy próbowali leczyć rzeżączkę wśród kobiet metodą Tauscha, zmuszeni byli zaprzestać leczenia w ten sposób z uwagi na niezwykle działanie toksyczne codziennych zastrzykiwań szczepionki.

Należy zaznaczyć, że i w przebiegu leczenia szczepionkami gonokokowymi, powszechnie używanymi, spostrzega się występowanie *objawów ubocznych* w postaci *opryszczek* na wargach ust (herpes labialis) oraz *któtkotrwałych objawów mózgowych*, które przypominają objawy podrażnienia opon mózgowych (meningismus) lub zapalenia *mózgu* (Birnbäum). Przeciwwskazaniem do stosowania szczepionek swoistych są rozległe i czynne zmiany płuc (gruźlica), ciężkie schorzenia serca i innych narządów wewnętrznych. Co się tyczy szczepionki gonokokowej mieszanej, to przeciwwskazaniem jest także każde ognisko schorzenia w okresie przewlekłym lub utajonym, które może zawierać bakterje ropne.

Czas leczenia rzeżączki kobiet szczepionką gonokokową waha się w dość dużych granicach. Doświadczenie kliniczne poucza, że stosowanie współczesne leczenia *miejscowego* skra-

ca ten czas wybitnie. Zwolennicy leczenia rzeżączki kobiet szczepionką swoistą zalecają w przypadkach uporczywych wznowienie wstrzykiwań po przerwie wielotygodniowej. Rzecz znajduje uzasadnienie w spostrzeżeniu, że wytwarzanie się ciał odpornościowych w ustroju trwa przez dłuższy jeszcze czas po zaprzestaniu leczenia szczepionką, przyczem wynik początkowo niepomyślny może przeistoczyć się niekiedy podczas przerwy w wyleczeniu całkowite. Według Bucury leczenie rzeżączki kobiet wstrzykiwaniami szczepionki gonokokowej kończy się pomyślnie w tych przypadkach, w których odczyn wiązania dopełniacza z autygenem gonokokowym wypada dodatnio (umiejscowienia bardziej głębokie ognisk zakażenia).

Leczenie rzeżączki kobiet przesączami bakteryjnymi (*antivirus Besredki*), stosowanymi bezpośrednio na miejsca schorzałe (*Cetroni*), a także płókaniami pochwy staremi szczepionkami gonokokowymi — zakończone było niepowodzeniem zupełnem. Bezowocne także były próby leczenia bakterjofagami Herella (Pelouze i Schönfeld).

Pozatem Pieper i Wolffenstein zapoczątkowali szczególnie sposób leczenia rzeżączki kobiet. Badacze ci pierwsi zastosowali w celach leczniczych przesącze płynnych hodowli gonokokowych. Ten swoisty przetwór gonokokowy (nazwany „gonotoksyną“), zawierał oprócz jadów, uwolnionych przez rozpad gonokoków, także produkty przemiany materji żywych gonokoków. Zgodnie z teorią Torikata Pieper i Wolffenstein ogrzewali te przesącze hodowli gonokokowych w ciągu 20 min. w kąpieli wodnej (100° C.) i otrzymywali zmniejszenie wybitne jadowitości bez wpływu ujemnego na pomyślność działania leczniczego. Badacze wstrzykiwali „gonotoksynę“ podskórnie wśród chorych na rzeżączkę w dawkach od 0,5 ccm. do 3 ccm. w przerwach co 3 — 4 dni. W przypadkach zapalenia przydatków osiągnięto wyniki dodatnie już po 7 zastrzyknięciach gonotoksyny. Pieper i Wolffenstein podkreślają w leczeniu rzeżączki kobiet przewagę gonotoksyny („*compligonu*“ *Scheringa*) nad stosowaniem szczepionek gonokokowych, które według Torikata zawierają t. zw. „*impedine*“, ciała odpornościowe bakterji, skierowane przeciwko ciałom odpornościowym ustroju. W gonotoksynie „*impedine*“ Torikata zostaje

zniszczona przez ogrzanie w kąpeli wodnej. Corbus stosował w leczeniu rzeżączki *gonotoksynę*, przygotowaną w pracowni Parke Davis (według przepisu Clarka, Ferry i Steela). Jest to jałowy przesącz buljonowy z hodowli gonokokowych 2—4—6 dniowych. Corbus wstrzykuje ten przetwór gonokokowy doskórnie w dawkach wzrastających od 0,25 ccm. do 1 ccm. Leczenie trwa 4 — 7 tyg., a niekiedy dłużej. Badacz ten przestrzega przed powtarzaniem zastrzykiwań w jedno i to samo miejsce skóry z uwagi na możliwość zjawienia się *martwicy* (objaw Arthusa). Należy nadmienić, że *gonotoksynę* („*compilgon*“) wstrzykiwano *podskórnie lub doskórnie*, lecz także wprost do ognisk zakażenia (do szyjki macicznej, gr. Bartholiniego, cewki, odbytnicy) (Löser, Hübner, Langer i Proppe).

Stwierdzenie wyleczenia.

Wśród kobiet stwierdzanie wyleczenia z rzeżączki opiera się przede wszystkim na ustąpieniu objawów klinicznych schorzenia oraz na wynikach ujemnych badań bakteriologicznych, powtarzanych niejednokrotnie w ciągu kilku miesięcy i *po szeregu prowokacji*. Prowokacje te mają za cel wywołanie podrażnienia błony śluzowej cewki moczowej, szyjki macicznej, odbytnicy, wskutek czego powstają chwilowo lepsze warunki dla rozwoju gonokoków, ukrytych w głębi tkanek. Gonokoki rozmnażają się, wędrują na powierzchnię błony śluzowej i dają się wykazać zapomocą badań bakteriologicznych.

W stwierdzeniu wyleczenia obecnie stosuje się:

1) — *prowokację pokarmową i alkoholową* (djetetyczną), która polega na wypiciu kilku kieliszków wódki lub kufła mocnego piwa oraz na spożyciu *potraw ostrych*. Nazajutrz bada się wydzielinę z cewki moczowej, a w razie jej nieobecności, nitki z porannego moczu oraz wydzielinę z szyjki macicznej lub z gr. przedsionkowych.

2) — *prowokację mechaniczną (mięśnienie cewki moczowej na zgłębniku metalowym)*. W rzeżączce szyjki macicznej Bucura poleca jako prowokację mechaniczną mięśnienie szyjki zapomocą sondy główkowej własnego pomysłu. Nazajutrz i w ciągu 3 dni badanie mikroskopowe.

3) — *prowokację biologiczną*. Najlepszą *prowokacją biologiczną jest miesiączkowanie*. Z uwagi na to bada się wydzielinę z cewki moczowej i z szyjki macicznej po każdym miesiączkowaniu (w ciągu niekiedy 3 — 6 mies. przy braku objawów klinicznych schorzenia). Jako *prowokację biologiczną* stosuje się także jednorazowe wstrzyknięcie *doskórne*, *podskórne* lub *domięśniowe szczepionki gonokokowej w dawce 50—100 milj.* (w tym celu wstrzykiwano także aolan (Stein), jochinol-kazeinę i t. p.). W niektórych przypadkach spostrzeżę się odczyn *ogólny i ogniskowy*. Badanie mikroskopowe następnego dnia po zabiegu oraz w ciągu 3 dni następnego. Należy zaznaczyć, że niektórzy badacze zalecają jako *prowokację biologiczną* podawanie *środków przeczyszczających*, które wywołują przekrwienie czynne narządów rodnych kobiecych. Według Fajgela działanie zbliżone wywiera jedno lub dwurazowe *przeżerwanie długotrwałe (do 2 godz.) diatermją dolnej połowy brzucha*.

4) — *prowokację chemiczną*, która polega na wstrzyknięciu do przewodu szyjki, cewki moczowej, odbytnicy leku o stężeniu znacznym (2% roztwór azotanu srebra, 5 — 10% siarczanu miedzi, 10% wody utlenionej, 20% roztworu płynu Lugola i t. p.), lub na wycieraniu kanału szyjki macicznej cewki moczowej 5% roztworem siarczanu miedzi (Miller). Niektórzy z badaczy zaniechali stosowania *prowokacji chemicznej* z uwagi na następstwa takich zabiegów (Szczerkowski i inni).

Wówczas jest mowa o *wyniku ujemnym każdej prowokacji*, gdy oględziny zewnętrzne oraz badanie zestawione (ginekologiczne) *nie wykaże* klinicznie zmian chorobowych w narządach rodnych kobiecych, a *badanie mikroskopowe* wydzieliny z cewki moczowej, *nitek z moczu, wydzieliny z gr. przedstonkowych, szyjki macicznej, odbytnicy, nie ujawni obecności gonokoków*. Poza tem jeżeli po 3 — 6 kolejnych miesiączkowaniach wynik badania klinicznego i bakterjologicznego *będzie ujemny*, świadczy to o wyleczeniu z rzeżączki.

Wielu z badaczy przypisuje znaczenie rozstrzygające w stwierdzaniu wyleczenia wynikom otrzymywanym z posiewów *wydzieliny* (po *prowokacji*) z *ujścia zewnętrznego* szyjki

ki macicznej, cewki moczowej i innych ognisk zakażenia. *Inni* natomiast badacze (Bucura) są zdania, że *badania hodowlane wśród* kobiet nie pozwalają na wnioski daleko idące, a poza tem są nader kłopotliwe i rzadziej dają wyniki dodatnie, niż badania mikroskopowe.

W stwierdzaniu wyleczenia z rzeżączki starano się *wykorzystać odczyn wiązania dopełniacza* (Müllera - Oppenheima). Z piśmiennictwa jednak wynika, że wyniki, osiągnane za pomocą tego badania serologicznego należy oceniać b. ostrożnie. W chwili obecnej *niewiadomo jeszcze*, jak długo po wyleczeniu rzeżączki utrzymują się wyniki *dodatnie odczynu wiązania dopełniacza*. Opisywano przypadki, w których odczyn dodatni występował po upływie $1\frac{1}{2}$ roku po stwierdzeniu wyleczenia z rzeżączki. Jeżeli poprzednio dodatni wynik gonoreakcji zmieni się na ujemny w chwili stwierdzenia wyleczenia z rzeżączki, to jest to dowód, wspierający słusność naszych wniosków (Szwojnicka, Zawodziński, Zalewski i inni). *Wynik dodatni gonoreakcji może nie być dowodem braku wyleczenia*. Wiadomo, że wstrzykiwania szczepionki gonokokowej nawet wśród osobników zdrowych mogą również spowodować *wystąpienie dodatniego odczynu wiązania dopełniacza*. Poza tem Rubinstein (i inni) w 30% przyp. o dodatnim odczynie *B. Wassermannu* otrzymywał także *dodatnie wyniki odczynu Bordet - Gengou z antygenem gonokokowym*. *Ujemny wynik gonoreakcji nie świadczy także przeciwko możliwości udzielenia zakażenia rzeżączką, sprawa chorobowa bowiem w głębi tkanek może ulec wyleczeniu, podczas gdy na powierzchni błon śluzowych gonokoki rozwijać się mogą nadal*.

PROJEKT STATUTU POLSKIEGO ZWIĄZKU PRZECIWWENERYCZNEGO.

I. Nazwa, siedziba i teren działalności Związku.

§ 1.

Związek nosi nazwę: Związek Przeciwweneryczny.

§ 2.

Siedzibą Związku jest m. st. Warszawa.

§ 3.

Działalność Związku rozciąga się na całe Państwo Polskie.

II. Cel i zadania Związku.

§ 4.

Celem Związku jest zespolenie i skoordynowanie działalności społecznej, zmierzającej do obrony przed szerszeniem się chorób wenerycznych w społeczeństwie.

§ 5.

Związek osiąga swój cel przez wykonywanie zadań następujących:

1. Opracowanie ogólnych wskazań, według których winna być prowadzona w ramach Związku akcja obrony społecznej przed chorobami wenerycznymi; plan ogólny akcji i organizacja ogólna działania w ramach Związku;

2. współpraca z władzami rządowymi i samorządowymi oraz z Kasami Chorych;
3. oganizowanie propagandy obrony społecznej przed chorobami wenerycznymi; przez odczyty, pogadanki, pokazy odpowiednich filmów, drukowanie ulotek, plakatów, napisów, pouczeń i t. p. oraz wydawanie czasopism, instrukcyj i regulaminów obowiązujących dla członków;
4. urządzenie wystaw, bibliotek, muzeów, zjazdów krajowych, uczestników w zjazdach zagranicznych, utrzymywanie zakładów wyszkolenia personalnego, zatrudnionego w akcji przeciwenerycznej, popieranie prac naukowych w dziedzinie studjów nad chorobami wenerycznymi;
5. ogłaszanie perjodycznych sprawozdań z przebiegu i wyniku akcji, prowadzonej w ramach Związku w dziedzinie obrony przed chorobami wenerycznymi oraz gromadzenie i ogłaszanie danych, dotyczących się stanu chorób wenerycznych w Polsce;
6. udzielanie członkom Związku pomocy organizacyjnej i finansowej z funduszków własnych lub oddanych do dyspozycji Związku przy zakładaniu i utrzymywaniu instytucyj, potrzebnych do obrony przed chorobami wenerycznymi i mających na celu zaspakajanie potrzeb całego terytorjum Państwa lub pewnego okręgu (np. przychodni przeciwwenerycznych);
7. staranie o zwiększanie środków materialnych na cele obrony społeczeństwa przed chorobami wenerycznymi;
8. udzielania opinji o przedstawienie wniosków na żądanie władz państwowych w sprawach, dotyczących obrony przed chorobami wenerycznymi, a w szczególności w sprawach rozdziału subwencyj państwowych na cele akcji przeciwwenerycznej;
9. współdziałanie z towarzystwami zagranicznymi o podobnych zadaniach, a specjalnie ze Związkiem Międzynarodowym przeciw niebezpieczeństwu wenerycznemu w Paryżu.

III. Charakter prawny Związku.

§ 6.

Związek jest osobą prawną i jako taki posiada wszystkie z tego tytułu płynące prawa, a w szczególności ma prawo przyjmować zobowiązania prawne, nabywać, zbywać i obciążać wszelki majątek ruchomy i nieruchomy, poszukiwać i bronić swoich praw w sądzie i dokonywać wszelkich bez wyjątku czynności prawnych.

§ 7.

Związek posiada własną pieczęć i godło.

IV. Skład Związku, obowiązki i prawa członków.

§ 8.

Członkami Związku mogą być:

1. Wszelkiego rodzaju związki publiczno-prawne, jak np. terytorjalne związki samorządowe, celowe związki samorządowe. Kasy chorych i t. p. zainteresowane w sprawie obrony społecznej przed chorobami wenerycznymi na terenie swej działalności;
2. wszelkiego rodzaju stowarzyszenia i związki, czynne między innymi na polu obrony społecznej przed chorobami wenerycznymi w Państwie, niezależnie od tego, czy teren ich działania rozciąga się na całe terytorjum Państwa czy też ogranicza się do określonego obszaru.

§ 9.

Przyjęcie członków odbywać się będzie zgodnie z regulaminem, uchwalonym przez Walne Zebranie delegatów. O przyjęciu do Związku decyduje Zarząd. W razie odmowy przyjęcia, kandydat może odwołać się do Walnego Zebrania delegatów w czasie i trybie, przepisany przez regulamin.

§ 10.

Członkowie Związku obowiązani są:

1. popierać cel i zadania Związku;
2. przestrzegać ściśle przepisy niniejszego statutu i prawomocne uchwały władz Związku;
3. regularnie wpłacać składki, mianowicie członkowie:
 - a) wymienieni w p. 2 § 8 w okresach kwartalnych w wysokości 10% wpływów ze składek członkowskich,
 - b) wymienieni w p. i 3 § 8 zgodnie z deklaracją złożoną przy zgłoszeniu przystąpienia do Związku, przyjętą przez Zarząd i zatwierdzoną przez Walne Zebranie delegatów.

§ 11.

Członkowie Związku mają prawo:

1. uczestniczenia w Walnym Zebraniu delegatów i w innych organach Związku zgodnie z postanowieniami niniejszego statutu;
2. korzystanie z urządzeń, instytucyj oraz pomocy organizacyjnej i finansowej Związku.

§ 12.

Członkostwo Związku ustaje:

1. w razie wystąpienia ze Związku na własne żądanie członka, przyczem termin, od którego wygasają prawa i obowiązki członka w stosunku do Związku, liczy się z dniem zgłoszenia przez ustępującego członka odpowiedniego zawiadomienia, co winno nastąpić w trybie, określonym przez Walne Zebranie delegatów;
2. w razie skreślenia z listy członków Związku, skutecznego przez Zarząd na skutek zalegania członka w uiszczeniu przypadającej od niego składki w ciągu roku;

3. w razie wykluczenia ze Związku za działalność na szkodę Związku lub niespełnianie obowiązków członkowskich, które wymaga uchwały Walnego Zebrania delegatów, powziętej na wniosek Zarządu.

§ 13.

Związek ma prawo nadawania godności członków honorowych osobom, które położyły szczególne zasługi w walce z chorobami wenerycznymi w Polsce, lub poza jej granicami.

Członkowie honorowi wolni są od obowiązku jakichkolwiek świadczeń na rzecz Związku.

V. Środki materialne Związku.

§ 14.

Środki materialne Związku składają się:

1. z wpisowego, którego wysokość zostanie określona przez Walne Zebranie delegatów w regulaminie, dotyczącym sposobu przyjmowania członków do Związku;
2. ze składek członkowskich;
3. z subwencji i dotacyj, uzyskiwanych od władz państwowych, związków samorządowych i instytucyj społecznych;
4. z ofiar, darowizn i zapisów;
5. z dochodów ze zbiórek, odczytów, widowisk, pokazów, sprzedaży broszur, wydawnictw i t. p.;
6. z dochodów z posiadanych nieruchomości i z odsetek od kapitałów;
7. z majątku ruchomego i nieruchomego.

§ 15.

Fundusz Związku dzieli się na:

1. kapitał żelazny, który tworzy się:
 - a) z wpisowego (§ 14 p. 1),

- b) z ofiar, darowizn, zapisów, przeznaczonych na ten cel (§ 14 p. 4);
2. kapitał obrotowy, powstały z wszystkich dochodów bieżących (§ 14 p. 2, 3, 5, 6);
 3. kapitał specjalny, przyjęty przez Związek na określony cel od ofiarodawców, lub z części dochodów Związku, przeznaczonych przez Walne Zebranie delegatów na ten cel.

W razie niemożności zrealizowania takiego celu po upływie trzech lat od chwili powstania kapitału specjalnego, może być on przelany na kapitał żelazny lub użyty na cel pokrewny na mocy uchwały Walnego Zebrania delegatów, powziętej przynajmniej większością $\frac{2}{3}$ głosów obecnych na zebraniu członków.

§ 16.

Kapitały żelazny i specjalny winny być umieszczane w papierach publicznych, posiadających gwarancję Państwa, lub składane na rachunek procentowy w Banku Państwa, za zgodą Walnego Zebrania, mogą one być umieszczane na pierwszym numerze pewnych hipotek miejskich.

VI. Władze Związku.

§ 17.

Władzami Związku są:

1. Walne Zebranie delegatów,
2. Zarząd.

A. Walne Zebranie delegatów.

§ 18.

W Walnym Zebraniu delegatów uczestniczą:

1. z głosem decydującym:
delegaci, wysłani przez Stowarzyszenia i Związki, bę-

dące członkami Związku, w liczbie odpowiedniej do wysokości wpłacanej składki rocznej, przyczem przypada na kwotę składki rocznej delegatów:

do 500 zł. — 1,

ponad 500 zł. — 2.

2. z głosem doradczym:

a) członkowie honorowi Związku,

b) zaproszeni przez Zarząd Związku wybitni działacze na polu akcji przeciw chorobom wenerycznym.

§ 19.

Zwyczajne Walne Zebranie zwołuje Zarząd raz na rok (najpóźniej w miesiącu kwietniu), nadzwyczajne — o ile zajdzie potrzeba na żądanie

1) $\frac{1}{2}$ członków Zarządu,

2) Komisji Rewizyjnej i

3) na mocy uchwały Zarządu.

Nadzwyczajne Walne Zebranie Zarząd jest obowiązany zwołać najpóźniej w ciągu 6-ciu tygodni od czasu otrzymania na żądanie powołanych czynników.

O dniu, godzinie, miejscu i porządku dziennym Zebrania Walnego delegatów zawiadamia członków Związku Zarządu w drodze pisemnej przynajmniej na miesiąc przed terminem zebrania zwyczajnego — 1 na 2 tygodnie Zebrania Zwyczajnego.

§ 20.

Walne Zebranie wybiera przewodniczącego i sekretarza. Zebranie Walne uważa się za prawomocne bez względu na liczbę przybyłych. Uchwały zapadają zwykłą większością głosów. Wyjątek stanowią Zebrania, zwołane celem zmiany niniejszego statutu lub rozwiązania Związku, na których jest konieczna obecność $\frac{1}{2}$ członków Związku. Uchwały zapadają wówczas większością $\frac{2}{3}$ głosów obecnych. W powyższych dwóch przypadkach wyjątkowych w razie nieprzybycia dostatecznej liczby delegatów Zarząd zwołuje zebranie walne w drugim terminie, nie wcześniej, niż po upływie dwu tygodni i nie później niż w miesiąc. Zebranie to jest prawomocne bez względu na liczbę obecnych.

§ 21.

Każdy delegat ma tylko jeden głos; przekazywanie głosu innemu delegatowi jest niedopuszczalne.

§ 22.

Walne Zebranie delegatów:

- a) wybiera 9 członków Zarządu Związku i 3 zastępców na okres trzyletni, z zastrzeżeniem wylosowania co rok $\frac{1}{3}$ członków; wylosowany może być ponownie wybrany; przynajmniej 4 członków Zarządu względnie zastępców, powinno stale mieszkać w Warszawie;
- b) wybiera 3 członków Komisji Rewizyjnej na okres roczny;
- c) zatwierdza plan działalności Zarządu, rozpatruje i zatwierdza sprawozdanie roczne, bilans i plan gospodarczy na rok następny;
- d) zatwierdza podział wpływów na kapitały; żelazny, obrotowy i specjalny oraz decyduje o sposobie lokaty kapitałów i ich zużycia oraz sprzedaży nieruchomości Związku;
- e) zatwierdza zaciągane przez Zarząd zobowiązania majątkowe;
- f) określa wysokość wpisowego dla nowowstępujących członków Związku i zatwierdza wysokość opłat członkowskich w myśl § 10 p. 3-b;
- h) nadaje godność członków honorowych Związku;
- i) rozstrzyga o zmianach statutu, postanawia rozwiązanie Związku i rozporządza jego majątkiem.

§ 23.

Protokół Zebrania Walnego powinien być odczytany na najbliższym Zebraniu i po przyjęciu podpisany przez Prezydjum.

B. Z a r z ą d Z w i ą z k u.

§ 24.

Zarząd wybiera ze swego składu prezesa, 2 wice-prezesów (z których przynajmniej jeden mieszka w Warszawie), sekretarza i skarbnika.

Prezes Zarządu, a w nieobecności jego, wice-prezes przewodniczy na posiedzeniach Zarządu i podpisuje wraz z sekretarzem wszelką korespondencję. Sekretarz zarządza kancelarją Zarządu i Zebrania Walnego. Skarbnik prowadzi, zgodnie z przyjętymi zwyczajami i przepisami prawa, rachunkowość funduszu Związku i wydatkuje z nich na zasadzie asygnacyj, podpisanych przez prezesa, i sekretarza. Akty prawne w imieniu Związku załatwiają prezes i sekretarz, względnie ich zastępcy. Związek reprezentują nazewnątrz prezes i sekretarz, względnie ich zastępcy.

§ 25.

Posiedzenia Zarządu odbywają się przynajmniej raz na miesiąc w terminach, przez Zarząd oznaczonych. Do ważności uchwał potrzeba obecności przynajmniej 3 członków Zarządu, w tej liczbie prezesa lub jego zastępcy, przyczem zastępca, upoważniony przez członka zamiejscowego, występuje w roli członka. Pozostałym zastępcom przysługuje prawo obecności na zebraniach z głosem doradczym.

§ 26.

Obowiązki Zarządu Związku polegają na:

1. zarządzaniu sprawami i instytucjami Związku, jego majątkiem, w myśl uchwał Zebrania Walnego i w obrębie zatwierdzonego planu finansowego;
2. przyjmowaniu członków do Związku;
3. prowadzeniu rachunków i biurowości z udziałem płatnych funkcjonariuszów, których zakres działania i wynagrodzenia ustali uchwała Zarządu;
4. opracowywaniu planu działalności Związku, preliminarza budżetu, bilansów rocznych, sprawozdań rocznych;
5. rozważaniu wniosków co do zakresu i sposobu wykonywania akcji przeciw chorobom wenerycznym i przedkładaniu ich Walnemu Zebraniu;
6. pracy nad zwiększeniem funduszu Związku;
7. zwoływaniu Zebrań Walnych i układaniu ich porządku dziennego;

8. wydawaniu instrukcyj dla członków w myśl ogólnych wytycznych, ustalonych przez Walne Zebranie;
9. reprezentowaniu Związku nazewnątrz;
10. wykonywaniu uchwał Walnego Zebrania.

§ 27.

Uchwały Zarządu zapadają większością głosów i powinny być protokołowane. Każdy członek ma prawo żądać zapisania swego „Votum separatum“, zgłoszonego na piśmie. „Wszelkie spory, wynikające w obrębie Związku, powinny być przedkładane do rozstrzygnięcia Ministrowi Opieki Społecznej“.

VII. Komisja Rewizyjna.

§ 28.

Do sprawdzenia sprawozdania i bilansu wybierana jest przez Walne Zebranie Delegatów Komisja Rewizyjna corocznie w liczbie delegatów nienależących do Zarządu i nie piastujących żadnego odpowiedzialnego stanowiska w Związku.

§ 29.

Komisja Rewizyjna obowiązana jest przed Walnym Zebraniem delegatów sprawdzić kasę, kapitały i dokonać rewizji wszystkich, pozostających w związku z zestawieniem rachunków i bilansem, ksiąg, rachunków, dowodów kasowych, i wogóle działalności Związku oraz rozważać budżet i plan działania na rok następny.

§ 30.

Komisja Rewizyjna może dokonać oględzin i przeprowadzić rewizję całego majątku Związku, a także sprawdzić wszelkie, dokonane przez Związek czynności. Zarząd winien ułatwić pracę Komisji Rewizyjnej przez udzielenie jej wskazówek, potrzebnych do wykonania czynności.

§ 31.

Komisja Rewizyjna na podstawie dokonanej rewizji przedstawia Walnemu Zebraniu delegatów odpowiednie wnioski, dotyczące udzielenia absolutorjum ustępującemu Zarządowi.

VIII. Rozwiązanie Związku.

§ 32.

Rozwiązanie Związku może nastąpić wyłącznie na skutek dwóch kolejnych uchwał Walnych Zebrań, z których drugie ma się odbyć nie wcześniej jak po upływie miesiąca od daty pierwszego zebrania. Uchwały te dla prawomocności wymagają większości trzech czwartych głosów obecnych przy obecności przynajmniej $\frac{2}{3}$ ogólnej liczby osób, uprawnionych do uczestniczenia w Walnem Zebraniu delegatów.

Ostatnie Walne Zebranie wybiera z grona członków przynajmniej trzy osoby, stanowiące Komisję Likwidacyjną, oznacza sposób likwidacji Związku i ustala przeznaczenie majątku Związku, przekazując ten majątek innym Towarzystwom lub instytucjom o celach pokrewnych.

§ 33.

Członkami założycielami Związku są:

prof. dr. Franc. Krzyształowicz, w imieniu Pol. Tow. Dermatologicznego, Dr. Franciszek Grodecki, Naczelny Lekarz Kasy Chorych w Warszawie, Polskie Tow. Eugeniczne (walk z chorobami wenerycznymi, nierządem i zwyrodnieniem rasy) w imieniu Zarządu — Dr. L. Wernic, prezes Zarządu.

Dr. LEON WERNIC.

UZUPEŁNIENIA I POPRAWKI DO USTAW EUGENICZNYCH.

I. Projekt Ustawy o Poradnictwie Przedślubnem.

Art. 1.

Ubezpieczalnie społeczne i zarządy komunalne obowiązane są zakładać bezpłatne poradnie przedślubne w ośrodkach zdrowia lub w przychodniach Ubezpieczalni, gdzie zaś niema tych ostatnich, poradnie przedślubne — samodzielne. Instytucje społeczne, po uzyskaniu zgody władz, mają prawo je zakładać dla udzielania porad bezpłatnie lub za niewielką opłatą.

Art. 2.

Urzednicy stanu cywilnego obowiązani są namawiać kandydatów do stanu małżeńskiego, aby zasięgali porad małżeńskich przed ślubem.

Art. 3.

W każdym mieście powinna być bezpłatna poradnia przedślubna, której kierownik, w razie otrzymania wiadomości, że już badany kandydat zaraził się ponownie (choroby weneryczne, gruźlica, choroby psychiczne) wzywa go do wtórnego badania lekarskiego.

Art. 4.

Kandydaci do małżeństwa mogą wzajemnie pokazywać sobie zaświadczenia lekarskie w cztery oczy, lub też wobec urzędnika (ewent. księdza), lub też złożyć ustne oświadczenie o wynikach badania lekarskiego ich zdrowia.

Zgłoszenia, niezgodne z prawdą, podlegać będą karze, jak oszustwo.

Art. 5.

Poradnie przedślubne są prowadzone przez lekarzy, wyszkolonych w zagadnieniach eugeniki. W ośrodkach większych biorą udział specjaliści i kierownicy poradni analitycznych.

Art. 6.

Wykonanie ustawy powierza się Ministrowi Opieki Społecznej i Ministrowi Sprawiedliwości. Ustawa wchodzi w życie w 3 miesiące po jej ogłoszeniu w Dzienniku Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej.

II. Projekt Ustawy o pomocy dla nowożeńców.

Art. 1.

Osoby zdrowe psychicznie i fizycznie, zbadane w poradniach przedślubnych, pochodzące z rodzin, zasłużonych w pracy, mogą, o ile brak środków finansowych, dla zawarcia małżeństwa, korzystać z pomocy państwa, samorządu, oraz odpowiednich instytucji prywatnych (współdzielnie).

Art. 2.

Do osób tej kategorii należą ludzie młodzi, odznaczający się zdolnościami w szkole, zaletami w pracy zawodowej, społecznej, naukowej i artystycznej, wreszcie jednostki wartościowe pod względem psychicznym i moralnym, oraz zasłużeni w zakresie rozwoju fizycznego, jako też specjaliści, specjalistki we wszystkich działach pracy fizycznej i umysłowej. Do tej kategorii należą również odpowiedni robotnicy, urzędnicy cywilni i wojskowi, państwowi i samorządowi.

Art. 3.

Pomoce, udzielane niezamożnym nowożeńcom, zależą od poszczególnego wypadku i są następujące:

*) Część 3-ia dawnego projektu, dotycząca kartotek, została z motywów praktycznych narazie usunięta.

- a) bezpłatne udzielanie ślubów i wogóle zawieranie małżeństw,
- b) 5-cio-letnie zwolnienie od podatków państwowych i gminnych,
- c) ułatwienie nabywania na wypłat mieszkań i narzędzi pracy (dla rolników zagospodarowanych kolonji, a dla rzemieślników — warsztaty pracy).

Art. 4.

Tworzenie prywatnych lub samorządowych Towarzystw Ubezpieczeń, mających zabezpieczyć:

- a) już przy urodzeniu posąg dla dziewczyny i warsztat pracy dla chłopca,
- b) środki finansowe na wypadek ciąży i karmienia,
- c) oraz na wychowanie i kształcenie dzieci.

Art. 5.

Podatek dla pomocy nowożeńcom ściąga się:

- a) od kawalerów powyżej lat 30 i
- b) od małżeństw bezdzietnych, dłużej niż 5 lat trwających.

Zwolnieni od podatku pomienionego są:

1. Kawalerowie niezamożni, którzy ze względów eugenicznych nie mogli zawrzeć małżeństwa oraz
2. Rodziny bezdzietne niezamożne, którym, ze względów eugenicznych, lekarze zalecili bezdzietność lub też, które uległy izolacji płciowej (w zakładach karnych, dla chorych psychicznie i t. d.).

Art. 6.

Wykonanie powyższej ustawy poleca się Ministerstwu Opieki Społecznej i Sprawiedliwości. Wchodzi ona w życie w 3 miesiące po ogłoszeniu jej w Dzienniku Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej.

III. Projekt Ustawy o zmniejszeniu ciężarów Opieki Społecznej.

Art. 1.

Dla zmniejszenia wydatków na utrzymanie jednostek ciężko dziedzicznie obciążonych (wrodzony niedorozwój umysłowy, dziedziczna padaczka, schizofrenja, obłęd manjakałno-depresyjny, płasawica Huntingtona, dziedziczna głuchota i ślepotą, ciężki alkoholizm) *należy stosować*, zależnie od warunków.

1. Umieszczenie w zakładach, uwzględniających izolację jednej płci od drugiej. (Zakłady dla umysłowo-chorych, domy pracy dla włóczęgów, przestępców i żebraków).
2. Środki, ograniczające rozwój typów mało-wartościowych oraz odradzanie jednostkom małowartościowym związków małżeńskich, pożycia małżeńskiego i płciowego, pouczanie o okresach jałowości kobiecej, oraz inne dozwolone metody.
4. Zapobieganie rozrodowi jednostek umysłowo-chorych znajdujących się na wolności (więc w kolonjach dla umysłowo-chorych) w styczności z osobnikami odmiennej płci.
3. W przypadkach, kiedy środki, pomienione w p. 2 nie mogą być stosowane, wolno zastosować wyjąławianie*) pod ściśle poniżej (Art. 2 i następne) wskazaniami rygorami.

Art. 2.

Zabiegi wyjąławiające mogą być dokonane na podstawie jednego ze wskazań eugenicznych biologiczno-lekarskich, społeczno-ekonomicznych i genetycznych.

1. Zabiegi wyjąławiające nie mogą być dokonywane bez odpowiedniego zbadania przez komisję lekarską. Na

*) Pod tą nazwą rozumie się przewiązanie i przecięcie nasłenio i jałwodów bez usuwania gruczołów płciowych.

żądanie chorego musi być wezwany lekarz przez niego lub jego opiekuna wskazany.

2. Wniosek o wyjąłowanie może postawić sama strona zainteresowana, ew. osoba opiekująca się nią lub też lekarz kierownik zakładu, gdzie kandydat jest internowany(a).
3. Pozatem każda strona musi się poddać opinii specjalnego sądu.

Art. 3.

1. Komisja lekarska do spraw powyższych składa się z 3 lekarzy: lekarza eugenisty, psychiatry i przedstawiciela władz sanitarnych.
2. Komisja musi zakomunikować sądowi swoją opinię, zarówno co do osób zgłaszających się dobrowolnie jak i osób, przysłanych przez władze opiekuńcze.

Art. 4.

Celem rozważania spraw w związku z ograniczeniem potomstwa, pozostają powołane wydziały do spraw dziedzicznych, przy sądach okręgowych, a jako instytucje odwoławcze, podobne wydziały przy sądach apelacyjnych.

Art. 5.

Komplet orzekający składa się z 2 sędziów i 3 lekarzy: lekarza eugenisty, psychiatry i przedstawiciela władz sanitarnych, oraz rzeczoznawców, wskazanych przez Izbę Lekarską, której sprawa ulega rozpatrzeniu, ma prawo żądać wysłuchania opinii wskazanego przez się lekarza.

Art. 6.

Posiedzenia sądu dla spraw dziedzicznych odbywa się przy drzwiach zamkniętych, według zasad, przyjętych w postępowaniu karnem.

Art. 7.

Wyrok zostaje doręczony wnioskodawcy i osobie zgłoszonej, ew. jej prawnemu zastępcy.

Wyrok sądu apelacyjnego jest ostateczny.

Sąd wznawia postępowanie i wstrzymuje wykonanie wniosku, jeśli zajdą okoliczności, mogące wpłynąć na zmianę wyroku.

Art. 8.

Szczegóły stosowania zabiegów określi Pan Minister w rozporządzeniu wykonawczem.

Art. 9.

Kto ujawni wiadomości co do postępowania sądowego o wyjąławianiu, podlega karze aresztu do roku lub grzywnie do 3000 zł. Kosztł postępowania sądowego, względem osób, sądzonych na wniosek administracji ogólnej, i koszty zabiegów obciążają skarb Państwa. O ile zasądzony zażądałby zabiegu w 2-iej lub pierwszej klasie publicznego zakładu leczniczego, wtedy koszty, związane z zabiegiem, ponosi sam osądzony.

Art. 10.

Wykonanie ustawy niniejszej poleca się Ministrowi Opieki Społecznej i Ministrowi Sprawiedliwości. Ustawa wchodzi w życie w 3 miesiące po ogłoszeniu jej w Dzienniku Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej.

II.

Z POLSKIEGO TOWARZYSTWA EUGENICZNEGO.

Zarząd Oddziału Warszawskiego Polskiego Tow. Eugenicznego.

W okresie sprawozdawczym Zarząd składał się z prezesa dr. Leona Wernica, wiceprezesa: dr. Teodory Męczkowskiej, dyr. dr. Henryka Szczodrowskiego i dyr. dr. Konrada Orzechowskiego i prof. Władysława Melanowskiego, skarbnikiem był dr. Jan Nowakowski, zastępcą skarbnika dr. Witold Odrzywolski, sekretarz dr. Ksawery Sieńko, jego zastępcą dr. Eugenjusz Horwatt. Członkami Zarządu byli: Min. Gustaw Simon, prof. dr. Tomasz Janiszewski, Min. dr. Stefan Hubicki, dyr. doc. dr. Gustaw Szulc, doc. dr. Henryk Gnoiński, dr. Marja Szczodrowska, dr. Tadeusz Welfle i Mg. praw Mieczysław Lucius.

Na posiedzeniach Zarządu również bywali i przewodniczący sekcji: prof. dr. Władysław Melanowski, dr. Alina Drzewiecka, pani Marja Olszewska, sędzia Kazimierz Fleszyński, prof. Bogdanowicz Stanisław, dr. Ryszard Dreszer, dr. Bogdan Michałowski, i dr. Jerzy Reise.

Bibliotekę prowadzi dr. Nowakowski z pomocą p. Haliny Wernicówny. Kwartalnik Zagadnienia Rasy pozostaje pod redakcją dr. Ryszarda Dreszera i dr. Ksawerego Sieńko.

Do Komisji Rewizyjnej należeli: Inż. Jan Turowicz, p. Zofja Gosiewska, dr. Jan Szewczykowski, dr. Ferdynand Fenske, insp. Franciszek Niemiec i dr. Stanisław Żurakowski.

Zarząd w ciągu roku sprawozdawczego odbył 11 posiedzeń zwykłych w lokalu Towarzystwa, na których były omawiane sprawy związane z bieżącą działalnością poszczególnych sekcji i działów T-wa. Staraniem poszczególnych sekcji Towa-

rystwa został zorganizowany cały szereg odczytów z dziedziny eugeniki bądź też z działów związanych z eugeniką.

Zorganizowano II kurs dla lekarzy i działaczy społecznych z dziedziny eugeniki. Kurs był bezpłatny, pozatem zorganizowano wspólnie ze Związkiem Przeciwwenerycznym kurs dla lekarzy z dziedziny chorób wenerycznych.

Zarząd zorganizował akademię celem uczenia 35 lat działalności społecznej, naukowej i lekarskiej Prezesa dr. L. Wer-nica.

Przyznano nagrody na konkursie na plakat „Radźcie się przed ślubem“.

14 listopada odbył się Zjazd Delegatów w Łodzi, brało udział około 100 osób.

Opracowano projekt tymczasowej ustawy eugenicznej, postanowiono opracować tekst odezwy do matek. Zarząd zajął się sprawą organizacji 3 kursu eugenicznego dla lekarzy w P. Szkole Higjenu.

W dniu 1, 2 i 3 lutego odbył się kurs dla lekarzy i działaczy społecznych, otwarto sekcję eugeniczną w Tow. Higjennym we Lwowie.

Postanowiono zorganizować 4 ośrodki poradnictwa przedślubnego w województwie warszawskim.

Na skutek zaproszenia przez Polskie Radio, zostały wygłoszone 15 minutowe odczyty z dziedziny eugeniki.

Wpływy kina „Los“, na skutek dużych obciążeń podatkowych i opłat za lokal, coraz bardziej maleją. Zarząd na jednym ze swoich posiedzeń szczegółowo zajmował się tą sprawą, w konsekwencji czego, o ile nie zmniejszy się czynsz dzierżawny za lokal, postanowiono kino „Los“ zamknąć.

Sprawozdanie z działalności Rady Naukowej Polskiego T-wa Eugenicznego za rok 1935.

Rada Naukowa w roku sprawozdawczym odbyła 5 posiedzeń w najbliższe poniedziałki po pierwszym każdego miesiąca.

Na Zebraniu w dniu 5 lutego b. r. dokonano wyboru Władz Rady Naukowej, przyczem przez aklamację obrano prof. Wł. Melanowskiego na przewodniczącego, prof. Skalińską, doc. Stołyhnową, płk. dr. Nelkena, płk. dr. Węgę na vice-przewodniczących, oraz por. dr. Chmielowskiego i dr. Szpidbauma na sekretarzy.

Rada Naukowa miała ogólny nadzór nad całokształtem prac i poziomem naukowym pracy poszczególnych sekcji T-wa Eugenicznego, układając lub zatwierdzając program ich działalności; starała się pobudzać do oryginalnych poszukiwań naukowych z dziedziny eugeniki (przypomnieć należy, że termin przesyłania prac do ogłoszonego przez T-wo Eugeniczne konkursu z zakresu eugeniki wzgl. dziedziczności, upływa w roku 1936; warunki konkursu ogłoszono w całej prasie lekarskiej); zorganizowała i układała program kursów dla lekarzy z dziedziny eugeniki — najbliższy kurs o bardzo bogatym i różnorodnym programie, oświetlającym współczesne podstawy naukowe eugeniczne i praktyczne odbędzie się na jesieni b. r.

Ze względu na aktualność tematu oraz na doniosłe znaczenie praktyczne, postanowiono szereg posiedzeń poświęcić omówieniu zagadnienia dziedziczenia zespołów chorobowych w różnych specjalnościach patologii ludzkiej.

Wygłoszono następujące odczyty na posiedzeniach Rady naukowej:

11 marca:

Prof. Melanowski — „O dziedziczności“.

15 kwietnia:

Dr. Wernic — „Rozwój historyczny poglądów eugenicznych“.

Prof. Melanowski — „Dziedziczenie zespołów chorobowych w okulistyce“.

6 maja:

Dr. Wernic — „Dziedziczenie w chorobach skórnych“.

3 czerwca:

Doc. Gnoiński — „przysadka mózgowa jako gruczoł nadrzędny w stosunku do innych gruczołów dokrewnych“.

Przedyskutowano ponadto sprawy, związane z mającą być uchwaloną ustawą eugeniczną.

Sprawozdanie sekcji propagandy Towarzystwa Eugenicznego.

Działalność sekcji, jak i w latach ubiegłych wykazała się przede wszystkim w urządzaniu odczytów, których w roku sprawozdawczym było więcej, gdyż zasług ich włączyć się rozszerza.

Największą ilość odczytów udało się zorganizować w Ośrodku Zdrowia na Grochowskiej, gdzie się mieścił jedna z poradni Przedślubnych. Odczyty wygłosili pp. Dr. Nowakowski, Dr. Sienko, Dr. Wiszniewski i Dr. Kiciński. Ponadto pogadankę dla Personelu Ośrodka wygłosił Dr. Wernic.

Odczyty cieszyły się większą niż dawniej frekwencją, wywoływały dyskusję i duże zainteresowanie.

Ale ponieważ tak samo jak w każdej innej dziedzinie szerzenie naszych idei nie może ograniczyć się tylko odczytami, tak i tu zasła konieczność użycia innych pewniejszych środków do spopularyzowania za-

sad Eugeniki. Tu wspomnę o zorganizowaniu wystawy eugenicznej, a następnie kursów dla instruktorek eugenicznych. Przed zorganizowaniem tego kursu zostały zaproszone organizacje społeczne kobiet, jak to: Rodzina Wojskowa, Rodzina Pocztowa, Czerwony Krzyż, Biały Krzyż i t. d. Wszystkie te organizacje łaskawie się odniosły do naszego poczynania i przysłały na kurs swoje delegatki, które się zapisały jako członkinie towarzystwa, a niektóre koła Pań, jak na przykład Rodzina Pocztowa, zapisały się jako jednostka zbiorowa do Towarzystwa Eugenicznego.

Z delegatek kół wyżej wymienionych, została utworzona sekcja kół Pań dla propagandy Eugeniki. Dzięki temu kurs dla instruktorek miał przeszło 50 słuchaczek i cieszył się stałą frekwencją. Niektóre ze słuchaczek po wysłuchaniu kursu (trwającego przeszło 3 tygodnie) zgodziły się poddać egzaminowi, którego wynikiem była nominacja jednej ze słuchaczek instruktorką Towarzystwa.

Dla uzupełnienia sprawozdania z działalności propagandowej, należy wspomnieć o pewnych drobnych faktach jak przeprowadzenie sekcji wykładów na Grochowie (w poradni Przedślubnej) dla słuchaczy kursu sekretarzy Gminnych oraz także dla jednej absolwentki Wyższej szkoły handlowej, która przygotowuje pracę naukową o samorządach i ośrodkach zdrowia.

Pozatem dla ułatwienia propagandy porad przedślubnych w niektórych ośrodkach zdrowia (Grochów), nastąpiło porozumienie z proboszczami parafji celem otrzymania od nich wykazu zapowiedzi i adresu kandydatów do stanu małżeńskiego, co umożliwił dostęp do tych młodych pań, zapomocą instruktorek i pielęgniarek w ośrodkach zdrowia.

Poważnym czynnikiem propagandy jest reklama. W tym celu ostatnimi czasy rozesłano bardzo dużą ilość afiszów do różnych Instytucji publicznych i urządzono konkurs na specjalny artystyczny afisz, któryby działał na wyobraźnię. Pozatem poczynione są kroki w Ministerstwie Pocht i Telegrafów o zezwolenie umieszczenia na korespondencjach specjalnych stempli propagandowych. Poczynione są również starania o dopuszczenie szeregu odczytów przez radio.

Dr. Wiszniewski.

Sekcja Walki ze Zwyrrodnieniem Rasy.

Przewodniczący sekcji dr. med. Bogdan Michałowski, wiceprzewodniczący dr. Nehring i dr. Jan Mężyński, sekretarz dr. A. Ratajówna.

W okresie sprawozdawczym sekcja odbyła 5 posiedzeń.

Działalność sekcji szła w kierunku walki ze zwyrrodnieniem rasy i chorobami wenerycznymi przez organizacje w poszczególnych ośrodkach Zdrowia Zarządu Miasta Warszawy i Ubezpieczalni Społecznych i poradniach przedślubnych, przez urządzenie kursów dokształcających dla lekarzy, wygłaszanie odczytów z dziedziny eugeniki, chorób wenerycznych dla

szerokich warstw inteligencji w lokalu Towarzystwa, rozpowszechnienie broszur i ulotek.

Odczyty wygłoszone w lokalu Towarzystwa były następujące:

Dr. med. Jan Nowakowski: Niebezpieczeństwo zarazy wenerycznej w świetle ankiety.

Doc. dr. med. Henryk Gnoiński: Schorzenia gruźliczów dokrewnych a zwyrodnienie.

Dr. med. Stanisław Stypułkowski: Alkoholizm a zwyrodnienie.

Dr. Bogdan Michałowski: Dzieci a choroby narządów płciowych.

Sekcja współdziałała w organizacji kursu poradnictwa przedślubnego, kursu dokształcającego dla lekarzy z dziedziny chorób wenerycznych i eugeniki oraz 2-ech kursów dla instruktorów i Instruktoerek eugenicznych. Poza tem działalność sekcji polegała także na wydawaniu broszur i ulotek, dotyczących chorób zwyrodniających.

Sekretarz:

Dr. med. *Aniela Rutajówna.*

Sprawozdanie Sekcji Wychowania.

Przewodniczący sekcji — dyrektor Stanisław Bogdanowicz.

Sekretarz sekcji: Prof. Włodzimierz Izdebski.

W roku sprawozdawczym w sekcji wygłoszono następujące odczyty:

19.IV. 34 r. prof. Włodzimierz Izdebski: Biologiczna i dziedziczna struktura osobowości.

17.V. 34 r. Dr. med. Tadeusz Welfle: O przekazywaniu kity.

6.XII. 34 r. Prof. Stanisław Bogdanowicz: Istota wychowania, granice i skuteczność.

23.I. 35 r. Prof. A. Tryczyński: Wpływ hormonów na rozwój młodości u człowieka.

14.III. 35 r. Prof. Włodzimierz Izdebski: Ewolucja struktury i psychologii ludzkiej.

Odczyty wyżej wymienione cieszyły się liczną frekwencją.

Sekretarz:

prof. *Włodzimierz Izdebski.*

Zagadnienia Rasy.

W okresie sprawozdawczym wydano 3 numery kwartalnika „Zagadnienia Rasy“ w rozmiarze 420 stron druku, przyczem jeden numer był podwójny. Obecny numer „Zagadnienia Rasy“ ukaże się w dniach najbliższych i jest poświęcony pamięci i Marszałka Polski Józefa Piłsudskiego. Następny numer będzie omawiał działalność dr. med. Leona Werulca podczas Jego 35-letniej pracy społecznej, lekarskiej i naukowej. Numer ten ukaże się po wakacjach letnich.

W trzech wydanych numerach „Zagadnienia Rasy“ wydrukowano 16 oryginalnych prac, których autorami byli:

1. Stanisław Chmielowski: Zagadnienia naukowe Polskiego Towarzystwa Eugenicznego.
2. Dr. med. Jan Nowakowski: Współczesne poradnictwo przedślubne i małżeńskie w Polsce i zagranicą.
3. Mg. praw Mieczysław Lucius: Reforma prawa małżeńskiego.
4. Dr. med. Stanisław Żurkowski: Stan obecny zagadnienia reaktywacji t. zw. odumadzania organizmu.
5. Dr. med. Mieczysław Narumowski: Dane statystyczne dotyczące płodności małżeństw wojskowych. Eugenika a wojsko.
6. Dr. med. Wacław Móravski: Zagadnienie interseksualizmu.
7. Teodora Męczkowska: Wychowanie seksualne dzieci i młodzieży.
8. Dr. med. Witold Odrzywołski: W sprawie dzieci nieślubnych w Polsce.
9. Dr. med. Karol Mikulski: Z badań nad bliźniętami.
10. Dr. med. Leon Wernic: O zadaniach instruktorów i instruktorek eugenicznych.
11. Mg. praw Mieczysław Lucius: Zagadnienia rasy a hitleryzm.
12. Dr. med. Jan Nelken: Higijena psychiczna usposobienia psychopatycznego jako zagadnienie kultury.
13. Prof. Marja Skalińska: Rola krzyżowania i mutacji w powstawaniu nowych typów.
14. Dr. med. Kazimierz Szokalski: Dziedziczność w gruźlicy.
15. Dr. med. Henryk Szpidbaum: Czynniki konstytucji i rasy w patologii ludzkiej.
16. Doc. dr. Eugenja Stołyhwo: Sprawozdanie z konferencji Międzynarodowej Organizacji Eugenicznej w Zurychu.

Pozatem umieszczono sprawozdanie z ruchu eugenicznego na gruncie międzynarodowym, sprawozdania ze Związku Międzynarodowego Towarzystw Eugenicznych, którego Polskie towarzystwo Eugeniczne jest członkiem, sprawozdania z ruchu eugenicznego w Polsce oraz sprawozdania z działalności poszczególnych Oddziałów Polskiego Towarzystwa Eugenicznego, a mianowicie oddz. Warszawskiego (4), Rady G. P. T. E. Protokół ze Zjazdu Delegatów Polskiego Tow. Eugenicznego w Poznaniu (1), sprawozdanie Zarządu Oddz. Warsz. Polskiego Towarzystwa Eugenicznego (1), sprawozdanie z działalności Sekcji Walki ze Zwyrrodnieniem Rasy (1), sprawozdanie z działalności sekcji propagandy P. T. E. (1), sprawozdanie z działalności sekcji naukowej (1), Rady Naukowej (1), sprawozdanie z kursu dla instruktorek i instruktorów eugenicznych (1).

Oddziału wileńskiego (1).

Oddziału w Białymstoku (1). Protokół Walnego Zebrania Oddziału Białostockiego P. T. eug.

Eugenika w Polskiej Prasie codziennej (3).

Plan działalności Związku Przeciwwenerycznego za rok 34/35.

Roczne zebranie stowarzyszenia badań eugenicznych w New Yorku (1).

Towarzystwo Eugeniczne w Meksyku (sprawozdanie).

Protokół dorocznego Zjazdu delegatów w Łodzi P. T. E.

Sprawozdanie z działalności oddziału wileńskiego.

Sprawozdanie z działalności Oddziału pabjanickiego.

Sprawozdanie z działalności poradni Eugenicznej w Pabjanicach.

Sprawozdanie z działalności Związku Przeciwwenerycznego.

Sprawozdanie z działalności I Ogólno-polskiego Zjazdu w sprawie regulacji urodzeń i reformy obyczajów.

Streszczenia z dzieła eugenicznego literatury zagranicznej i krajowej ukazało się ponad 30, wiadomości ponad 25.

Wydawnictwo Zagadnienia Rasy pozostawało pod redakcją dr. med. Ryszarda Dreszera.

Sekretariat i administracja pod kierunkiem dr. med. Ksawerego Szeńko.

Kwartalnik „Zagadnienia Rasy“ wychodzi w miesiącu marcu, czerwcu, wrześniu i grudniu i jest organem Polskiego Towarzystwa Eugenicznego.

Sprawozdanie z działalności sekcji Poradni Przedślubnych.

Sekcja pod przewodnictwem dra Reisego przy współdziałaniu dr. dr. : Fenskiego, Wernica, Wiszniewskiego i Nowakowskiego, odbyła 6 posiedzeń, na których głównym tematem było spopularyzowanie idei poradnictwa przedślubnego wśród najszerszych warstw społeczeństwa.

Na wniosek przewodniczącego ustalono schemat badań oraz wzór sprawozdań rocznych. Na terenie Warszawy istnieje czynnych poradni 5, miesięczna frekwencja wynosi około 100 zgłoszeń poraz pierwszy. Dzięki poparciu p. Starosty Mieszkowskiego na terenie powiatu Warszawskiego zostały otwarte 4 nowe poradnie. Instruktorcją tych poradni została p. Moszczeńska Goszczeńska. Złożono trzykrotnie wizytę Panu Ministrowi Opieki Społecznej Dr. Paclorkowskiemu, oraz Panom Wiceministrom dr. Piestrzyńskiemu i Jastrzębskiemu.

Tematem było przedstawienie całokształtu prac i konieczność otwarcia większej ilości poradni.

Sekcja brała udział w opracowywaniu projektu Ustawy Eugenicznej (Dział poradnictwa przedślubnego). Ten temat był omawiany w formie odczytów i wykładów dla lekarzy, nauczycieli, prawników i społeczników. Definitywnie został zatwierdzony konkurs na plakat z dziedziny poradnictwa przedślubnego; z pośród 39 nadesłanych prac nagrodzono 3, które Towarzystwo przejęło na własność.

Sekcja, uważając, iż główną przeszkodą dla rozwoju poradnictwa jest duchowieństwo, nawiązała kontakt z przedstawicielami władz duchownych

szeregu wyznań, widocznym czego rezultatem było poparcie akcji naszej przez duchownych wyznań protestanckich.

W programie swoim sekcja przewiduje dążyć uparcie do rozszerzenia poradni przedślubnych na cały teren Rzeczypospolitej, kształcić nowy personel lekarski jak i pomocniczy w postaci t. zw. Instruktorów eugenicznych przez urządzenie specjalnych kursów, w jaknajszerszym zakresie propagowanie idei poradnictwa przedślubnego wśród duchowieństwa, lekarzy, prawników i nauczycieli, aby tą drogą dotrzeć do wytkniętego celu.

Sekretarz:

dr. med. *Jan Nowakowski.*

Protokół Walnego Zebrania Oddziału Warszawskiego Polskiego Towarzystwa Eugenicznego w dniu 27.6. 1935 r.

P o r z ą d e k d z i e n n y.

- 1) Zagajenie.
- 2) Odczytanie protokołu poprzedniego posiedzenia
- 3) Sprawozdanie sekcji
- 4) Sprawozdanie kasowe
- 5) Sprawozdanie Komisji Rewizyjnej
- 6) Zmiana Statutu
- 7) Projekt ustawy Eugenicznej
- 8) Wybór nowych członków Zarządu i Komisji Rewizyjnej
- 9) Wolne wnioski.

Na wstępie złożono hołd Marszałkowi Piłsudskiemu, przyczem prezes — dr. Wernic wygłosił przemówienie, poświęcone Jego pamięci.

Na przewodniczącego powołano p. starostę Mieszkowskiego, na asesora pp. Dr. Palestra i dr. Kłameczyńskiego, na sekretarza mgr. Gosiewską.

Protokół z poprzedniego zebrania odczytał dr. Sienko. Protokół został przyjęty.

Sprawozdanie z sekcji Walki ze Zwyrrodnieniem Rasy odczytała Dr. Ratajówna.

Sprawozdanie z działalności Rady Naukowej wygłosił dr. Sznidt.

Sprawozdanie Sekcji Prawno-społecznej odczytał Mec. Gątkiewicz.

Sprawozdanie z działalności kina „Los“ odczytał dr. Nowakowski.

Sprawozdanie z działalności biblioteki odczytał dr. Nowakowski.

Sprawozdanie wydawnictwa „Zagadnienia Rasy“ odczytał dr. Dreszer.

Sprawozdanie Sekcji Wychowania odczytał prezes dr. Wernic.

Sprawozdanie z działalności Poradni Eugenicznej wygłosił dr. Sznidt.

Sprawozdanie z sekcji biologicznej wygłosił prezes, dr. Wernic w zastępstwie chorego dr. Kiełńskiego.

Również z działalności sekcji propagandy wygłosił sprawozdanie prezes dr. Wernic.

Sprawozdanie sekretarjatu wygłosił dr. Żorakowski.

Sprawozdanie kasowe odczytał skarbnik — dr. Nowakowski. Rozbił je na sprawozdanie z kina „Los“ i oddziału.

Preliminarz budżetowy zamyka się sumą 98 tys. złotych.

Sprawozdanie Komisji Rewizyjnej odczytał Nacz. Turowicz.

W dyskusji nad sprawozdaniem dr. Wernic podnosi pracowitość i usługi dra Nowakowskiego i pracę Komisji Rewizyjnej i stawia wniosek o wyrażenie im podziękowania.

Dr. Welfle pyta o sprawę kina „Los“: zapytuje, czy sprawa istnienia kina została zdecydowana. Dr. Wernic stwierdza, że grozi zamknięcie kina. Dawniej kino współpracowało z Magistratem, po założeniu kina miejskiego zarząd miejski obłożył kino „Los“ wysokimi podatkami. Miasto za podatki zabiera 19 tysięcy, lokal kosztuje 18 tys., dla Towarzystwa Eugenicznego zostało 3 tysiące. Dalej prezes stwierdza, że Muzeum Przemysłu i Rolnictwa chce ustąpić kino prywatnym osobom za niższe komorne, niż płać T-wo, lub Patowi za 500 zł. miesięcznie. Dr. Nowakowski informuje, że Muzeum proponuje T-wo zniżkę komornego o 500 zł. rocznie, a tymczasem Towarzystwo może prowadzić kino przy maksymalnym komornem 15 tysięcy. Widzieć z tego, że Muzeum chce zniszczyć kino „Los“.

Dalej dr. Wernic mówi, że kino „Los“ jest czynne przez 10 miesięcy w roku, podczas gdy prywatne przez 12 miesięcy. Przez jakiś czas kino było prowadzone wspólnie z prywatnym przedsiębiorstwem, ale przy rozwiązywaniu umowy spółnik nie oddał ksiąg, twierdząc, że zginęły. Muzeum chce kosztem Towarzystwa pokryć swoje straty w wysokości 1 tyśiąca złotych za wykłady uniwersyteckie. Dawniej, tylko kino „Los“ miało bilety poniżej 1 zł., obecnie mają takie bilety inne kina. Zachodzi pytanie, czy T-wo Phillips nie mogłoby wdać się w te sprawy, gdyż maszyny nie są jeszcze spłacone.

Dr. Welfle staje w obronie Muzeum, twierdząc, że i oni muszą zarobić. Proponuje sprzedanie maszyn, gdyż w ten sposób można będzie pokryć długi kina i jeszcze suma pozostanie dla Towarzystwa.

Przewodniczący, p. Starosta Mieszkowski, proponuje oddanie tej sprawy zarządowi.

Dr. Dreszer stawia wniosek o złożenie podziękowania prezesowi za owocną pracę.

Wniosek Komisji Rewizyjnej o absolutorjum dla ustępującego zarządu przeszedł jednomyślnie.

W sprawie wniosku dr. Dreszera dr. Wernic twierdzi, że zasługę pomóżą współpracownicy.

Prezes dr. Wernic referuje sprawę zmiany statutu i ponieważ są to zmiany czysto formalne, wymagane przez Komisariat Rządu, przeto proponuje oddanie sprawy w ręce mec. Gądkiewicza i p. Szulcowej.

Dr. Wernic referuje dalej projekt ustawy eugenicznej. Ustawa obejmuje 4 punkty: 1) ustawę o poradnictwie przedślubnem, 2) pomoc dla no-

woźnięców, 3) kartoteki zdrowia i 4) zwiększenie podatków na opiekę Społeczną.

Dr. Welfle wyjaśnia, dlaczego podniesiono tą sprawę. Jest to referat wysłany do Ministerstwa Opieki Społecznej, które ten projekt rozesała do różnych instytucji, a między innymi do T-wa Eugenicznego.

Stawia wniosek: Walne Zgromadzenie popiera ustawę przeslaną przez Ministerstwo. Wniosek przyjęto.

Przystąpiono do rozpatrzenia preliminarza budżetowego. Dr. Dreszer proponuje, żeby wycofać z preliminarza sum na kino „Łoś“.

Przewodniczący, star. Mieszkowski prosi o przedstawienie tego zarządowi. Wniosek przyjęto.

Przystąpiono do wyboru nowych członków zarządu i Komisji Rewizyjnej. Ustąpiło 8 osób z zarządu. Do władz towarzystwa zostali wybrani następujący kandydaci, zaprowadzeni przez zarząd:

Do Zarządu weszli: pp. Dr. Wernic Leon, Płk. Jan Kawifski, dyr. dr. Henryk Szczodrowski, dr. Franciszek Siefko, mgr. pr. Zofja Szulcowa, dr. Jan Nowakowski, ppłk. Tadeusz Stępniewski, dyr. dr. Konrad Orzechowski, Min. Gustaw Simon, Teodora Męczkowska, starosta Jan Mieszkowski, dyr. doc. Gustaw Szulc, nac. dr. Henryk Palester, dr. Mieczysław Wiszniewski, doc. Henryk Gnoiński, mgr. far. Zofja Goslewska, dr. Marja Szczodrowska, dr. Tadeusz Welfle.

Przewodniczący sekcji: pp. prof. dr. Melanowski, dr. Bohdan Michalowski, dyr. Stanisław Bogdanowicz, sędzia Kazimierz Fleszyński, prof. Eugenja Stołyhwo, generałowa Gabryela Litwinowiczowa, Marja Olszewska.

Komisja Rewizyjna: ppłk. Dr. Jan Czyż, dr. Ferdynand Fenske, dr. Jan Szewczykowski, prof. Jan Szymański, inż. Jan Turowicz.

Dr. Wernic proponuje podziękowanie p. przewodniczącemu i asesora za pracę. Wniosek przyjęto.

Wolne wnioski: Dr. Siefko krytykuje, że sprawozdania robi się od 1.4 do 31.3, wnosi o robienie sprawozdań do 1.1 do 31.12. Przewodniczący p. Starosta Mieszkowski wyjaśnia, że tę zmianę może zatwierdzić walne zebranie, ale wówczas zebrania walne muszą się odbywać w styczniu.

P. Spless-Czuchczyńska zgłasza wniosek, żeby T-wo skierowało swą działalność na ludność wiejską. Pracuje na Kresach i stwierdza, że tam idee Towarzystwa są nieznanne. W promieniu 49 kilometrów niema doktora, ani poradni, są znachorzy i felczerzy. Oddział T-wa w Pińsku nie przejawia żadnej działalności, na Kresach. Dr. Welfle odpowiada, że Towarzystwo myślało o rozszerzeniu działalności na Kresach, ale rozwój T-wa idzie powoli, trudno mu dotrzeć do mniejszych miast, netylko do wsi. T-wo pracuje, robi co może, ale wobec braku dotacji nie może rozwijać szerszej działalności.

Dr. Wernic stwierdza, że to jest zebranie Oddziału Warszawskiego, a nie Zarządu Głównego. Raz do roku odbywają się zjazdy z całej Polski. P. Starosta Mieszkowski zorganizował na terenie pow. Warszawskiego 3 poradnie.

Gdybyśmy mieli także takie możliwości jak L. M. K. i L. O. P. P., to praca szłaby dobrze. Prosi p. starostę o pomoc w porozumieniu się ze starostami pow. Błońskiego i Sklerniewickiego.

P. Człczyński mówi, że ustawa eugeniczna pchnie tą sprawę naprzód, dr. Welfle twierdzi, że ustawa wejdzie w życie dopiero po uświadomieniu urzędników i ludności.

Przewodniczący uważa, że p. Spless-Człczyńska słusznie zwróciła się do oddziału, bo prezes stara się iść z robotą na wieś. Idzie o to, żeby idea Towarzystwa Eugenicznego promieniowała na wieś. Kresami powinni się zająć oddziały Kresowe. Dzieci z Kresów przyjeżdżają do środka kraju, zostają badane, ale na terenie Kresów propagandą eugeniki i pracą winny się zająć Oddziały T-wa.

Dr. Nowakowski zawiadamia, że od 1933 roku lekarze powiatowi otrzymują przeszkolenie eugeniczne.

Na tem posiedzenie zakończono.

Sekretarz:

(—) Mg. farm. *Zofja Gosiewska.*

Sprawozdanie z biblioteki.

W okresie sprawozdawczym biblioteka na dzień 1 kwietnia posiada 753 tomy na ogólną ilość 616 dzieł. Przybyło w danym okresie 49 tomów. Przeciętna ilość wypożyczonych miesięcznie książek waha się w granicach 60/70. Biblioteka prenumeruje 15 czasopism zagranicznych i 40 krajowych.

Bibliotekarz:

Dr. J. Nowakowski.

Sprawozdanie z poradni eugenicznej.

W ciągu 295 dni poradnia udzieliła ogółem 5399 porad, z której liczby przyjęto w sprawach zapobiegania i lecznictwa 1217, porad przedślubnych i małżeńskich 1425, wyboru zawodu 8, przeciwkłowa dla matki i dziecka 2216, wzyt pielęgniarskich 240, amali 727. Porady były udzielane przeważnie bezpłatnie. Trudności finansowe Towarzystwa odbiły się w sposób znamieny na prowadzeniu poradni Przeciwwenerycznej dla bezrobotnych, oraz poradni przeciwkłowej dla matki i dziecka. Poradnie te stale walczą z brakiem leków, nie mając przeznaczonych na ten cel funduszu. Należy również podkreślić niemożność przeprowadzania swolstej kuracji bezrobotnym, zgłaszającym się do leczenia ambulatoryjnego, gdyż na ten cel brak funduszków.

Następujący lekarze przyjmowali w poradni: Dr. Leon Wernic, dr. Ksawery Sieńko, Dr. Jan Nowakowski, Dr. Hedda Górzowna, dr. Mieczysław

ślaw Wiśniewski, Dr. Zdzisław Dobrowolski, dr. Ryszard Dreszer, dr. Józef Jabłoński, dr. Józef Zabner, Dr. T. Welfle.

Niedobór wyniósł 2.400 zł. 40 gr.

Inwentarz poradni nie został powiększony.

Największą troską Tow. Eugenicznego jest utrzymanie poradni przeciwkłowej dla matki i dziecka, na którą fundusze otrzymują od Związku Przewodniczącego. Kierownictwo Poradni spoczywało w rękach D-ra Wernica, zastępcą był dr. K. Sieńko.

Sprawozdanie kina „Los“.

Kino Los w okresie sprawozdawczym pracowało 10 miesięcy. Ogólna frekwencja wynosiła miesięcznie około 10.000 osób. Ogólny obrót kina wyniósł złotych 78.380,75. Ceny biletów wynosiły dla dorosłych 80 groszy, dla młodzieży 50 groszy i ulgowe 40 groszy.

Kierownikiem kina był p. Eugenjusz Barwicki, delegatem Zarządu był dr. Jan Nowakowski.

Ze względu na to, iż na rynku dał się zauważyć brak filmów przeznaczonych dla młodzieży, przystąpiono do wyświetlania obrazów, urządzając seanse wieczorowe dla dorosłych. Poczyniono odpowiednie przeróbki wewnątrz jak i zewnątrz kina, przeprowadzono specjalną agitację wśród ludności zamieszkałej w pobliżu kina, rezultatem czego było zwiększenie frekwencji w miesiącach październiku, listopadzie, grudniu i styczniu. Miesiące: luty, marzec, kwiecień, maj i czerwiec były miesiącami deficytowymi. Należy podkreślić zbyt wygórowaną sumę złotych 18 tysięcy rocznego czynszu dzierżawnego i nieprzejednane stanowisko Zarządu Muzeum w osobach pp. Leśniewskiego i Janikowskiego, którzy na usilne wielokrotne prośby Towarzystwa nie obniżyli dzierżawy. Takie stanowisko Muzeum, które lokal woli odstąpić prywatnemu dzierżawcy, pomijając Towarzystwo, które w ciągu lat 10 wpłaciło 200 tysięcy złotych, zmusza do zlikwidowania placówki i zrujnowania inwentarza przez szereg lat skrupulatnie kompletowanego.

Delegat do Spraw Kinowych

Dr. Jan Nowakowski.

Sprawozdanie sekretarjatu.

Sekretarjat Towarzystwa w roku sprawozdawczym załatwił 50 spraw piśmiennie, przesyłek pocztowych 200, zawiadomień drukowanych o odczytach przeszło 60.000. Pozatem do zadań sekretarjatu należało prowadzenie ksiąg kasowych, administracja lokalu, zawiadomienia o zebraniach, posiedzeniach i odczytach do prasy do członków Towarzystwa oraz załatwienie wszystkich spraw związanych z funkcjonowaniem sekretarjatu, jak też pomoc przy prowadzeniu biblioteki.

Pozatem sekretarjat zajmował się propagandą Towarzystwa za pomocą ulotek i odczytów w pismach codziennych.

Protokół Komisji Rewizyjnej z dnia 17 czerwca 1935 r.

Komisja Rewizyjna na posiedzeniach w dniu 22 października 1934, 19 listopada 1934, 17 grudnia 1934, 21 stycznia 1935, 8 kwietnia 1935, 27 maja 1935 i 17 czerwca 1935 r. zbadała stan ksiąg Oddziału Warszawskiego P. T. E. i kina „Los“ i stwierdziła zgodność poszczególnych pozycji z odpowledniami dowodami kasowymi.

Komisja Rewizyjna zatwierdziła bilans zamknięcia Oddziału Warszawskiego, zamykający się sumą 50.739,07 za czas od 1 kwietnia 1934 do 31 marca 1935.

Wobec powyższego Komisja Rewizyjna wnosi, aby Walne Zgromadzenie udzieliło ustępującemu Zarządowi Oddziału Warszawskiego P. T. E. absolutorjum.

Przewodniczący : *Turowicz.*

Członkowie Komisji :

Mgr. Z. Gosiewska

Dr. Penske

Pr. Niemce.

Sprawozdanie z Akademji.

W dniu 14 kwietnia 1935 roku w przeprowadzonym po brzegi lokalu Polskiego Towarzystwa Eugenicznego odbyła się uroczysta Akademia celem uczczenia 40-letniej działalności naukowej i społeczno-lekarskiej pioniera eugeniki polskiej dr. med. Leona Wernica, wieloletniego prezesa.

Sprawozdanie z tej akademji zamieszczamy poniżej :

Zagała akademję p. Teodora Męczkowska, powołując do prezydium na przewodniczącego : p. ministra Gustawa Simona, na sekretarzy d-rów Ksawerego Sienkę i Jana Nowakowskiego. Listę przemówień otworzył p. młn. Eugenjusz Plestrzyński, zaznaczając, iż ten dziwny, wielki człowiek, fanatyk w swej pracy, odniósł dwa sukcesy. Po pierwsze wywalczył w budżecie państwa stałą pozycję pieniężną, może skromną w dzisiejszych czasach, jednak przy uświadomieniu większym społeczeństwa mogącej urosnąć do milionów. I po drugie wprowadził sekcję eugeniczną przy Naczelnej Radzie Zdrowia w warunkach, których nikt o eugenice jeszcze nie myślał, przyczem skromną pierś odznaczył złotym krzyżem zasługi.

Pan Wiceprezydent Zarządu m. st. Warszawy Ołpiński podkreślił energję, zapał, wiedzę, jaka cechowała Jubilata w popularyzacji haseł eugenicznych ; dzięki osobistym wysiłkom została przełamana bierność społeczeństwa i stworzony cały szereg instytucyj o charakterze społeczno-lekarskim, a ta, w której się odbyła uroczystość, jest żywym pomnikiem Jego pracy. Zakończył powiedzeniem : „dr. Wernic dobrze zasłużył się Warszawie!“

Z kolei przemawiali : profesor Szenajch, dyr. Szulc, płk. dr. Malinowski, prof. Melanowski, p. Uśniałowska, prof. Kapuściński, dr. Wajnert.

starosta Mieszkowski, dr. Dreszer, dr. Borkowski. Następnie odczytano zgórą 200 telegramów, przesłanych bądź od instytucyj bądź od osób prywatnych.

Życiorys dr. Wernica wygłosił dr. Tadeusz Welfle, o pracy lekarskiej w imieniu Koła Dermatologów i Lekarzy innych Działów szpitala św. Łazarza mówił dr. Zalewski, dr. Dreszer skreślił działalność wydawniczą dr. Wernica.

Po przemówieniach zawieszono uroczyście portret Jubilata i wręczono adres hołdowniczy całkowicie wypełniony podpisami. W imieniu Delegatów Oddziałów prowincjonalnych przemawiali dr. Eichler, dr. Walewski i dr. Lipiński.

W zakończeniu dr. Wernic wzruszony do głębi niespotykanym w dzisiejszych czasach Jubileuszem za pracę społeczną Jednostki, podziękował zebrany z głębi serca słowy, podkreślając, że dobro Rzeczypospolitej jest dla niego celem!

III.

PRZEGLĄD PIŚMIENICTWA.

SCHÖNER O. Powstawanie płci u człowieka bez udziału chromozomów płciowych, Arch. Gynäk. 1935.

W pracy tej autor ponownie przedstawia swą głośną już teorię, że płeć jest preformowana w komórce jajowej, oraz że w prawym jajniku kolejno dojrzewają dwie komórki jajowe „męskie“, (z których powstaną męskie osobniki) i jedną komórkę „żeńską“ — lewy zaś jajnik odwrotnie: dwie komórki jajowe „żeńskie“ i jedną „męską“. Komórki jajowe prawego jajnika mają być częściej zapładniane niż komórki wytwarzane przez jajnik lewy. Jako dowód słuszności powyższej teorii autor podaje obliczenie płci dzieci jedynie na podstawie dat ich urodzenia oraz próbę uzgodnienia teorii z ustosunkowaniem liczbowym płci bliźniąt.

Dla charakterystyki wiadomości cytologicznych autora wystarczy przytoczyć następujące zdania: ... że badania te mocno podważyły teorię chromozomów płciowych występujących to w komórce rozrodczej męskiej, to żeńskiej, wypływa z badań moich, jeśli się dokładnie przyjrzeć ich obiektywnym wynikom. Już okoliczność, że chromozom płciowy wykazano u człowieka jedynie w komórce rozrodczej męskiej, przemawia z konieczności przeciw chromozomom płciowym. ... Naskutek powyższego (jego badań), t. zw. chromozomy X i Y zostały pozbawione swego znaczenia i ich czynności stały się zbędne. Nie należy tego rozumieć w ten sposób, że jakobym kwestjonował ich istnienie, zwalczam jedynie teorię ich szczególnych czynności, do których nadużywano je... gdyż dziedziczenie może być związane jedynie z całą plazmą. Chromozomy rozwijają się właśnie z plazmy i to dopiero w chwili, gdy komórka dojrzewa do podziału... A gdy autor oświadcza, że „nie moją jest rzeczą uzgodnić moje wyniki z nowoczesnymi badaniami genetycznymi, to staje się jasnym, że biolodzy uważają wszelką dyskusję za bezcelową.“

(Wg. Archiw. f. Rassen- u. Gesellschaftsbiologie, T. 29, II. 2, 1935.

H. S.

LUDBORG H. i WAHLUND przy współpracy K. B. Wiklund, Biologja rasowa szwedzkich Lapończyków. (The race biology of the swedish Lapps, Uppsala, 1932.

Znakomite to dzieło, pięknie wydane w języku angielskim, zawdzięcza swe powstanie sławnemu szwedzkiemu antropologowi, prof. Hermanowi Lundbergowi, twórcy „Szwedzkiego Państwowego Instytutu Biologii Ras”. W pierwszej ogólnej części autorzy omawiają dane etnologiczne, statystyczne, miejsce zamieszkania, kryjówki Lapończyków i t. d.—wreszcie najważniejsze ich cechy antropologiczne. Następny rozdział poświęcony jest prehistorji (Wiklund), poczem następuje dział, mówiący o płodności, rozrodecości, umieralności, wieku zawierania małżeństw i o innych danych demograficznych.

Ludność lapońska na półw. Skandynawskim wynosi około 32.000. Zajmuje się głównie hodowlą reniferów, rybołówstwem, rolnictwem. Naogół liczbą lapończyków stale wzrasta. Emigracja lapońska przenika stale i to od najdawniejszych czasów ku połaciom południowym Skandynawji, gdzie miesza się z rasą nordycką i wschodnio-baltycką. Rasowo czystych lapończyków nie spotyka się już obecnie.

„Czysty typ lapoński” cechuje się, zdaniem Wiklunda, niskim wzrostem, krótkimi kończynami dolnymi w porównaniu z tułowiem i kończynami górnymi, małemi dłońmi i stopami, b. krótką głową (przeciętny wskaźnik 87), szeroką i niską twarzą, wystającemi kośćmi policzkowemi, słabo rozwiniętą żuchwą, ciemnymi łęczówkami, czarną pigmentacją prostych włosów.

Kultura duchowa lapończyków znajduje się na b. niskim poziomie, w szczególności brak im wszelkiej inlektawy. Tworzą oni największą warstwę ludności, powyżej nich występują „finnowie”, a najwyższą warstwę tworzą szwedowie i szwedo-finnowie o składzie rasowym północno-europejskim.

Umieralność lapończyków (za okres 1791 — 1890) nie jest zbyt wysoka, kształtuje się podobnie jak w innych krajach sąsiednich, jest wyższa u wędrownych niż u grupy osiadłych lapończyków. U nomadów stwierdza się równieź znacznie wyższą umieralność u dzieci i równieź odznaczają się mniejszą płodnością. Naogół od 18 wieku stwierdzić można stałą przewagę urodzeń nad zejściami śmiertelnymi.

Autorzy podkreślają fakt, że proces infiltracji lapończyków do ludności skandynawskiej odbywa się stale — co bynajmniej nie przyczynia się do poprawy rasy u szwedów.

(Wg. Archiw f. Rasen- u. Gesellschaftsbiologie, T. 29. Z. 2. 1935).

Dr. A. ŻEBROWSKI. Nosa, gardła i krtani choroby. Biblijoteka zdrowia, t. 12.

W 12 tomie znanej wśród szerszych warstw społeczeństwa Bibl. Zdrowia ukazał się popularny opis chorób nosa, gardła i krtani, skreślony piórem specjalisty d-ra Aleks. Żebrowskiego. Autor uwzględnił nie tylko opis tych tak częstych schorzeń, lecz również podał wskazówki, jak ich unikać, jak je rozpoznać, jak leczyć i jak się podczas nich zachować. Dla jasności dodano 10 rysunków. Całość sprawia korzystne wrażenie i czytelnik niewątpliwie odniesie pożytek po przeczytaniu tej książki. Napewno uchroni go to od szukania porad u różnych znachorów i cudownych pseudolekarzy, bo będzie wiedział, kiedy ma się udać tam, gdzie trzeba, t. j. do lekarza specjalisty. Druk i papier bez zarzutu.

IV.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

III Kurs dla lekarzy z zakresu eugeniki.

W dniach od 30.IX. do 19.X. 1935 r. odbył się III Kurs dla lekarzy z zakresu eugeniki ze specjalnem uwzględnieniem dziedziczności i poradnictwa przedślubnego, zorganizowany przez Państwową Szkołę Higjeny i Radę Naukową Polskiego Towarzystwa Eugenicznego, z następującym programem:

- 1) dr. Leon Wernic: Rozwój pojęć naukowych w eugenicie polskiej i krajów zachodnich.
- 2) dr. M. Kucprzak: Z zagadnień rozrodczości.
- 3) „ Zagadnienie statystyki rodzinnej.
- 4) prof. M. Skalińska: O dziedziczności i jej prawach.
- 5) „ O mutacji.
- 6) prof. E. Stołyhwo: O rasach i typach ludzkich wogóle.
- 7) „ O rasach ludzkich w Polsce.
- 8) prof. S. Czarnowski: Granice selekcji biologicznej, a kierunki selekcji społecznej.
- 9) dr. K. Mikulski: Zagadnienie bliźniąt w zakresie dziedziczności i sprawa szkolenia bliźniąt.
- 10) dr. T. Zawodziński: Ruch neomaltuzjanizmu, a zagadnienie anty-koncepcji.
- 11) dr. H. Szczodrowski: Dzieje rozwoju walki ze zwyrodnieniem rasy w Polsce Niepodległej.
- 12) doc. dr. H. Gnoiński: O konstytucjach fizycznych człowieka.
- 13) prof. L. Hirszfeld: O odporności organizmu i jej dziedziczeniu.
- 14) „ O typach krwi i ich dziedziczeniu.
- 15) inż. A. Lejwa: O dziedziczeniu zaburzeń hormonalnych.
- 16) dr. St. Żurakowski: O metodach reaktywacji organizmu ludzkiego.
- 17) doc. dr. Wł. Sterling: Dziedziczenie chorób nerwowych.
- 18) dr. R. Dreszer: Dziedziczenie chorób psychicznych.
- 19) prof. H. Melanowski: O dziedziczeniu chorób oczu.
- 20) doc. dr. D. Zuberbler: O dziedziczeniu chorób słuchu.
- 21) doc. dr. G. Szulc: Gruźlica, a dziedziczność.

- 22) dr. H. Szpidbaum: Dziedziczenie i znaczenie eugeniczne różnych postaci eukrzyjcy.
- 23) dr. J. Nelken: Higjena psychiczna, a alkoholizm.
- 24) „ Zagadnienie narkomanji.
- 25) dr. T. Welfle: Rola chorób dziecięcych w selekcji biologicznej.
- 26) dr. L. Wernle: Rola chorób wenerycznych w selekcji biologicznej.
- 27) dr. J. Nowakowski: O poradnictwie przedślubnem.
- 28) dr. T. Sienko: Małżeństwo z punktu widzenia eugeniki.
- 29) prof. W. Grzywo-Dąbrowski: Ustawy sterylizacyjne z punktu widzenia zwalczania przestępczości i patologicznej dziedziczności.
- 30) sędzia K. Fleszyński: O projekcie prawa małżeńskiego w Polsce.
- 31) adw. S. Markusfeld: Prawodawstwo eugeniczne na zachodzie i projekty polskie.
- 32) adw. I. Etinger: Pierwiałtki eugeniczne w prawodawstwie polskiem.
- 33) dr. W. Chodźko: O roli i znaczeniu T-wa Medycyny Zapobiegawczej i stosunku jej do eugeniki.

III Zjazd Naukowy Oficerów Służby Zdrowia 3—5.I. 1936.

Godz. 8.15. Otwarcie Zjazdu przez Szefa Dep. Zdr. M. S. Wojsk. Gen. dr. Stanisława Roupperta. (Sala balowa w Kasynie Garnizonowem, Al. Szucha).

Godz. 8.20—13.15.

I. POSIEDZENIE OGÓLNE.

(Kasyno Garnizonowe, Sala balowa, Al. Szucha).

Referat programowy:

Płk. dr. Mieczysław Naramowski: Podstawowe zagadnienia eugeniki.

K o r e f e r a t y:

- 1) Prof. dr. Władysław Melanowski: Zespoły dziedziczne z objawami ocznemi.
- 2) Mjr. dr. Sylwerjusz Wileczyński: Wojsko i wojna z punktu widzenia eugeniki.
- 3) Mjr. dr. Eugenjusz Krawczyk: Hościowy stan populacji, a pobór rekruta.
- 4) Doc. dr. Jan Mydlarski: Psychofizyczny stan zaludnienia Polski.
- 5) Ppłk. dr. Eugenjusz Dobaczewski: Nasze wskazania eugeniczne i wojsko.
- 6) Kpt. dr. Ernest Matuszek: Realizowanie postulatów eugenicznych.
- 7) Kpt. dr. Radziław Telórznieki: Walka z chorobami wenerycznymi jako zagadnienie eugeniczne.
- 8) Doc. dr. Gustaw Szule: Lekarz wojskowy jako eugenista.
- 9) Kpt. dr. Edward Zamłyński: Zagadnienia sterylizacyjne, a wojsko.

D y s k u s j a.

III. Zjazd Naukowy oficerów Służby Zdrowia.

Dnia 3, 4 i 5 stycznia 1936 roku odbędzie się w Warszawie III Zjazd Naukowy Oficerów Służby Zdrowia z udziałem oficerów rezerwy. Podczas Zjazdu odbędą się 2 posiedzenia ogólne, na których zostaną wygłoszone 2 referaty programowe: 1) *Eugenika z punktu widzenia obrony państwa* i 2) *Segregacja ramnych i zagazowanych*.

W drugim dniu Zjazdu odbędą się posiedzenia w poszczególnych sekcjach. Wybrano następujące tematy programowe:

- I. *Sekcja Chorób Wewnętrznych*: Mjr. dr. T. Orzechowski: Zagadnienie szybkiej eliminacji z wojska chorych na gruźlicę. 2) Dr. Telatycki: Zagadnienie orzecznictwa wojskowo-lekarskiego w odniesieniu do chorych na gruźlicę płuc wojskowych zawodowych.
- II. *Sekcja Chirurgiczna*: 1) Płk. dr. T. Sokołowski: Nowe drogi sterylizacji materiału opatrunkowego. 2) Dr. Wł. Ostrowski: Leczenie chirurgiczne jam szczytów płucnych.
- III. *Sekcja Chorób Skórnych i Wenerycznych*: (zostaną później ogłoszone).
- IV. *Sekcja Neurologiczna i Psychiatryczna*: 1) Ppłk. dr. S. Mozołowski: Bezpośrednie i późniejsze następstwa urazów czaszki i ich leczenie.
- V. *Sekcja Bakteriologii i Higieny*: 1) Płk. dr. J. Babecki: Zaopatrywanie w wodę podczas marszu. 2) Mjr. dr. J. Zwierz: Badania nad zarazkiem duru osutkowego u dzikich szczurów.
- VI. *Sekcja Laryngologiczna*: 1) Ppłk. dr. St. Brończyk: Gruźlica krtań w świetle najnowszych badań. 2) Ppłk. dr. R. Brzosko: O ozenie.
- VII. *Sekcja Okulistyczna*: 1) Ppłk. dr. Z. Żołędziowski: Sposób wsysania wylewów krwawych w ciałku szklistym.
- VIII. *Sekcja Medycyny Lotniczej*: Ppłk. dr. A. Fiumel: Wpływ lotów na sprawność układu krążenia. 2) Ppłk. dr. A. Fiumel, mjr. dr. J. Leoszko, mjr. dr. K. Michalik: Zastosowanie lotnictwa sanitarnego w czasie wojny i pokoju.
- IX. *Sekcja Wychowania Fizycznego*: 1) Ppłk. dr. Wł. Missiuro: Wojskowe zawody marszowe i narciarskie w świetle danych fizjopatologii.
- X. *Sekcja Farmaceutyczna*: 1) Mjr. mr. L. Pelligrini: Zaopatrywanie armji polskiej w materiał sanitarny podczas wojny.

Poza referatami programowymi zostaną wygłoszone koreferaty i komunikaty na dowolne tematy ze szczególnem uwzględnieniem medycyny wojskowej. Komitet Zjazdu prosi lekarzy wojskowych służby czynnej i rezerwy o zgłaszanie koreferatów i komunikatów do dnia 15 listopada, oraz o krótkie streszczenia w języku polskim i francuskim (ang. lub niem.) do dnia 1 grudnia. Na wygłaszanie referatów głównych przeznaczają się 45 minut, na wygłoszenie koreferatów i komunikatów 15 min. Szczegółowy program Zjazdu zostanie ogłoszony później. Zgłoszenia uczestnictwa w Zjeździe należy nadsyłać najpóźniej do dnia 5 grudnia. Koszt uczest-

nietwa w Zjeździe wynosi 5 zł. Należność tę można wpłacić na konto P. K. O. Nr. 30.121.

Sekretariat Zjazdu mieści się przy ul. Górnośląskiej 45, tel. 9.73.57. (Red. Lekarza Wojskowego).

Gen. Bryg. Dr. Stanisław Rouppert
Szefer Depart. Zdrowia M. S. Wojsk.

Warszawa, dnia 2 października 1935 r.

PROGRAM I ROZKŁAD WYKŁADÓW III KURSU

dla

INSTRUKTORÓW I INSTRUKTOREK EUGENICZNYCH
przy **Polskim T-wie Eugenicznym w Warszawie, Nowy-Świat 1.**

Otwarcie kursu **sobota, dnia 16 listopada 35 r. o godz. 20-ej.**

Sobota, 16.XI. 35 r.

Prezes T-wa Dr. med. L. WERNIC od godz. 20 do 22 — I. Co to jest eugenika i jej podział. II. O zadaniach instruktorów i instruktorek.

Środa, 20.XI. 35 r.

Dr. med. J. NOWAKOWSKI od godz. 20 do 21—Poradnictwo przedślubne.
Prof. SKALIŃSKA od godz. 21 do 22 — Małżeństwo wśród krewnych.

Sobota, 23.XI. 35 r.

Dr. H. SZPIDBAUM od godz. 20 do 21 — Co to jest konstytucja fizyczna.
Doc. H. GNOŃSKI od godz. 21 do 22 — O dziedziczeniu chorób.

Sobota, 30.XI. 35 r.

Adj. Dr. med. R. DRESZER od godz. 20 do 21 — Co to jest choroba psychiczna i kiedy się dziedziczy.

Sędzia Sądu Najwyższego K. FLESZYŃSKI od godz. 21 do 22 — Ustawodawstwo małżeńskie w Polsce i projekty ustaw eugenicznych.

Środa, 4.XII. 35 r.

T. MĘCZKOWSKA od godz. 20 do 21 — Uświadamianie i wychowanie seksualne.

Plk. Dr. ST. RUDZKI od godz. 21 do 22 — Gruźlica a małżeństwo.

Sobota, 7.XII. 35 r.

Dr. med. B. MICHAŁOWSKI, Ordynator Szpitala Św. Łazarza od godz. 20 do 21 — Choroby weneryczne a rodzina.

Dr. med. T. WELFLE od godz. 21 do 22 — Syfilis u dzieci.

Środa, 11.XII. 35 r.

Prof. dr. med. GRZYWO-DĄBROWSKI od godz. 20 do 21 — Co to są zbroczenia płciowe i czy stanowią one przeszkody do małżeństwa.

Prof. H. MELANOWSKI od godz. 21 do 22 — Dziedziczenie chorób oczu.

Sobota, 14.XII. 35 r.

Dr. SZYMAŃSKI od godz. 20 do 21 — Głuchoniemota i jak się dziedziczy.

P. MOSZCZEŃSKA-GOSZCZYŃSKA od godz. 21 do 22 — O sposobach propagandy eugeniki.

Niedziela, 15.XII. 35 r.

Dr. K. SIENKO od godz. 12 do 13 — O rozwoju Polskiego Tow. Eugenicznego.

Zakończenie: od godz. 13 do 14 — Przemówienie p. Gen. dr. med. WISZNIEWSKIEGO. — Rozdanie świadectw.

P. S. Kierownictwo kursu zastrzega sobie prawo zmiany programu.

PROGRAM KURSÓW DLA LEKARZY

**Ubezpieczalni Społecznych, Samorządowych i Państwowych
z zakresu poradnictwa przedślubnego
odbędzie się w dniu 7, 8 i 9 marca 1936 roku
w siedzibie Polskiego Towarzystwa Eugenicznego
przy ul. Nowy Świat Nr. 1. Kurs bezpłatny. Wpisowe 5 złotych.**

Sobota, dn. 7.III 36 r.

Otwarcie kursu i wykład dr. med. LEONA WERNICA od godz. 20 do 21—
„Eugenika praktyczna i jej znaczenie dla państwa“.

Dr. JAN NOWAKOWSKI od godz. 21 do 22 — „Poradnictwo przedślubne“.

Niedziela, dn. 8.III. 36 r.

Prof. EUGENJA STOŁYHWO od godz. 10 do 12 — „O rasach i typach antropologicznych w Polsce i Europie“.

Prof. MARJA SKALIŃSKA od godz. 12 do 13 — „Genetyka jako nauka o dziedziczności“.

Sędzia K. FLESZYŃSKI od godz. 13 do 14 — „Ustawodawstwo małżeńskie i eugeniczne“.

Płk. Dr. STEFAN RUDZKI od godz. 14 do 15 — „Gruźlica i jej dziedziczenie“.

Dr. med. TADEUSZ WELFLE od godz. 17 do 18 — „Kiła wrodzona jako czynnik zwyrodnienia“.

Dr. JAN NELKEN od godz. 18 do 19 — „Narkomanja a zwyrodnienie“.

Dr. RYSZARD DRESZER od godz. 19 do 20 — „O dziedziczeniu chorób psychicznych“.

Poniedziałek, dn. 9.III. 36 r.

Prof. STANISŁAW WŁADYCZKO od godz. 9 do 10 — „Choroby układu nerwowego a dziedziczność“.

Doc. Dr. HENRYK GNOIŃSKI od godz. 10 do 11 — „Jakie choroby dziedziczy się“.

Prof. W. GRZYWO DĄBROWSKI od godz. 11 do 13 — „Zbożenia płciowe a prawodawstwo eugeniczne“.

Prof. W. MELANOWSKI od godz. 13 do 14 — „O dziedziczeniu chorób oczu“.

Dr. ROGOZIŃSKI od godz. 14 do 15 — „O dziedziczeniu chorób uszu“.

Dr. M. GRZYWO Dąbrowska od godz. 15 do 16 — „Lekarz szkolny a zagadnienie eugeniki“.

Dopuszczalne są zmiany i uzupełnienia. Zapisy w Tow. Eugenicznem Nowy Świat Nr. 1 (tel. 9.55.99) od godz. 10 do 15).

ZWIĄZEK PRZECIWWENERYCZNY W POLSCE
I POLSKIE TOW. EUGENICZNE.

Warszawa, Nowy Świat 1.

PROGRAM KURSU „O SYFILISIE“ DLA LEKARZY.

Od 17 lutego do 1 marca 1936 roku.

Poniedziałek, 17.II. 36 r.

Dyr. H. SZCZODROWSKI od godz. 11 do 12 — Walka społeczna z przymiotem.

Doc. Dr. ST. KAPUŚCINSKI od godz. 12 do 13 — Patologja przymiotu.

Wtorek, 18.II. 36 r.

Dr. JERZY ZAŁEWSKI od godz. 12 do 14 — Bakterologja i serologja przymiotu.

Sroda, 19.II. 36 r.

Dr. med. prosektor SIEDLECKI od godz. 12 do 13 — Anatomja patologiczna przymiotu.

Czwartek, 20.II. 36 r.

Dr. med. W. KWAZEBART od godz. 12 do 14 — Przymiot 1-o i 2-o rzędowy.

Piątek, 21.II. 36 r.

Dr. med. WITOLD BORKOWSKI od godz. 12 do 13 — Przymiot trzecio rzędowy.

Dr. med. E. BRUNER od godz. 13 do 14 — Przymiot kostny.

Sobota, 22.II. 36 r.

Dr. med. B. MICHAŁOWSKI od godz. 12 do 14 — Przymiot wrodzony.

Poniedziałek, 24.II. 36 r.

Prof. M. SEMERAU SIEMIANOWSKI od godz. 11 do 12 — Przymiot narządów wewnętrznych.

Prof. ST. WŁADYCZKO od godz. 12 do 13 — Przymiot układu nerwowego.

Adjunkt RYSZARD DRESZER od godz. 13 do 14 — Choroby psychiczne na tle przymiotu.

Wtorek, 25.II. 36 r.

Prof. W. MELANOWSKI od godz. 12 do 13 — Zmiany wzroku w przymiocie.

Dr. J. ROGOZIŃSKI od godz. 13 do 14 — Zmiany słuchu w przymiocie

Środa, 26.II. 36 r.

Dr. med. LILPOP od godz. 12 do 13 — Przymiot dróg moczowych.

Czwartek, 27.II. 36 r.

Dr. med. L. WERNIC od godz. 12 do 14 — Leczenie przymiotu.

Piątek, 28.II. 36 r.

Doc. Dr. ST. KAPUŚCIŃSKI od godz. 12 do 14 — Powikłanie w leczeniu przymiotu.

Sobota, 29.II. 36 r.

Dr. med. L. WERNIC od godz. 12 do 13 — Małżeństwo a przymiot.

Dr. WIKTOR BORKOWSKI od godz. 13 do 14 — Państwowa walka z przymiotem.

Kierownictwo Kursu zastrzega sobie prawo zmiany programu.

Informacji udziela i przyjmuje zapisy Sekretariat Tow. Eugenicznego i Związku Przeciwwenerycznego, Nowy Świat 1 od godz. 10 do 15.

Kurs bezpłatny — wpisowe 10 zł.

UMCS
LUBLIN

REGULAMIN

OGŁASZANIA PRAC W „ZAGADNIENIACH RASY“.

1. Prace oryginalne z dziedziny zagadnień eugeniki i dziedziczności są drukowane z zachowaniem kolejności złożenia w redakcji.
 2. Rękopisy pisane na maszynie należy nadsyłać pod adresem:
**Tow. Eugeniczne, Nowy Świat 1 —
na ręce redaktora Dra Ryszarda Dreszera, tel. 12-24-68.**
 3. Autorowie proszeni są o dołączenie do swych prac krótkich streszczeń w jednym z języków obcych (angielskim, francuskim, niemieckim).
 4. Celem uniknięcia zwłoki, korekty będą posyłane autorom tylko na specjalne żądanie.
 5. Autorowie otrzymują po 25 odbitek swych prac na koszt wydawnictwa.
 6. Honorarjum za artykuł oryginalny 16 zł. od arkusza, za sprawozdania 32 zł. Honorarjum wypłaca się tylko zgłaszającym się w Administracji Pisma, Warszawa, Nowy Świat 1.
-

