

4



PAMIĘTNIK

II-go ZJAZDU

Lekarzy Prowincjonalnych

w dniach 31 maja i 1 czerwca 1914 roku

W LUBLINIE.



Pamiętnik II-go Zjazdu Lekarzy Prowincjonalnych.

Lublin - Gierzdyn
Gierzdyn - Akałstka - Pałstyz

PAMIĘTNIK

II-go ZJAZDU

Lekarzy Prowincjonalnych

w dniach 31 maja i 1 czerwca 1914 roku

w LUBLINIE.



44033



Uniwersytet Medyczny w Lublinie
nr inw.: XX - 50233



BG 44033

ODBITO CZCIONKAMI FIRMY „B. DRUE” W LUBLINIE, KRAK.-PRZEDMIEŚCIE № 31.

okl. 97-4452

AKR

I. PRACE KOMITETU ORGANIZACYJNEGO.

Na pierwszym Zjeździe lekarzy prowincjonalnych w Łodzi w r. 1911 powierzono kol. Dobruckiemu zorganizowanie II-go Zjazdu, wyznaczając z góry termin na Zielone Świątki r. 1914; uczestnicy Zjazdu łódzkiego, pełni najlepszych wrażeń, żegnali się słowami „Do widzenia w Lublinie”.

A jednak w r. 1913, gdy Zarząd Towarzystwa lekarskiego w Lublinie wezwał członków na posiedzenie nadzwyczajne w celu omówienia sprawy II-go Zjazdu, były obawy, czy ogół członków poprze tę inicjatywę: odzywały się głosy zwątpienia, czy nieliczne (bo 40 członków zaledwie liczące) Towarzystwo lekarskie w Lublinie, sprosta zadaniu, — zdawało się innym, że okres 3-letni jest zbyt krótki, że zapał, ujawniony dla zjazdów w Łodzi mógł być chwilowym i drugi zjazd już się nie uda — były wreszcie obawy, że w Lublinie, sąsiadującym ze strzeżoną tak czujnie Chełmszczyzną, będą trudności w otrzymaniu pozwolenia oraz względnej choćby swobody słowa. Większością głosów zdecydowano jednak dnia 20 marca Zjazd w Lublinie doprowadzić do skutku w terminie wyżej oznaczonym. W myśl projektu regulaminu Zjazdów, opracowanego przez Komitet łódzki, przyjęto zasadę, że Zjazd urządza Towarzystwo lekarskie i do komitetu wybrano następujących członków Towarzystwa, Marka Arnsztajna, Piotra Borsukiewicza, Adama Brzezińskiego, Czesława Czerwińskiego, Stanisława Dobruckiego, Bolesława Dziemskiego, Wacława Jasińskiego, Jakóba Kielczewskiego, Adama Majewskiego*), Jana Modrzewskiego, Leona Płaczkiewicza i Władysława Tołwińskiego; komitet ten następnie powiększony został do 15 osób przez wybory dodatkowe, dokonane na jednym z posiedzeń T-wa lekarskiego, — 3 członków: Jakóba Cynberga, Aleksandra Jaworowskiego i Kazimierza Rogozińskiego.

W komitecie ustalono następujący podział pracy:

S. Dobrucki — przewodniczący, J. Modrzewski — jego zastępca, W. Jasiński — sekretarz, J. Kielczewski — skarbnik, i A. Brzeziński — przewodniczący komisji gospodarczej.

W początkach września r. 1913 otrzymano pozwolenie od władz i przystąpiono energiczniej do pracy organizacyjnej.

Na dwu posiedzeniach (18 i 19 września) omówiono przedewszystkiem sprawę tematów głównych. Ogólne uznanie zyskał projekt kol. M. Arnsztajna i jako

*) nie brał udziału w pracach Komitetu.

mat kliniczny obrano „Postępy w rozpoznawaniu i leczeniu spraw gorączkowych pochodzeniu ukrytem”; drugi temat oświetlić miał działalność społeczną lekarza prowincjonalnego — prócz tego, za pożądane uznano opracowanie bardziej żywych tematów z dziedziny serologii i przyrodolecznictwa i leczenia klimatycznego uwzględnieniem przede wszystkim uzdrowisk polskich, a z tematów społeczno-lekarskich uznano za pożądane poruszyć sprawę braków w wykształceniu lekarzy, ubezpieczenia lekarzy, deontologii lekarskiej i inne. Oczywiście, uczestnikom zjazdów pozostawiono zresztą zupełną swobodę wyboru tematów. W początkach października wysłano odezwę do Towarzystw lekarskich prowincjonalnych z prośbą o wybór podkomitetów i poparcie prac Zjazdu. W początkach stycznia 1914 r. dopiero po powtórnej odezwie Komitetu wszystkie Towarzystwa nadesłały odpowiedzi, i oraz ukończono całkowicie korespondencję z referentami tematów głównych.

Wtedy można było przystąpić do wystosowania odezwy do wszystkich lekarzy, zamieszkałych na prowincji z zawiadomieniem o terminie i charakterze zjazdu, tematach głównych i pożądanych odczytach w myśl przygotowanej poprzednio dyskusji w Komitecie.

Odezwa do lekarzy brzmiała jak następuje:

KOMITET ORGANIZACYJNY

II-go Zjazdu Lekarzy Prowincjonalnych w Lublinie.

Szanowny Kolego!

W dniu 31 maja i 1 czerwca r. b. (Zielone Świątki) odbędzie się w Lublinie II-gi Zjazd lekarzy prowincjonalnych Królestwa Polskiego, o czym zawiadamiamy szanownego Kolegę, prosząc o przybycie i wzięcie udziału w pracach Zjazdu.

Pozbawieni pomocy, jaką gdzieindziej dają wyższe uczelnie i instytucje naukowe, we własnej tylko inicjatywie, zrzeszaniu się, skupianiu sił i wymianie myśli należymy do podniecia do doskonalenia się i uzupełnienia swej wiedzy oraz należytego spełniania obowiązków swych względem kraju i społeczeństwa.

Liczny i gorący udział lekarzy w I-ym Zjeździe w Łodzi, ilość i powaga wygłoszonych na nim odczytów dowiodły najlepiej, że ogół lekarzy zdaje sobie sprawę z znaczenia zjazdów i wpływu, jaki one wyrzucić mogą na podniesienie poziomu wiedzy wśród lekarzy prowincjonalnych. Żywimy przeto nadzieję, że i 2-gi zjazd skupi w Lublinie w imię wspólnej pracy liczne grono Kolegów i stanie się swym promieniotwórczym ogniskiem naszej wiedzy.

Uwzględniając przede wszystkim to, co dla lekarza-praktyka największe ma znaczenie, Komitet Organizacyjny w wyborze głównego tematu Zjazdu kierował się w pierwszym miejscu wyjaśnieniem nader ważnej dla każdego lekarza-praktyka sprawy rozpoznawania szeregu stanów gorączkowych o ukrytem pochodzeniu, które obecnie dzięki postępom nauk lekarskich i zastosowaniu ścisłych metod badania straciły swój „ukryty” charakter i mogą być leczone przyczynowo.

„Postępy w rozpoznawaniu i leczeniu spraw gorączkowych o pochodzeniu ukrytem (t. zw. kryptogenetycznych)” obrano zatem jako temat główny

Zjazdu z zakresu medycyny praktycznej. Wstęp i ogólny zarys tego tematu przedstawi **dr. Władysław Biegański** (z Częstochowy); część kliniczna zaś opracowana będzie w poszczególnych działach przez następujących Kolegów:

D-r Seweryn Sterling (Łódź) mówić będzie o tem: „Kiedy gorączkę uważać wolno za objaw skrytej gruźlicy płuc”;

D-r Karol Rozenfeld (Częstochowa)—opracuje: „Przewlekłe stany gorączkowe pochodzenia gruczołowego i migdałkowego”;

D-r Ignacy Watten (Łódź)—„Stany zapalne wyrostka robaczkowego, dróg żółciowych i trzustki”;

D-r Kazimierz Rogoziński (Lublin): „Zakażenia dróg moczowych” i

D-r Czesław Czerwiński (Lublin): „Cierpienia narządów rodnych kobiecych”.

Poza tym tematem głównym Komitet uważa za nader pożądane prace i przyczynki z zakresu serodyagnostyki, sero i wakcynoterapii — wskazania do leczenia klimatycznego z uwzględnieniem szczególnem zdrojowisk polskich,—leczenie dyetyczne i przyrodolecznictwo.

Z dziedziny społeczno-lekarskiej obrał Komitet temat: „**O zadaniach społecznych lekarza prowincjonalnego w naszych warunkach**”—temat ten przyrzekł opracować **D-r Adam Jarosiński** ze Sterdyny; nadto poruszone będą żywotne sprawy uzupełnienia braków wykształcenia lekarzy prowincjonalnych, organizacji wzajemnych ubezpieczeń lekarzy, wpływu lekarza na fizyczne wychowanie młodzieży i t. p., projektowane jest także opracowanie kodeksu deontologii lekarskiej.

Przytaczając tematy powyższe, jako pożądane, Komitet ma na celu zogniskowanie obrad Zjazdu na sprawach najbardziej żywotnych—niezależnie wszakże od tego Komitet zaprasza Szanownego Kolegę do wzięcia czynnego udziału w Zjeździe przez opracowanie dowolnego tematu, każda bowiem praca przyczyni się niezawodnie do rozszerzenia wiedzy lekarskiej lub rzuci promień światła na stanowisko i działalność społeczną lekarza.

Licząc na przybycie Szanownego Kolegi, łączymy wyrazy wysokiego poważania oraz koleżeńskie pozdrowienie.

Przewodniczący w Komitecie **Stanisław Dobrucki**.

Sekretarz **Wacław Jasiński**.

Członkiem Zjazdu może być każdy lekarz w Królestwie Polskiem zamieszkały.

Zjazd trwać będzie 2 dni: 31-go maja i 1-go czerwca 1914 r. Posiedzeń będzie cztery, po dwa dziennie; od 9-ej rano do 1-ej i od 3-ej do 7-ej wieczorem.

Uwaga. W przeddzień Zjazdu, w sobotę odbędzie się o godzinie 7-ej wieczorem posiedzenie uroczyste T-wa Lekarskiego Lubelskiego.

Życzący sobie wziąć udział w Zjeździe, zgłoszenia swe kierują bądź do podkomitetów organizacyjnych, bądź też wprost do Skarbnika Zjazdu (D-r J. Kielczewski, Lublin, Szpitalna 5).

Każdy członek Zjazdu płaci składki rb. 10, osoba towarzysząca płaci rubli 3.

Każdy członek Zjazdu powinien wcześniej zamówić sobie mieszkanie, zwracając się do Komitetu gospodarczego (D-r A. Brzeziński, Lublin, Krakowskie-Przedmieście 49). Życzący sobie wygłosić odczyt na posiedzeniach Zjazdu, tematy zgłaszać zechcą

przed dniem 1 kwietnia 1914 roku do Sekretarza Zjazdu (D-r W. Jasiński, Lublin, Krakowskie-Przedm. 46).

Prelegenci muszą przed dniem 1-m kwietnia nadesłać również na ręce Sekretarza Zjazdu krótkie streszczenie swych odczytów (dla przesłania władzy na miesiąc przed otwarciem Zjazdu).

Odczyt nie może trwać dłużej nad minut dwadzieścia, w dyskusji przemawiać wolno nie dłużej nad minut 5, przy powtórznem zabraniu głosu—minut trzy.

Każdy członek Zjazdu otrzyma pamiętnik Zjazdu.

Podczas Zjazdu odbędzie się pokaz narzędzi i aparatów lekarskich oraz preparatów farmaceutycznych.

Podkomitety organizacyjne z ramienia Towarzystw Lekarskich:

W Częstochowie: Wł. Biegański, K. Rozenfeld (Częstochowa), J. Brzeziński (Zawiercie).

W Kaliszu: A. Dreszer, B. Koszutski, F. Krzymuski.

„ Kielcach: K. Kosieradzki, J. Lewinson, Buszkowski.

„ Łodzi: J. Michalski, S. Sterling, A. Tomaszewski.

„ Piotrkowie: St. Rechniowski, A. Sobański, J. Wnorowski.

„ Płocku: Wł. Kosmaciński, J. Kunig, A. Zaleski.

„ Radomiu: J. Pełczyński, Ch. Raszkes, A. Szczepaniak.

„ Siedlcach: A. Jarosiński, (Sterdyń), H. Ostrowski, E. Wiszniewski.

„ Zagłębiu-Dąbrowskiem: J. Dehnel (Będzin), J. Puterman (Sosnowiec), Sz. Starkiewicz (Dąbrowa).

Odezwę tę odbito w 1000 egzemplarzy i rozesłano również do pism lekarskich z prośbą o przedruk.

Wkrótce też poczęły napływać zgłoszenia odczytów przez prelegentów w liściach osobistych i za pośrednictwem podkomitetów organizacyjnych. Do d. 1 marca zgłoszono 16 odczytów, w ciągu zaś ostatniego miesiąca (według regulaminu termin upływał d. 1 kwietnia) nadesłano jeszcze 29 zgłoszeń, a więc prócz 6 tematów głównych Komitet rozporządzał 45 odczytami.

Wówczas wypadło rozstrzygnąć zagadnienie podziału zgłoszonego materiału: jedni pragnęli utworzyć sekcje: kliniczną i społeczno-lekarską, większość jednak w Komitecie organizacyjnym przemawiała za tem, aby nie pozbawiać ogółu możliwości wysłuchania odczytów z obydwu dni, gdy przy podziale na sekcje tylko część wygłoszonych odczytów mogła być przez wszystkich wysłuchaną.

Wysunęła się wtedy sprawa porządku odczytów; uchwalono ułożyć program w ten sposób, by na pierwszym planie umieścić odczyty, mające największą wagę dla lekarza prowincjonalnego, na planie dalszym zaś postawiono odczyty specjalne, oraz przypadki kazuistyczne. Lekarzom prowincjonalnym oddano pierwszeństwo przed lekarzami ze stolicy i miast większych, na ostatnim miejscu postawiono odczyty lekarzy lubelskich.

Ułożony w ten sposób program Zjazdu przedstawiał się, jak następuje:

II-gi ZJAZD LEKARZY PROWINCJONALNYCH

w dniu 31-m maja i 1-m czerwca 1914 roku w Lublinie

(Sala Resursy Kupieckiej—gmach Teatru Wielkiego, Kapucyńska).

PROGRAM:

Niedziela, dnia 31-go Maja:

Dwa posiedzenia od godziny 9-ej rano do 1-ej w poł. i od 3-ej po południu do godz. 7-ej wieczór:

- a) otwarcie Zjazdu przez Przewodniczącego w Komitecie Organizacyjnym;
- b) wybory Prezydium Zjazdu i zatwierdzenie regulaminu;
- c) TEMAT GŁÓWNY—„Postępy w rozpoznawaniu i leczeniu spraw gorączkowych o pochodzeniu ukrytem”.

Wł. Biegański—Częstochowa. Wstęp i zarys ogólny tematu.

S. Sterling—Łódź. Kiedy gorączkę uważać wolno za objaw skrytej gruźlicy płuc.

K. Rozenfeld—Częstochowa. Pzewlekłe stany gorączkowe pochodzenia gruźlicowego i migdałkowego.

I. Watten.—Łódź. Stany zapalne wyrostka robaczkowego, dróg żółciowych i trzustki.

K. Rogoziński—Lublin. Zakażenia dróg moczowych.

Cz. Czerwiński—Lublin. Cierpienia narządów rodnych kobiecych.

d) TEMATY ZGŁOSZONE:

- 1) **J. Brunner**—Warszawa. O wartości leczniczej surowic. (Odwołano).
- 2) **M. Kaufman**—Łódź. Samozatrucie ustroju pod wpływem ciąży.
- 3) **K. Perłowski**—Zawiercie. O leczeniu mieszanem przymiotu salwarsanem i rtęcią.
- 4) **J. Maybaum**—Łódź. O wczesnem rozpoznawaniu raka narządów trawienia.
- 5) **E. Wiszniewski**—Siedlce. Metoda Calot'a w leczeniu gruźlicy chirurgicznej.
- 6) **W. Szumlański**—Warszawa. Jakie wiadomości z otyatrji niezbędne są dla każdego lekarza.
- 7) **S. Rotwand**—Łódź. Klasyfikacja i ogólne zasady leczenia zaburzeń odżywiania u niemowląt.
- 8) **S. Sitkowski**—Radzyń. Sfigmomanometria w praktyce lekarza prowincjonalnego.
- 9) **K. Rozenfeld**—Częstochowa. O ciśnieniu krwi i tętna w gruźlicy płuc.
- 10) **J. Gliński**—Łask. Kilka słów o znieczuleniu rdzeniowem.
- 11) **J. Dehnel**—Będzin. Rzut oka na stan obecny wiadomości naszych w głównych chorobach nerkowych.

- 12) **M. Zienkiewicz**—Ciechanów. Przyczynek do nauki o wtórnych niedokrwistościach w chorobach zakaźnych.
- 13) **St. Kelles-Krauz**—Radom. Klasyfikacja stanów limfatycznych u dzieci.
- 14) **J. Puterman**—Sosnowiec. Kilka słów o skazię kurczowej dziecięcej.
- 15) **St. Zieliński**—(Simno, gub. Suwalska) Tuberkulina Denisa w zastosowaniu praktycznym.
- 16) **S. Orgelbrand**—Kalisz. Schorzenia tętnicy głównej zależne od przymiotu.
- 17) **W. Puławski**—Radziejów. O reiniekcji surowicy przeciwbłoniczej (dalszy przyczynek).
- 18) **K. Okuszko**—Częstochowa. O leczeniu włóknikowego zapalenia płuc surowicą swoistą.
- 19) **M. Gromski**—Łódź. O leczeniu płonicy.
- 20) **K. Rieder**—Łódź. Wpływ upałów na śmiertelność osesków w Łodzi.
- 21) **S. Rechniowski**—Piotrków. Statystyka zapaleń wyrostka, leczonych w szpitalu Św. Trójcy w Piotrkowie w roku 1910—1913.
- 22) **A. Pański i A. Goldman**—Łódź. W sprawie operacyjnego leczenia chorób organicznych układu nerwowego. Przypadek torbieli mózdzku, leczony operacyjnie z zejściem pomyślnem.
- 23) **Z. Srebrny**—Warszawa. O ropówkach okołoprzełykowych wskutek obrażeń przełyku.
- 24) **M. Gantz**—Warszawa. Ciała obce w górnym odcinku przewodu pokarmowego i ich traktowanie.
- 25) **A. Tomaszewski**—Łódź. Kilka słów o leczeniu spondylitis plastyczną metodą operacyjną Albee.
- 26) **E. Brunner**—Warszawa. O leczeniu pryszczycy promieniami Roentgena.
- 27) **J. Leyberg**—Łódź. O zaburzeniach moczopłciowych u mężczyzn na tle schorzeń organicznych pagórka nasiennego.
- 28) **Tenże**. Kilka słów w sprawie wlewania salwarsanu przez odbytnicę metodą sterlinga—Jermułowicza.
- 29) **W. Cywiński**—Kochanówka. O reakcji Abderhaldena u umysłowo chorych.
- 30) **E. Piotrowska**—Kalisz. O zapobieganiu ciąży i sztucznem zapładnianiu.
- 31) **J. Dehnel**—Będzin. Przypadek splenomegalji rodzinnej.
- 32) **H. Rozental**—Łódź. Przypadek duru brzuszego o trzykrotnym nawrocie.
- 33) **E. Moniuszko**—Zwierzyniec Lub. Moje spostrzeżenia nad fosfacydem Romanowskiego.
- 34) **J. Gliński**—Łódź. Przypadek porodu, powikłany przetoką pęcherzowo-szybową.
- 35) **W. Jasiński i P. Borsukiewicz**—Lublin. O mleku białkowym i larosanowem.
- 36) **A. Żebrowski**—Lublin. Przyczynek do statystyki twardzieli.
- O godz. 9-ej wieczór wspólna biesiada uczestników i towarzyszących osób w lokalu Zjazdu.

Poniedziałek, dnia 1-go Czerwca:

Od godziny 9-ej do 1-ej dalszy ciąg tematów zgłoszonych.

Od godziny 3-ej do 6-ej **TEMAT GŁÓWNY: A. Jarosiński—Sterdyń.** Zadania społeczne lekarza prowincjonalnego w naszych warunkach.

TEMATY ZGŁOSZONE:

- A. Chodźko**—Czerwony Dwór. Zadania lekarza-praktyka w zakresie psychiatrij
- M. Arnsztajn**—Lublin. O brakach w wykształceniu lekarzy prowincjonalnych i środkach zaradzenia złemu.
- H. Kaczyński**—Parczew. O wzajemnem ubezpieczeniu lekarzy.
- L. Wiśniewski**—Jadów. Dlaczego lud nasz zamała się leczy.
- J. Łuczycycki**—Łódź. Walka z padaczką w Królestwie Polskiem.
- J. Dehnel**—Będzin. W sprawie zwalczania gruźlicy w Zagłębiu Dąbrowskim
- K. Okuszko**—Częstochowa. O walce z chorobami zakaźnymi u nas a zagranicą
- M. Zienkiewicz**—Ciechanów. Zadania lekarza początkowych szkół rolniczych
- H. Trenkner**—Łódź. Plany szpitala dla chorych zakaźnych w Łodzi.
- O godzinie 6-ej—Uchwalenie wniosków i zamknięcie Zjazdu.
- O godzinie 9-ej—Luźne zebranie wieczorne bezprogramowe w sali Resursy Kupieckiej.

Komitet Organizacyjny.

W Niedzielę o godz. 7-ej rano członkowie T-wa Krajoznawczego oczekiwać będą na werendzie cukierni W. Rutkowskiego (Krakowskie-Przedmieście 56, gmach Kasy Przemysłowców) na uczestników Zjazdu, pragnących poznać historyczne pamiątki miasta oraz instytucje społeczne i filantropijne. Od godz. 7-ej do 8-ej i pół rano oczekiwać będą na uczestników Zjazdu: lekarze szpitalni—w szpitalu św. Wincentego (Szarytek)—ulica Początkowska, w Szpitalu dla dzieci (naprzeciwko szpitala Szarytek), w szpitalu św. Józefa—(ul. Radziwiłłowska), w Szpitalu Żydowskim—(ul. Lubartowska); współwłaściciele Lubelskiego Domu Zdrowia—ul. Niecała № 14 i Lecznicy Lubelskiej—ul. Krakowskie-Przedmieście № 47, oraz kierownicy: „Kropli mleka”—(ulica Początkowska 10), „Przychodni” T-wa Walki z Gruźlicą—(ul. Początkowska 10), Kamery dezynfekcyjnej miejskiej—ul. Sieroca obok Bonifraterskiej, Filtrów biologicznych—ul. Początkowska, terytorjum szpitala Szarytek.

W Poniedziałek (dnia 1-go Czerwca) od godz. 7-ej do 8-ej i pół rano—wycieczka po Lublinie i zwiedzenie instytucji miejscowych, jak w Niedzielę.

W Niedzielę o godzinie 7-ej wieczorem (punktualnie) w ogródku gmachu teatralnego wspólna grupa fotograficzna uczestników Zjazdu i osób towarzyszących.

Pojedyńcze odbitki w cenie 3 rb. sztuka, zamawiać można w biurze Zjazdu.

Program, jak widzimy, uwzględnił poza stroną naukową sprawę zwiedzania szpitali i instytucji zarówno lekarskich, jak i społecznych i filantropijnych, oraz osobliwości i pamiątek Lublina.

W maju 1914 r. utworzył się komitet gospodarczy pod przewodnictwem A. Brzezińskiego—oprócz członków komitetu organizacyjnego (P. Borsukiewicza, J. Cynberga, Cz. Czerwińskiego, B. Dziemskiego, W. Jasińskiego, J. Modrzewskiego L. Płaczkiwicza) wzięli w nim udział kól. J. Czarnecki, J. Skibiński, A. Staniszew-

ski, T. Stano, K. Tołwiński, E. Tymiński i S. Wąsowski. Komitet ten zajął się powitaniem gości na dworcu (dyżury), wskazaniem im mieszkań oraz udzieleniem wszelkich informacji co do programu Zjazdu, zwiedzanie miasta i t. p. Jednocześnie Komitet pań, złożony z żon kolegów miejscowych, zaopiekował się osobami, towarzyszącymi uczestnikom Zjazdu, układając dla nich osobny program zwiedzania zabytków historycznych miasta, oraz instytucji społecznych i filantropijnych.

Uczestnicy Zjazdu otrzymali, oprócz przytoczonego wyżej programu:

- 1) znaczek pamiątkowy (wykonany w Lublinie),
- 2) numery pism lekarskich, poświęcone Zjazdowi, a mianowicie:
Przegląd lekarski; Czasopismo lekarskie,
Gazeta lekarska,
Medycyna i Kronika lekarska,
Zdrowie,
Przegląd pediatryczny,
oraz n-ry pism miejscowych (Ziemi Lubelskiej i Głosu Lubelskiego),
wydane z okazji Zjazdu;
- 3) krótki przewodnik po Lublinie.

Dłuższy przewodnik i karty z widokami miasta były do nabycia w Biurze Zjazdu, które czynne było bez przerwy od d. 30 maja do końca Zjazdu.



II-gi ZJAZD LEKARZY PROWINCJONALNYCH

KRÓLESTWA POLSKIEGO

w dniu 31 maja i 1 czerwca 1914 r. w Lublinie.

O godz. 9 rano d. 31 maja otworzył Zjazd przewodniczący Komitetu organizacyjnego, D-r St. Dobrucki, zaznaczając, że Komitet pragnął nadać Zjazdowi charakter dydaktyczny, dążył przeto do zjednienia większej liczby referentów na temat główny (6 odczytów), ułożył program odczytów w porządku ich wagi i znaczenia dla lekarza powincjonalnego i nie utworzył sekcji, pragnąc, by wszyscy wystąpić mogli ciekawszych odczytów. Następnie zawiadomił, że utworzona została komisja uchwał, która przyjmować będzie od mówców i referentów wnioski do uchwał zjazdowych. Przed porządkiem dziennym odczytano prośbę D-ra J. Jaworskiego z Warszawy o odpowiedzi na ankietę co do rozmieszczenia lekarzy w Królestwie, jaka rozestana będzie niebawem przez stowarzyszenie lekarzy w Warszawie.

Następnie D-r Dobrucki zaproponował w imieniu Komitetu na prezesa honorowego Zjazdu D-ra Wacł. Lasockiego z Nałęczowa, na prezesów czynnych, D-rów: H. Fidlera z Radomia, S. Sterlinga z Łodzi, Szawelskiego z Siedlec i A. Troczewskiego z Kutna; na wiceprezesów D-rów: J. Brzezińskiego z Zawiercia, M. Certowicza z Włocławka, Ł. Jedlickiego z Kielc, Br. Malewskiego z Grodziska, J. Putermana z Sosnowca, S. Sitkowskiego z Radzyna, Wardyńskiego z Ostrowca i E. Wiszniewskiego z Siedlec; do sekretarjatu: P. Borsukiewicza, J. Cynberga, J. Czarneckiego, B. Dziemskiego, P. Jankowskiego, Wacł. Jasińskiego, J. Modrzewskiego, L. Płaczkiwicza, S. Prussaka, J. Skibińskiego, K. Tołwińskiego i St. Wąsowskiego z Lublina.

I posiedzenie.

Prezydjum: Troczewski, Brzeziński, Certowicz.

S. Sterling referuje sprawę regulaminu Zjazdów—Uchwalono sprawę tę bez dyskusji przekazać komisji, złożonej z przedstawicieli Towarzystw lekarskich z prośbą o rozpatrzenie materiału i ogłoszenie wniosków na ostatniem posiedzeniu Zjazdu. Do Komisji weszli: Brzeziński (Częstochowa), Czerwiński (Lublin), Dehnel (Zagłębie), Jarosiński (Siedlce), Jedlicki (Kielce), Lesnobrodzki (Płock), Orgelbrand (Kalisz), Pełczyński (Radom), Rechniowski (Piotrków) i Sterling (Łódź).

Przystąpiono do wysłuchania odczytów na temat główny: **Postępy w rozpoznawaniu i leczeniu spraw gorączkowych o pochodzeniu ukrytem—(t. zw. kryptogenetycznych).**

J. Brzeziński (z Zawiercia) odczytał w zastępstwie nieobecnego Wł. Biegańskiego pracę jego p. t. **Uwagi ogólne o stanach gorączkowych przewlekłych ukrytego pochodzenia.**

Że gorączka stanowi tylko objaw choroby, że jest następstwem rozmaitych spraw patologicznych bądź ogólnych, bądź umiejscowionych gdziekolwiek w ustroju, uważamy już od dość dawna za prawdę, której przeczyć nie można. Minęły bezpowrotnie czasy, kiedy stwierdzenie gorączki najzupełniej wystarczało dla myślącego lekarza i kiedy cały wysiłek jego umysłu był skierowany tylko na bliższe scharakteryzowanie stwierdzonej gorączki, przez towarzyszące jej objawy. Jeszcze patologia XVIII w. opisywała cały szereg postaci chorobowych klinicznych pod nazwami: febris nervosa, sthenica, asthenica, putrida, rheumatica, gastrica, petechialis i t. p., gdzie właściwe jądro, istotę sprawy upatrywano w gorączce. Dopiero anatomia patologiczna utrwaliła przekonanie, że gorączka, jak wszystkie zaburzenia patologiczne funkcji, jest zjawiskiem pochodnym, następstwem pierwotnych anatomo-patologicznych zmian w tkankach. Nawet kierunek etyologiczny, który się ujawnił w naszej nauce wraz z rozwojem bakterjologii na schyłku XIX w. i sięgał do dalszych przyczyn, do źródła owych zmian anatomo-patologicznych, nie zmienił w niczem tego przekonania, lecz przeciwnie, jeszcze mocniej je ugruntował. Dziś nie możemy nawet zrozumieć stanowiska naszych poprzedników i w przekonaniu o objawowym charakterze gorączki widzimy wyraz naturalnego biegu naszej myśli, która szuka zawsze przyczyn dla spostrzeżonych zjawisk. Jak każdy człowiek na widok dymu kojarzy go natychmiast z wyobrażeniem ognia i zadaje sobie mimowoli pytanie, gdzie i co się pali, tak i lekarz, stwierdzający u chorego gorączkę, wiąże ją w myśli ze zmianami patologicznymi, odbywającymi się w ustroju i pyta się, co za sprawa gorączkę wywołuje i gdzie się w ustroju usadawia.

Nasza współczesna dyagnostyka lekarska pozwala nam w większości przypadków dość łatwo pytania te rozstrzygnąć. Stwierdzając przy pomocy znanych metod rozpoznawania jakiegokolwiek ognisko zapalne lub ogólne zakażenie całego ustroju w pewnej ściśle określonej postaci klinicznej, czynimy zadość odczuwanej przez nas intelektualnej potrzebie wyjaśnienia, wytłómaczenia gorączki. Bywają jednak przypadki, w których nawet bardzo szczegółowe badanie kliniczne nie zdoła odkryć miejscowych lub ogólnych zmian, wywołujących gorączkę. Niepowodzenia te bynajmniej nie wzruszają naszego zasadniczego przekonania; i wtedy nawet ani na chwilę nie wątpimy, że zmiany takie istnieją, nasze zaś niepowodzenia w rozpoznawaniu przypisujemy niedostatecznemu udoskonaleniu metod dyagnostycznych. Doświadczenie zwykle potwierdza słuszność tego poglądu, gdyż przy dalszej obserwacji poszukiwane zmiany prędzej czy później ujawniają się bądź jeszcze podczas przebiegu choroby, bądź dopiero przy oględzinach pośmiertnych.

Wśród spraw niedostępnych lub trudno dostępnych dla naszego rozpoznawania, należy z klinicznego punktu widzenia odróżniać sprawy niedostatecznie rozwinięte od spraw rozwiniętych, ale ukrytych, niedostatecznie ujawniających się. Do pierwszego działu należą wszystkie początkowe okresy chorób ogólnych lub umiejscowionych. Tutaj trudności rozpoznawcze są tylko czasowe; w miarę, jak zmiany chorobowe dosięgają dostatecznego stopnia rozwoju, ich rozpoznawanie staje się dostępne, nawet mniej lub więcej łatwe. W drugim dziale czas i okres chorobowy nie rozstrzygają o rozpoznaniu; mamy tu do czynienia ze sprawami rozwiniętymi, lecz ze względu na głębokie i ukryte ich usadowienie dla badania klinicznego niedostępne.

Ten właśnie ostatni podział jest przedmiotem obecnej konferencji. Chodzi mianowicie o stany gorączkowe, mniej lub więcej przewlekłe, lub często powtarza-

jące się, których źródło jest ukryte, nie wywołujące wyraźnych objawów klinicznych. Jakie sprawy patologiczne do tego działu należą? Pytanie to stawiamy przede wszystkim, gdyż od jego rozstrzygnięcia zależy cała nasza orientacja dyagnostyczna. Tylko dokładna wiedza, z czym w tych przypadkach możemy mieć do czynienia, zdoła skierować nasze poszukiwania na odpowiednie tory i przyczynić się do ustanowienia trafnego rozpoznawania.

Rozpatrzmy więc kolejno te sprawy w krótkim, najogólniejszym ich zarysie, pozostawiając wszelkie szczegóły następnym referentom. Na pierwszym planie musimy tu postawić stany gorączkowe, występujące nieraz przy ropieniu, usadowionem w zatokach nosowych. Gorączka w tych przypadkach występuje zwykle w postaci nieprawidłowych okresów, powtarzających się dość często i trwających od kilku dni do kilku tygodni. Każdy okres gorączkowy zaczyna się od dość wysokiego wznieśnienia ciepłoty (do 39° lub wyżej); po kilku dniach gorączka się zmniejsza, przybiera typ zwalniający lub nawet przestankowy z rannymi spadkami, $36,5^{\circ}$ — $37,3^{\circ}$ i wieczornymi nasileniami do 38° i w tej postaci trwać może kilka tygodni. Towarzyszą jej bardzo często bóle w stawach bez wyraźnego ich obrzmienia, mocne ogólne rozłamanie, skłonność do potów i różycowate wysypki (erythema), gęsto rozsiane i usadowione najczęściej na przedramionach i goleniach. Częstym towarzyszem tych okresów gorączkowych jest także mniej lub więcej wyraźny białkomocz.

Ponieważ przewlekłe sprawy ropne w zatokach nosowych mogą przebiegać nieraz zupełnie skrycie i oprócz pozornie niewinnego nieżytku nosa mogą nie sprawiać żadnych podmiotowych objawów, przeto tego rodzaju stany gorączkowe bywają najczęściej mylnie rozpoznawane jako gościec lub grypa. Dopiero powtarzające się napady gorączki nasuwają wątpliwość co do pierwotnego rozpoznania i zmuszają do poszukiwania innego ich źródła. Ważną wskazówką rozpoznawczą może tu być długotrwały nieżyt nosa i zatkanie dróg nosowych; jeżeli objawy te spotykamy przy powtarzających się stanach gorączkowych niepewnego pochodzenia, należy zawsze poddać dokładnemu badaniu nos i jego zatoki.

Z kolei przechodzimy do ukrytej sprawy ropnej w migdałach. Zdarza się nieraz, że po przebytem zapaleniu gardła mieszkowem (angina follicularis, lacunaris) chorzy nie wracają do zupełnego zdrowia, lecz ciągle gorączkują. Gorączka niema tu wielkiego natężenia, waha się w granicach pomiędzy $36,8^{\circ}$ — $37,8^{\circ}$ z rannymi spadkami i wieczornymi nasileniami. Chorzy przytem wyglądają wyraźnie niedokrwisto i uskarżają się na ogólne niedomaganie, nie odczuwając żadnego określonego bólu. Szczegółowe badanie nie wykrywa żadnych zmian w ustroju; w gardle niema wyraźnego zaczerwienienia, niema również bólu przy połykaniu. Jedyne obydwa lub jeden z migdałków jest nieco powiększony, obrzmiały. Tymczasem gorączka o powyższym wskazanym typie trwa w ciągu całych tygodni, budzi rozmaite przypuszczenia i ostatecznie okazuje się, że jej źródłem są drobne czopy ropne, usadowione głęboko w zagłębieniach powiększonego migdałka.

Wspomnieć tutaj jeszcze muszę, że zapalenie migdałków mieszkowe lub nawet nieżytowe bywa dość często punktem wyjścia ogólnych zakażeń. Drobnoustroje (gronkowce, paciorkowce, rzadziej dwoinki zapalenia płuc) z zajętych zapaleniem migdałków przedostają się drogami chłonnymi do gruczołów podszczękowych lub szyjnych głębokich i mogą wywołać zapalne ich obrzmienie. Obrzmieniu temu towarzyszy zwykle gorączka niewielkiego natężenia o typie nieprawidłowym, trwająca nieraz do dwóch tygodni. Jest to t. zw. gorączka gruczołowa, spotykana dość często u dzieci, rzadziej u dorosłych.

W innych przypadkach te same drobnoustroje z gruczołów chłonnych przechodzą do obiegu krwi i wywołują ogólne zakażenie, które przebiega w rozmaitych postaciach klinicznych. Raz ujawnia się jako ostry gościec stawowy z powikłaniami lub bez powikłań, innym razem występuje na pierwszy plan podostrawo, łagodne zapalenie wsierdzia; nakoniec zdarzają się przypadki, gdzie uogólnione zakażenie przybiera przebieg bardzo poważny. Zapalenie wsierdzia występuje wtedy w postaci ciężkiej, septycznej, gorączka nieprawidłowa trwa w ciągu całych miesięcy, zjawiają się w rozmaitych narządach zatory, białkomocz, i choroba ostatecznie doprowadza do zejścia śmiertelnego. Wspominam o tych powikłaniach dlatego, że niektóre ich postacie przebiegają skrycie i ujawniają się tylko gorączką; związek więc ich z przebytem zapaleniem gardła może być ważną wskazówką rozpoznawczą i może skierować nasze rozpoznanie na właściwe tory.

Idąc zwyczajem dawnych autorów w kierunku anatomicznym „a capite ad calcem”, na trzecim miejscu postawić musimy skryte ogniska gruźlicze w płucach. Wiadomo powszechnie, że drobne ogniska gruźlicze, jeżeli są usadowione głęboko w tkance płucnej, mogą nie sprawić żadnych objawów fizycznych, cała zaś sprawa ujawnia się w objawach ogólnych, mianowicie w gorączce i upadku odżywienia. Gorączka w tych przypadkach nie miewa wielkiego natężenia i przebiega najczęściej torem przestankowym o spadkach rannych do 36° i nasileniach popołudniowych i wieczorowych, wahających się pomiędzy $37,2^{\circ}$ do 38° . Skłonność do potów i dość szybki spadek wagi ciała zwykle jej towarzyszą.

Bardzo częstym źródłem przewlekłych gorączek jest sprawa gruźlicza, usadowiona w gruczołach chłonnych tchawiczno-oskrzelowych, spotykana przeważnie u dzieci, rzadziej u dorosłych. Gorączka ma tu także niewielkie natężenie, ciepłota waha się pomiędzy $36,8^{\circ}$ i 38° ; od gorączki przy ukrytej gruźlicy płuc różni się tem, że nie przedstawia tak znacznych rannych spadków. Niema również w tej sprawie skłonności do potów i tak szybkiego wychudzenia. Gorączki w tej postaci są bardzo uporczywe, trwają bez zmiany nieraz w ciągu całych miesięcy. Wyjątkowo mogą się tu zdarzyć przypadki o typie gorączek okresowych. Każdy taki okres trwa od 10 dni do dwóch tygodni; natężenie gorączki w pierwszych dniach bywa dość znaczne, ciepłota sięga nieraz do 39° , potem zwojna opada i do końca okresu waha się pomiędzy $36,5^{\circ}$ — 38° . Napad okresowy gorączki wybucha zwykle po przeziębieniu, towarzyszy mu ostry nieżyt tchawicy, rzadziej oskrzeli, niewielkiego natężenia. Okresy takie powtarzają się dość często, czterokrotnie lub pięciokrotnie w ciągu jednej zimy i są oddzielone od siebie zupełnie bezgorączkowymi przerwami.

Wspomnieć tu także muszę o gorączce, której źródłem jest skrycie przebiegające zapalenie wsierdzia. Taki skryty przebieg miewa zwłaszcza ponowne zapalenie wsierdzia przy istniejącej już wadzie zastawkowej. Wtedy charakter dawnego szmeru najczęściej wcale nie ulega zmianie, rozszerzenie komór i przesunięcie uderzenia końca serca niezawsze dadzą się z całą pewnością stwierdzić, a przyspieszenie tętna możemy przypisać wpływowi gorączki. Słowem, nie znajdujemy tu żadnego objawu, któryby bezwzględnie przemawiał za ponownym zapaleniem wsierdzia. Dlatego też obecność gorączki przy istniejącej starej wadzie zastawkowej budzi często poważne refleksje i lekarz przez długi czas pozostaje niezdecydowanym co do jej źródła.

Nietylko ponowne, ale i pierwotne zapalenie wsierdzia może przebiegać skrycie; lekki podmuchowy szmer przy koniuszku serca może ująć uwagi albo może być przyjęty za szmer funkcjonalny pochodzenia gorączkowego lub anemicznego; wo-

bec zaś braku innych objawów wyjaśnienie gorączki nastęca w tych przypadkach poważne wątpliwości. Znam przypadki zapalenia wsierdzia, które były rozpoznawane jako dur brzuszny, skryta gruźlica płuc lub zimnica. Gorączka przy skrytem zapaleniu wsierdzia ma przebieg bardzo nieprawidłowy, nie można tu zauważyć żadnego wyraźnego typu. W jej przebiegu zdarzają się nagłe, krótko trwające wzniesienia ciepłoty o znacznym nasileniu, to znów kilkodniowe lub dłuższe spadki podczas których ciepłota nie przekracza $37,5^{\circ}$. Dodać jeszcze winienem, że chorzy w tej chorobie zaczynają bardzo wczesnie wyglądać blado, mocno niedokrwiście, co prawdopodobnie zależy więcej od skurczu naczyń obwodowych, aniżeli od rzeczywiste niedokrwistości. Wspominam tutaj o tem, gdyż okoliczność ta sama przez się może zwrócić uwagę lekarza na właściwe źródło gorączki.

Przechodzimy obecnie do spraw, usadowionych w jamie brzusznej. Na pierwszym planie postawić tu musimy sprawy zakaźne dróg żółciowych, zwłaszcza pęcherzyka żółciowego w związku z kamieniami lub bez nich. Sprawy te najczęściej wywołują cały szereg wyraźnych klinicznych objawów, mianowicie: napady kolki wątrobowej, wyczuwalne obrzmienie i bolesność pęcherzyka żółciowego, rzadziej obrzmienie całej wątroby i żółtaczkę. Zdarzają się jednak przypadki, gdzie objawy występują w sposób niewyraźny lub gdzie ich wcale niema; wtedy jedynym wyraźnym objawem choroby jest gorączka. Gorączka w tych sprawach ma zawsze charakter przestankowy, to też dawniejsi klinicyści stosowali do niej nazwę: ferbis intermittens hepatica. Każdy napad zaczyna się od wyraźnego dreszczu, trwa niedługo, kilka lub kilkanaście godzin, i kończy się obfitymi potami. Natężenie gorączki bywa rozmaite; najwyższa ciepłota w napadach dosięga od $38,5^{\circ}$ — $40,5^{\circ}$. Napady występują w rozmaitych okresach czasu, niekiedy codziennie, w innych zaś przypadkach co kilka lub kilkanaście dni.

Podobny typ gorączki spotykamy także przy sprawach ropnych w trzustce, które nieraz towarzyszą ropnemu zakażeniu dróg żółciowych i ze względu na swoje głębokie usadowienie sprawiają poważne trudności rozpoznawcze.

Źródłem przewlekłych i nieprawidłowych gorączek bywa jeszcze zapalenie wyrostka robaczkowego i wywołane przez nie ograniczone ropienia w otaczającej jamie otrzewnej; sprawy te mogą nieraz przebiegać skrycie, nie znajdujemy wtedy ani wyraźnego guza w okolicy kiszki ślepej, ani nawet wybitnego odczynu bólowego na ucisk w okolicy biodrowej prawej. Jedynie gorączka niewielkiego zwykle natężenia i o typie bardzo nieprawidłowym świadczy, że gdzieś w ustroju odbywa się jakaś sprawa zapalna. Pewną wskazówkę rozpoznawczą dać nam mogą dokładnie zebrane wywiady, gdyż przewlekłe, skrycie przebiegające zapalenie wyrostka robaczkowego zaczyna się dość często wyraźnie umiejscowionym bólem i wymiotami lub też bóle takie powtarzają się kilkakrotnie w przebiegu choroby. Badanie krwi oraz próbne głębokie wlewania przez odbytnicę ostatecznie o rozpoznaniu rozstrzygają, o czem zresztą mówić będzie jeden z referentów.

Stany przewlekłe gorączkowe rozmaitego natężenia najczęściej o typie okresowym może wywoływać jeszcze zapalenie miedniczek nerkowych. Rozpoznanie tej sprawy nie jest trudne, o ile nie omieszkamy zbadać w każdym takim przypadku moczu. Zdarzyć się jednak może przy jednostronnem zajęciu miedniczki i przy zczopowaniu odpowiedniego moczowodu zgrzęsem ropnym, że jednorazowo zbadany mocz jest czysty, bez przymieszki ropy i składników morfologicznych; wtedy rozpo-

znane źródła gorączki może być bardzo trudne. Ażeby uniknąć możliwych omyłek rozpoznawczych, należy przyjąć za zasadę, że mocz w przypadkach gorączki niejasnego pochodzenia powinien być badany ile możliwości często w rozmaitych odstępach czasu.

Nakoniec gorączka o najrozmaitszym typie może występować także przy sprawach ropnych w narządach płciowych kobiecych pochodzenia połogowego, wiewiórowego, rzadziej gruźliczego. Ponieważ sprawy te są głęboko ukryte, a objawy podmiotowe, wskazujące na ich siedzibę, mogą być niewyraźne, przeto odszukanie źródła gorączki w tych przypadkach może nastęczać nieraz wiele trudności.

Wszystkie wyliczone sprawy są pochodzenia zakaźnego, bakteryjnego. W ogromnej większości przypadków spotykamy tu następujące drobnoustroje: gronkowce, paciorkowce, dwoinki zapalenia płuc, laseczniki okrężnicy, laseczniki gruźlicze. Wszystkie one należą do najbardziej rozpowszechnionych w przyrodzie gatunków bakteryjnych: pierwsze cztery gatunki należą do stałych mieszkańców naszego ustroju, znajdujemy je bowiem stale na skórze (gronkowce, paciorkowce), na błonie śluzowej nosa, jamy ust i dróg oddechowych (gronkowce, paciorkowce i dwoinik zapalenia płuc), oraz na błonie śluzowej przewodu pokarmowego (gronkowce, paciorkowce i laseczniki okrężnicy). Co się tyczy laseczników gruźlicy, to jakkolwiek nie mają one charakteru saprofitycznego, jednakże spotyka się je tak powszechnie, zwłaszcza przy większych skupieniach ludzi, że ustrój nasz ma prawie zawsze z nimi do czynienia. Jest więc rzeczą możliwą, że laseczniki gruźlicze przedostają się niepostrzeżenie do ustroju i drzemią tam w tkankach, zwłaszcza w gruczołach chłonnych przez czas dłuższy, aż jakieś ogólne zaburzenie równowagi ustroju nie zmniejszy jego odporności i nie wywoła wybuchu choroby. A zatem wszystkie powyżej wyliczone sprawy powstają przeważnie, jeżeli nie zawsze, na drodze samozakażenia.

Rozpoznawanie tych spraw wymaga od nas usilnej i bardzo uważnej pracy myśli. Przedewszystkiem wywiady powinny być zbierane bardzo skrzętnie, gdyż dostarczyć nam mogą cennych wskazówek rozpoznawczych. Jeżeli dowiemy się, że w najbliższym otoczeniu chorego jest osobnik, który oddawna kaszle lub u którego stwierdzono już przewlekłą postać gruźlicy płuc, to nasza uwaga powinna być zwrócona w pierwszym rzędzie na szczyty płuc i na gruczoły okołoskrzelowe. Jeżeli przewlekła gorączka wystąpiła wkrótce po ostrem zapaleniu gardła, to jej źródła szukać będziemy w sercu, badając ten narząd często i bardzo uważnie. Gdy gorączkę poprzedzał długotrwały i uporczywy nieżyt nosa, pomyśleć powinniśmy o ropieniu w zatokach nosowych. Również stwierdzone przez wywiady w okresie poprzedzającym gorączkę napady kolki wątrobowej lub nerkowej powinny kierować naszą uwagę w stronę pęcherzyka żółciowego lub miedniczek nerkowych. Taksamo związek przewlekłej gorączki z przebytym połogiem, poronieniem lub poślubnymi stosunkami płciowymi zmusza nas do poszukiwania jej źródła w narządach płciowych. Słowem skrzętnie zebrane wywiady mogą sprowadzić nasze badanie na właściwe tory. Nadmienić bowiem musimy, że trudności rozpoznawcze w tych sprawach nieraz nietylko zależą od braku objawów, ile od ich nieuwzględnienia, od ich, że tak powiem, przeoczenia przy badaniu.

Nigdzie systematyczne myślenie niema tyle wagi, co w rozpoznawaniu ukrytego źródła gorączek przewlekłych. Do rozpoznania dochodzimy tu najczęściej przy pośrednictwie metody wyłączenia, a metoda ta wtedy tylko dać może pewne wyniki, jeżeli ją stosujemy systematycznie, uwzględniając wszystkie możliwe w danym przy-

padku sprawy. Należy więc przedewszystkiem uświadomić sobie dokładnie, z jakimi sprawami w tych przypadkach możemy mieć do czynienia, a następnie należy wyłączać kolejno wszystkie te sprawy, które się z badanym obrazem klinicznym nie zgadzają. Wyłączamy je zaś przy pomocy znanych metod rozpoznawczych. Dyagnostyka lekarska w ostatnim dziesięcioleciu uczyniła znaczne postępy w rozpoznawaniu ukrytych spraw patologicznych; radiografia, ulepszone metody badania fizycznego, badanie krwi oraz swoiste metody odczynowe pozwalają nam dziś odkrywać takie zmiany, które dawniej dla naszego badania były zupełnie niedostępne. O tych postęпах naszej wiedzy dyagnostycznej w zakresie omawianych przez nas spraw mówić będą szczegółowo następni referenci, nasze zadanie ogranicza się tylko do uwag ogólnych.

Na zakończenie niniejszej pracy omówić jeszcze muszę ważniejsze omyłki, jakie lekarze-praktycy popełniają przy rozpoznawaniu gorączek przewlekłych ukrytego pochodzenia. Błędy rozpoznawcze są częstokroć więcej pouczające, aniżeli opisy trafnych rozpoznań, pobudzają bowiem do krytycznych rozważań i uczą ostrożności w rozpoznawaniu. Najczęstsza omyłka polega na upatrywaniu w tych gorączkach zakażenia zimniczego. Zwłaszcza gorączki o torze przestankowym lub mocno zwalniającym podlegają najłatwiej podobnemu mylnemu rozpoznawaniu. Jeżeli lekarz stwierdza obecność takiej gorączki i jeżeli przy zwykłym badaniu fizycznym nie znajduje wyraźnych zmian patologicznych w ustroju, to mimowoli nasuwa mu się myśl rozpoznania zimnicy. Rozpoznanie to nabiera pozornej pewności, jeżeli uda się jeszcze stwierdzić opukiwaniem lub wymacywaniem powiększoną śledzionę. A jednak nie potrzebuję chyba dowodzić, że nie można na takich podstawach zakładać rozpoznania zimnicy. Gorączka przestankowa lub zwalniająca występuje przy najrozmaitszych sprawach zakaźnych, również obrzmienie śledziony nie jest objawem, wyłącznie spotykanym przy zimnicy. Tylko w tych przypadkach, gdzie spotykamy w napadach gorączkowych wyraźny tor trzeciadczy lub czwartadczy, rozpoznanie zimnicy na podstawie gorączki i powiększenia śledziony może być wystarczające, prawdopodobne gdzie zaś takiego wyraźnego typu gorączki niema, dyagnoza zakażenia zimniczego powinna być stawiana tylko wtedy, gdy badanie krwi wykrywa obecność plazmodjów zimniczych.

Innego rodzaju błąd rozpoznawczy popełniamy, jeżeli gorączki przewlekłe skrytego pochodzenia bierzemy za gościec pierwotny ze względu na dość często spotykane w tych przypadkach bóle w stawach. Gościec stawowy i t. zw. stany gośćcowe (reumatoidy) nie stanowią etyologicznie określonego gatunku chorobowego, lecz skupienie objawów klinicznych, które może występować przy najrozmaitszych sprawach zakaźnych. To też rozpoznanie gościca stawowego bynajmniej nie wyczerpuje całego zadania, trzeba jeszcze wykazać jego pochodzenie, a przynajmniej na ten punkt należy zawsze zwracać baczną uwagę. Gościec stawowy, a zwłaszcza t. zw. stany gośćcowe mogą występować w sposób wtórny przy jakimkolwiek stałym ognisku zapalnym. Widywałem powtarzające się okresowo stany gośćcowe z gorączkowym przebiegiem przy ropieniu w zatokach nosowych, przy zapaleniu przewodów żółciowych i pęcherzyka żółciowego, przy ropniaku jajowodu i t. p. ukrytych sprawach patologicznych. Gdyby więc lekarz w tych przypadkach poprzestał na rozpoznaniu gościca, nie uwzględniając źródła i pochodzenia objawów gośćcowych, to popełniłby poważny błąd rozpoznawczy. Za zasadę przyjąć należy, że tam, gdzie spotykamy mniej lub więcej wyraźne objawy gośćcowe z gorączkowym przebiegiem, zwłaszcza powtarzające się, powinniśmy zawsze szukać ukrytego pierwotnego ogniska.

Jakkolwiek dziwnem się to wydać może, jest jednak faktem, że gorączki przewlekłe ukrytego pochodzenia brane bywają nieraz za blednicę. Wspominałem już, że przy stanach gorączkowych pochodzenia migdałkowego, przy skrytem zapaleniu wsierdzia, chorzy wyglądają bardzo niedokrwiście, woskowo-blado. Tosamo spotyka my także przy skrycie przebiegającej gruźlicy płuc, na co już Sokołowski zwracał uwagę. Otóż jeżeli podobne objawy znajdujemy u młodych dziewcząt, to mimowoli powstaje myśl, że mamy do czynienia z blednicą. Nieznaczna gorączka, jaka w tych przypadkach występuje, może albo ująć zupełnie uwagi lekarza, albo przypisywana jest blednicy, w naszej bowiem literaturze tuła się jeszcze pogląd, że blednica, jakkolwiek rzadko, może mieć jednak przebieg gorączkowy. Pogląd ten nie jest uzasadniony; jestem przekonany, że wszystkie opisywane w literaturze przypadki blednicy z przebiegiem gorączkowym polegają na mylnem rozpoznaniu i należą do skrycie przebiegających zakażeń.

Nakoniec w pewnych przypadkach uporczywych przewlekłych gorączek lekarze skłonni są upatrywać nerwowe, sugestyjne ich pochodzenie. Zdarza się to zwłaszcza w gorączkach minimalnego natężenia, nie przekraczających zwykle $37,5^{\circ}$, a uporczywie trwających w ciągu miesięcy całych, jak to spotykamy n. p: przy gruźlicy gruczołów okołooskrzelowych. W tych przypadkach ciągłe mierzenie ciepłoty oraz obawa przed gorączką doprowadzają chorych do wielkiego zdenerwowania. Toteż sam nieraz stwierdzałem fakt, że jeżeli uspokoimy chorego co do znaczenia jego gorączki i zabronimy mu dalszego mierzenia ciepłoty, to gorączka w niedługim czasie znika i ogólny stan chorego znakomicie się poprawia. Czy jednak fakty podobne dowodzą, że stwierdzona przez nas poprzednio gorączka była pochodzenia sugestyjnego? Otóż mnie się zdaje, że takiego wniosku wysnuwać nie powinniśmy. Gruźlica gruczołowa należy do spraw względnie łagodnych i kończy się nieraz pomyślnie bez wszelkiego leczenia. Niepokój i zdenerwowanie mogą niewątpliwie przeszkadzać pomyślnemu jej zejściu. Stąd, usuwając przyczynę zdenerwowania, wpływamy w sposób dodatni na przebieg sprawy gruczołowej i pośrednio na gorączkę.

(Dyskusji nad odczytem nie otwarto z powodu nieobecności prelegenta).

S. Sterling (Łódź), jako drugi z rzędu referent odczytał pracę p. t.: **Kiedy gorączkę uważać wolno za objaw skrytej gruźlicy płuc.**

Na podejrzenie skrycie przebiegającej gruźlicy płuc naprowadzić mogą dwa typy krzywej ciepłoty ciała:

a) wahania niewielkie ciepłoty, przy objawach niedomagania (phthisis pulmon. chronica, incipiens, occulta) i

b) znaczne podniesienie ciepłoty, właściwe chorobom zakaźnym ostrym (phthisis pulmon acuta, occulta).

Zacznijmy od sprawy częstszej: od stwierdzenia niewielkich wahań i podejrzenia suchot przewlekłych.

Pierwszą troską lekarza być musi sprawdzenie, o ile odpowiada w danym przypadku wymaganiom ścisłości sama technika pomiarów ciepłoty.

Polecając bowiem systematyczne mierzenie ciepłoty, pamiętać trzeba o szczegółach następujących:

1. Termometr, jeśli ma wykazać niewielkie poruszenia ciepłoty, musi być dokładny. Polecać należy używanie termometrów t. zw. szpitalnych, długich (18 cm); ten typ jest trwalszy, tańszy i wygodniejszy od t. zw. termometrów lekarskich, przeznaczonych do noszenia w kieszeni. Do sprawdzenia termometrów maksymalnych, w szpitalu przynajmniej, używa się t. zw. termometru normalnego*).

2. Chorzy, będący pod obserwacją, mierzyć powinni ciepłotę conajmniej po cztery razy dziennie. Przed pomiarem musi chory leżeć spokojnie przez pół godziny. Tyczy się to zastrzeżenie szczególnie dzieci.

3. Mierzyć ciepłotę, w danym razie, jest najwygodniej pod pachą.

Dla mierzenia w odbycie wypada się bardzo obnażać; a przecież niejedyn chory, nawet w łóżku leżący, nie zmierzy ciepłoty w odbycie w obecności drugiej osoby; trudniej jest odosobnić się choremu nie leżącemu.

Mierzenia pod językiem zaniechano prawie powszechnie, ponieważ wynik zależy tu od stanu atmosfery, ciepłoty spożytych pokarmów i t. p.

W odbycie mierzyć polecamy dzieciom pod warunkiem, by dziecko przed pomiarem conajmniej godzinę nie biegało. Na podniesienie ciepłoty w odbycie wpływa nie tylko ruch, ale czasem także i fermentacje jelitowe. Starcom zawsze w odbycie ciepłotę mierzyć trzeba.

4. Mierzac pod pachą, wstawiamy—choremu leżącemu—termometr rezerwowym w najwyższe miejsce pachy, pozostawiając termometr w tem położeniu przez cały czas trwania mierzenia.

5. Trzymać w tem położeniu należy termometr przez minut dziesięć; po tym czasie wyjąć, odczytać i ponownie założyć termometr na dwie minuty. Jeśli słup tęci się więcej nie podnosi, mierzenie uważać za ukończone; gdyby się podniósł, należy termometr założyć ponownie na dwie minuty, postępując w ten sposób do bóty, dopóki dwa kolejne mierzenia nie wskażą tego samego poziomu rtęci**).

6. Jakkolwiek ściśle granicy między ciepłotą ciała prawidłową a podgorączkową okraślić niepodobna (jak niepodobna ściśle odgraniczyć wogóle stanów patologicznych od normalnych), większość podręczników dyagnostyki lekarskiej podaje, że dzienne popołudniowe maximum dochodzi u dzieci zdrowych (do lat 15) do $37\cdot4^0$, dorosłych do $36\cdot9^0$, a nawet do $37\cdot1^0$ pod pachą. Rzecz prosta, że te cyfry mają wartość względną, a ciepłotę $37\cdot4^0$ tylko wówczas uważać wolno jeszcze za prawidłową, jeśli współcześnie nie stwierdzamy żadnych innych objawów gorączki. Oza tem gra tu rolę i minimum ciepłoty dziennej, czyli wysokość wahań dziennej: wahanie przechodzące 1^0 C. należy uważać za objaw gorączkowy. Ale też za gorączkową uważać trzeba ciepłotę, której minimum i maximum leżą blisko siebie, nianowicie przy maximum prawidłowem, jeśli spostrzegamy i inne objawy gorączki.

Ciepłota w odbycie bywa o $0\cdot2^0$ do 1^0 C. wyższą, niż pod pachą (a u starców 2^0 i 3^0 C.).

Typy wahań ciepłoty, jakie naprowadzają na podejrzenie skrytej przewlekłej użycy płuc, bywają rozmaite:

*) Nabyć można w firmie R. Fuess (Berlin—Steglitz) za cenę 19 marek. Badane termometry, grażone—wraz z t. zw. normalnym—w wodzie (lub, lepiej, w rtęci), wstawiamy w naczynie, zawierające zły przewodnik ciepła (n. p. oliwę) i ogrzewamy (najlepiej w cieplarni) do 37^0 — 38^0 C.

***) Termometr strząsany zaraz po mierzeniu („na gorąco”) psuje się łatwo.

- I. Maximum wieczorne nie przekracza poziomu prawidłowego; wahania jednak dzienne przenoszą 1° C.
- II. Maximum wieczorne przechodzi poziom prawidłowy;
- III. Maximum dzienne przypada na godzinę przedpołudniową;
- IV. Ciepłota jest prawie stałe nieco powyżej poziomu prawidłowego—przy niewielkich wahanach codziennych.
- V. Podniesienie ciepłoty zdarza się jedynie co parę dni (lub rzadziej).

Cechą charakterystyczną stanu podgorączkowego przy gruźlicy jest chwiejność ciepłoty. Dostyc niewielkiego wysiłku (umycie się), by ciepłota się podniosła. Dlatego niekiedy wypada mierzyć ciepłotę bardzo często, n. p. co dwie godziny.

Na tem spostrzeżeniu oparto metodę rozpoznawczą, polegającą na tem, że przy podejrzeniu gruźlicy płuc poleca się choremu niegorączkującemu spacer godzinny; jeśli po tym spacerze ciepłota podniesie się więcej, niż o pół stopnia, przemawia to za gruźlicą. Podobny jednak wynik ruchu dłużej trwającego widzujemy i przy innych cierpieniach, jako to: przy blednicy, wrzodzie żołądka, ukrytych ropieniach, zapaleniu miedniczek nerkowych.

Jednym z objawów tej chwiejności jest fakt podnoszenia się ciepłoty u kobiet gruźliczych przed, podczas lub po perjodzie; jakkolwiek nie jest to prawidłem, ale tam, gdzie ten objaw występuje, ma on znaczenie rozpoznawcze ważne (jeśli wyłączmy cierpienia zapalne przewlekłe miejscowe). Dlatego u kobiet nie należy mówić o braku gorączki, jeśli się nie obserwuje przynajmniej jednego okresu perjodu.

Jak wiadomo, podniesienie ciepłoty jest tylko jednym z objawów gorączki; musimy więc, mówiąc o gorączce, jako objawie poczynającej się przewlekłej gruźlicy płuc, zwrócić uwagę i na inne jej cechy, zależne od zaburzeń w przemianie materji, od wzmożonego rozpadu białka, zmian w krążeniu i oddychaniu, w składzie krwi i od zmian w czynnościach innych narządów.

Cechami klinicznymi tych, gorączce gruźliczej niewielkiego natężenia towarzyszących objawów, są: 1) skłonność do potów; 2) łatwe męczenie się i uczucie zmęczenia już w godzinach rannych; 3) brak łaknienia i dyspepsja; 4) suche pokaszliwanie i chryпка w czasie podniesionej ciepłoty; 5) spadek i chwiejność wagi ciała 5) zmiana w usposobieniu chorego; 7) „bicie serca“ napadowe; 8) bóle w klatce piersiowej; 9) zaburzenia w miesiączkowaniu.

Obecność większości podobnych objawów w przebiegu badań ciepłoty o powyżej wskazanym charakterze przemawia za gruźliczą etyologią spostrzeganej gorączki.

Szukając innych objawów różniczkowo-rozpoznawczych, uprzytomnić sobie musimy, jak obecnie wyobrażamy sobie patogenezę suchot płucnych.

Choroba tak przewlekła, jak są suchoty płucne, jest wieloletnią walką między strojem a zarazkiem.

Znakomita większość mieszkańców miast zaraża się gruźlicą w dzieciństwie. Skutki tego zarażenia są różne, zależnie od wieku dziecka i ilości zarazka. Zakażenie lasecznikiem Kocha w pierwszym dzieciństwie pociąga za sobą prawie zawsze rozwój gruźlicy śmiertelnej. Zakażenie dzieci starszych—rzadziej jest przyczyną choroby śmiertelnej; wywołuje ono objawy gruźlicy bardzo różnego natężenia: od choroby ciężkiej aż do zmian anatomicznych, a może tylko biologicznych, którym wogóle żadne objawy choroby nie towarzyszą. Im później—w okresie dzieciństwa—na-

stępuje zakażenie, tem—caeteris paribus—mniej ciężkie są objawy kliniczne, towarzyszące zmianom, przez laseczniki Kocha wywołanym*). Przebycie — chociaż nieznacznej—sprawy gruźliczej w dzieciństwie daje ustrojowi nowe właściwości działania na następne zarażenia. Według jednych — ustrój nabywa odporność względną; według innych—przebyte zarażenie czyni jeden z narządów, mianowicie płuca, szczególnie wrażliwym na zarazki gruźlicze.

Suchoty płuc powstają albo dzięki nowemu wtargnięciu zarazka z zewnątrz albo przez samozakażenie przerzutowe, z ognisk starych. Powstanie, przebieg, trwanie i zejście suchot zależy wtedy od: 1) chwilowego stanu odporności; 2) od ilości zarazka (wprowadzonego, czy uruchomionego).

Odporność nabyta (czy—szczególna wrażliwość płuc) dzięki przebyciu w dzieciństwie choroby (różnego natężenia) podlega wahaniom czasowym (n. p. zmienia się po odrze, grypie i t. p.); jest ona wogóle względna (masowa inwazja zarazka zawsze zwyciężyć może).

A zatem przebieg kliniczny gruźlicy tak sobie schematycznie przedstawić można: Lasecznik Kocha wywołuje w ustroju dziecięcym cierpienie różnego natężenia, uczulając przytem ustrój, t. j. dając mu odporność (względną) na zarażenia następne (lub czyniąc na nie wrażliwymi płuca). Po podgojeniu się, a nawet wygojeniu ognisk pierwotnych następuje „rozejm“, który trwa różnie długo, t. j. do chwili powstania warunków (osłabienie ustroju; wzmożenie zarazka), sprzyjających nawrotowi choroby klinicznie wygasłej (lub nowemu skokowi choroby pozornie tylko wygasłej, a w rzeczywistości tylko „podgojonej“). Na przebieg suchot przewlekłych, trwających nieraz lata bardzo długie, składają się kolejne okresy takich nawrotów i skoków (okresy gruźlicy czynnej), przedzielonych rozejmami różnego trwania (okresy gruźlicy nieczynnej lub skrytej).

Otóż, mając podejrzenie poczynających się suchot płucnych, powiedzieć sobie musimy, że ten „początek może być początkiem nawrotu choroby, która już jakieś ślady w ustroju zostawić mogła (anatomiczne i biologiczne). Często dokładnie zebrane wywiady naprowadzają na właściwą drogę nasze przypuszczenia. Wtedy badanie przedmiotowe wykryć może: powiększone gruczoły szyjne, nadobojczykowe, pachowe; blizny gruczołowe; obecność tuberkulidów skórnych; rozszerzenie drobnych żyłek skóry, głównie w okolicy nadłopatkowej i międzyłopatkowej. Dalej t. zw. habitus phthisicus (kościec wątyły, mięśnie słabe, klatka piersiowa płaska i mało rozwinięta; żebra wąskie, bardzo nachylone ku przodowi; szyja długa; skóra cienka), który jest skutkiem zakażenia gruźliczego (czemu nie przeczy rozwój gruźlicy nawet u ludzi zbudowanych atletycznie);—zmiany klatki piersiowej, zależne od spraw włóknistych w płucach (wciągnięcie różnych okolic klatki piersiowej; powiększenie rozmiarów stłumienia sercowego lub jego przemieszczenie przez kurczące się zrosty).

Te zmiany świadczą o obecności zmian w płucach, najprawdopodobniej gruźliczych, zabliznionych.

Ich udział w obrazie choroby w danej chwili spostrzeganej jest bardzo często wątpliwy; ale każde z tych ognisk może być domniemanem źródłem powstania podejrzanego nawrotu choroby.

*) Ludzie dorośli, jeśli stykają się po raz pierwszy z zarazkiem, oddziałują tak, jak dzieci pierwszego okresu dzieciństwa.

Podobne dane otrzymujemy zapomocą rentgenoskopii i rentgenografii. Tylko w nielicznych względnie przypadkach te metody rozwiązują pytanie, czy wśród zmian spostrzeżonych znajduje się ognisko w danej chwili czynne. (Jeśli rentgenogram w rękę doświadczonego rentgenologa da wyraźnie nowe ognisko, jest ono już tak posunięte w rozwoju, że i objawy ogólne niedwuznacznie zwykle świadczą o cierpieniu płuc, jakkolwiek siedzibę dokładną nowego ogniska wskaże niekiedy najpewniej rentgenolog). Najważniejsze, w sprawie nas obecnie zajmującej, zdjęcia szczytów płuc wcale nie zawsze dają odpowiedź wyraźną, a nawet dają nieraz mniej, niż opukiwanie n. p. przy obecności zmian tylko nieżytych (bronchiolitis apicalis).

Różnica w ruchomości szczytów, łatwo dająca się sprawdzić przy rentgenoskopii, świadczy raczej o bliznach, niż o sprawie czynnej.

Niemniej w każdym przypadku, gdzie warunki na to pozwalają, badanie metodami rentgenologicznymi powinno być przeprowadzone, szczególnie u dzieci, u których — z łatwo zrozumiałych powodów — wynik badania daje najwięcej określone dane.

Metody biologiczne dają nam znów odpowiedź prawie wyłącznie stwierdzając, czy dany osobnik zetknął się już kiedykolwiek z zarazkiem gruźlicy, czy też jest pod tym względem dziewiczy.

Tyle tylko daje stosowanie tuberkuliny podskórne, doskórne, naskórne. Na pytanie, czy w danej chwili w ustroju istnieje ognisko gruźlicze czynne, odpowiedzi nie daje.

Tuberkuliny podskórnie, metodą Kocha, w przypadkach gorączkowych wogóle stosować nie należy, bo odczyn dodatni ogólny wyrażać się ma właśnie przez wystąpienie podwyższenia ciepłoty; stosowanie zaś tuberkuliny w dawkach, któreby miały wywołać odczyn miejscowy (ograniczone przytłumienie, rżenia, wzmożenie lub zjawienie się plwocin) jest połączone ze szkodą dla ustroju.

Badanie metodą Pirqueta (wzgl. Moro, Mantoux) rozwiązuje sprawę jedynie u dzieci małych; wtedy wynik dodatni mówi o czynnej świeżej gruźlicy. Już jednak u dzieci starszych, tem bardziej u ludzi dorosłych, temi metodami spraw czynnych od nieczynnych odróżnić nie można. Ale wartość rozpoznawczą metody Pirqueta (Moro) zmniejsza jej znikanie w przebiegu ciężkiej gruźlicy, lub w przebiegu niektórych chorób zakaźnych (odra, dur brzuszny, zapalenie płuc). Co jednak jeszcze ważniejsza, to fakt znikania tego odczynu w czasie poprzedzającym każdy nawrót, każdy skok choroby. Dlatego naogół tylko wynik dodatni jest tu przekonujący; ujemny — niczego nie przesądza.

Do metod biologiczno-rozpoznawczych należy wreszcie metoda Abderhaldena wykrywania we krwi chorych na gruźlicę zczynów swoistych. I tą jednak metodą nie więcej dowieść możemy, niż przy pomocy tuberkuliny. W lżejszych przypadkach gruźlicy wykrywamy w surowicy krwi chorych zczyny rozkładające białko laseczników gruźliczych; w posuniętych przypadkach — zczyny rozkładające tkankę płucną gruźliczo zwyrodniałą. W obu razach dowodzi to tylko, że krew danego chorego, zetknąwszy się już raz z lasecznikiem gruźlicy lub tkanką płucną gruźliczą, wyrobiła w sobie zdolność rozkładania tych, obcych prawidłowemu swemu składowi substancji białkowych. Jeśli dodamy, że przy charactwie gruźliczem krew tych zczynów nie wyrabia, że wtedy metoda dializy odmawia usług — nie możemy (przy obecnym stanie tej sprawy) otrzymać metodą Abdarhaldena (tak żmudną!) więcej, niż n. p. metodą Pirqueta.

Jak więc widzimy, kryptogenetyczną pozostaje często gorączka—w swej istocie gruźliczą, pomimo badań retgenologicznych i biologicznych, ponieważ nie daje nam odpowiedzi na pytanie (w chwili braku objawów klinicznych ogniskowych) rozstrzygające: czy istniejące zmiany biorą udział czynny w spostrzeganym obecnie epizodzie chorobowym, czy są tylko dowodem przeszłego zakażenia i istnienia zablźnionego ogniska.

Szukając objawów klinicznych, któreby nas zbliżyły do rozpoznania, zwracamy uwagę na dłużej trwające suche pokaszliwanie, o którego istnienie trzeba chorego pytać, ponieważ często dopiero pytany uprzytomni sobie ten fakt; częściej o tem pokaszliwaniu wie więcej otoczenie, aniżeli sam chory. Ten zda sprawę z istnienia bólów i kłucia w klatce piersiowej, a zjawienie się krwioplucia jest, jak wiemy, objawem, który często chorego sprowadza do lekarza po raz pierwszy.

Za gruźliczem pochodzeniem gorączki przemawiają niektóre objawy ze strony układu naczyniowego: pewne zmiany we krwi, przyspieszenie względne tętna, obniżenie ciśnienia tętniczego.

We krwi w okresie tym, o którym tu stale mówimy, poczynającej się (lub nawracającej) gruźlicy przewlekłej spostrzegamy limfocytozę (jeśli przypadek jest od początku złośliwy, to limfocytozy niema, lub nawet występuje zwiększenie się ilości leukocytów neutrofilnych).

Względne przyspieszenie tętna jest objawem toksycznym, pozwalającym na dosyć pewne wnioski rozpoznawcze; jeśli—przy ciepłocie podgorączkowej—u osobnika, skądinąd dotąd zdrowego, tętno jest przyspieszone, n. p. jeśli przy ciepłocie 37.6° uderzeń tętna bywa 100 i więcej (lub w okresie bezgorączkowym uderzeń 96—100), natenczas—caeteris paribus—rozpoznanie przechyła się ku gruźlicy.

Również obniżone wyraźnie ciśnienie tętnicze (które radzę określać bardzo wygodnym i łatwym w użyciu oscyllometrem sfigmometrycznym Pachona), przy braku cierpień serca (stenosis mitralis) przemawia za gruźlicą. (Ciśnienie może być jednak nawet wyższem, niż normalne, jeśli obserwujemy chorego z włóknistą postacią suchot).

Jakie sprawy chorobowe wyłączyć różniczkowo wypadnie, kiedy objawy popłucne nasuną podejrzenie gruźlicy? Blednicę, zapalenie miedniczek nerkowych, zapalenie wyrostka robaczkowego przewlekłe, zapalenie wsierdzia podostrawe, sprawy gruczołowe, nowotwory, chorobę robaczą.

Blednicę odróżnić można z całą pewnością przez badanie składu krwi (czasem już odręcznie—przez wypuszczenie kropli krwi n. p. na białą chustkę; blednica zdradzi się ubóstwem barwika krwi). Zapalenie miedniczek nerkowych rozpoznajemy przez badanie moczu. Zapalenie wyrostka robaczkowego niełatwo rozpoznać; nie chcę tu podawać szczegółów rozpoznawczych, coby nas za daleko zaprowadziło; toż samo tyczy się i zapalenia wsierdzia, choroby niezbyt rzadkiej. Mówię o tych cierpieniach, by przypomnieć o konieczności ich wyłączenia różniczkowego, jeśli objawy gruźlicze nie są wyraźne.

O sprawach gruczołowych mówić ma inny referent, więc je tu pomijam.

Jeśli wysoka gorączka nasuwa podejrzenie, że pochodzi z ogniska gruźliczego nie zdradzającego w danej chwili swego usadowienia się w płucach (phthisis pulm. acuta), natenczas najpewniejszym sprawdzianem naszego podejrzenia powinno być badanie rentgenologiczne. Nie chcę tu przytaczać szczegółów, dotyczących tego

przedmiotu; tyle tylko powiem, że jest to dziedzina, w której mamy największy pożytek z rentgenologii, jeśli jest mowa o jej stosowaniu przy rozpoznawaniu gruźlicy płucnej. Najczęstszą bowiem postacią gruźlicy, której towarzyszyć może taka wysoka „kryptogenetyczna” gorączka, jest ostra gruźlica prosówkowa, która daje objawy miejscowe bardzo nieokreślone (osłabienie oddechu rozlane, duszność, sinica), pomimo trwania gorączki. Obraz natomiast rentgenograficzny jest wtedy wyraźny i ściśle określony. Innych postaci gruźlicy ostrej, rzadkich n. p. typhobacillosis Landouzy, sepsis tuberculosa przy pomocy rentgenologii nie rozpoznamy.

Przy różniczkowaniu pamiętać należy o trzech głównie sprawach: o durze brzuszyn, posocznicy i zapaleniu wsierdzia wrzodziejącym.

Za durem brzuszynym przemawiają: odczyn Widala, leukopenia we krwi (obecność odczynu dwuazowego w moczu zdarza się także przy gruźlicy) i tętno względnie zwolnione; za gruźlicą ostrą—duszność, sinica, tętno względnie przyspieszone, szybki upadek sił, nadczułość ogólna skóry i mięśni, odczyn urochromogenowy moczu.

Posocznicę, jak i zapalenie wsierdzia wrzodziejące rozpoznać można przez badanie bakteryologiczne krwi; ciepłota ma tu często charakter gorączki ropnej; przy zapaleniu wsierdzia mamy znane objawy ze strony narządu krążenia.

Rzadziej, ale przecież niekiedy, zdarzyć się mogą pomyłki rozpoznawcze, jeśli zapomnimy o wyłączeniu następnych spraw chorobowych, w których przebiegu dają się spostrzegać wysokie gorączki—bez ściśle określonego typu. Do takich cierpień zaliczyć trzeba: białaczkę, mięsaki, raki, przymiot złośliwy, włóśnicę, wiewiór uogólniony, ciężką grypę.

W całym wykładzie powyższym miałem na względzie przypadki chorobowe, nie dające żadnych objawów klinicznych sprawy płucnej czynnej.

Gdybym miał tu poruszyć szczegółowo różniczkowanie objawów czynnych, znałoby to wyłożyć całokształt dyagnostyki suchot płucnych. Ograniczyć się więc muszę na kilku uwagach pobieżnych.

Do niewielkiego ogniska ograniczone objawy nieżytowe, budzić mogące (przy istnieniu objawów ogólnych) przypuszczenie gruźlicy poczynającej się, zależeć mogą od zrostów opłucnych. Niedostateczna ruchomość małego odcinka płuc, wywołana przez zrosty, sprawia zastój nieżytowy w oskrzelkach; jeśli objawy tego rodzaju usadowione są w szczytach płuc, to mogą uporczywym trwaniem nasunąć poważne trudności rozpoznawcze.

Podobne trudności rozpoznawcze sprawić może zapalenie opłucnej suche, usadowione na górnych płatach; co prawda, to cierpienie bywa prawie zawsze charakteru gruźliczego.

Przy odróżnianiu objawów płucnych w przebiegu domniemanej gruźlicy ostrej szczególne trudności sprawia dur brzuszyn, jeśli mu towarzyszą silne objawy ze strony oskrzeli. Wtedy jednak objawy rozpoznawcze wyżej wyliczone umożliwiają rozpoznanie. Więcej trudności rozpoznawczych sprawia w podobnych przypadkach ciężka grypa.

Najtrudniej jednak, jak to już mówiłem, bywa wyłączyć udział starych ognisk płucnych, dających wyraźne objawy zagęszczenia tkanki płucnej, w powstaniu gorączki. Nie dziw przeto, jeśli rozpoznawano nawrót sprawy gruźliczej u osobnika z gruźlicą włóknistą, nawrót, który się w następstwie okazał—rakiem żołądka.

Kilka słów jeszcze w sprawie sposobów badania, jeśli przypuszczamy suchoty płuc poczynające się.

Przedewszystkiem: chorego nie trzeba badać w łóżku. Niech stoi, jeśli badamy przednią powierzchnię klatki piersiowej; niech siedzi, nieco pochylony, z łokciami zbliżonymi ku sobie—przy badaniu tylnej powierzchni.

Podczas osłuchiwania trzeba pilnie baczyć, by chory oddychał równomiernie; czasem zmęczony lub mało skupiony chory zmienia stopień wysiłku przy oddychaniu, co może zaważyć na wyniku badania.

Pierwsze ognisko nietylko u dzieci może być usadowione poza szczytami płuc; trzeba go szukać i pod obojczykiem i pod pachą i w przestrzeni międzyłopatkowej i w dolnych płatach płuc.

Przesuwalność granic płucnych trzeba badać na wszystkich brzegach płuc.

Badać najlepiej—tego rodzaju chorych—rano, zaraz po ich przebudzeniu się. Dobre usługi oddaje podawanie choremu paru łyżek jodku potasu (2,5:100) w ciągu dnia, a wieczorem i nazajutrz zaraz po obudzeniu—małej dawki narkotyku (codeini phosphorici po 2 cg.); występują wówczas, jeśli chorego osłuchujemy rano, ukryte dotąd objawy nieżytowe (bronchiolitis apicalis). U kobiet objaw tego rodzaju ujawnia się samoistnie w okresie miesiączki.

Objawy opukowe mniej są przekonujące, aniżeli osłuchowe. Osłabienie wdechu: szorstki charakter wdechu; wydłużenie wydechu; oskrzelowy charakter szmeru oddechowego—mniej są przekonujące, aniżeli (współcześnie słyszalne) wystąpienie rzeń (po odkaszlnięciu) na przestrzeni ograniczonej.

Dyskusja: a) A. Puławski (Warszawa), zwraca uwagę, że należałoby przedewszystkiem ustalić, co nazywamy ciepłotą prawidłową (normalną): prawie wszystkie podręczniki podają jako normę jeszcze 37⁴, gdy w życiu codziennem alarmują nas wzniesienia 37²—37³, wywołując obawy co do gruźlicy, zapalenia miedniczek i t. p. Nader ważną jest także poruszona przez prelegenta sprawa prawidłowego mierzenia ciepłoty dobrymi termometrami; u nas niestety w obiegu codziennem bardzo dużo jest lichych termometrów. Co do stanów, w których spotykamy mniejsze lub większe wachania ciepłoty, należy je rozpatrzeć wszechstronnie. Gorączka w blednicy, kategorycznie odrzucana przez Biegańskiego, opisywana była u nas przez Dunina i Gluźnińskiego, zresztą i inne choroby krwi (anaemia perniciosa, leucaemia) przebiegają często z gorączką. Następnie wachania ciepłoty częste są, według Gluźnińskiego, w chorobie Basedowa, co uwydatnia się przy systematycznym (co 2 godz.) mierzeniu ciepłoty. Trzecim wreszcie stanem, w którym spotykamy wahania ciepłoty, są choroby nerwowe, mianowicie nerwice, jak histerja (Mierzejewski), oraz w życiu codziennem, zwłaszcza u dzieci, wzruszenia, podniecenia i t. p. Te wszystkie okoliczności należy brać pod uwagę przy ocenianiu gorączki. Tylko systematyczne myślenie i ściśle zastosowanie metody wyłączenia uchronić nas może od błędów rozpoznawczych.

b) K. Rozenfeld (z Częstochowy) zaznacza, że w odróżnieniu blednicy od gruźlicy oddać może usługi badanie lepkości krwi; wykonane zapomocą wiskozymetru Hessa, jest ono łatwiejsze od innych badań krwi. W blednicy lepkość krwi wynosi, według badań mówcy najczęściej 2—3, w gruźlicy—ponad 4. Znaczenie limfocytozy jest względne dla rozpoznania, raczej łącznie ze wzmożoną liczbą eozynofilów wyzyskane być może dla rokowania. Ciśnienie krwi skurczowe jest najczęściej w gruźlicy zmniejszone, rozkurczowe w okresie początkowym może być nieco zwiększone,—z tego powodu ciśnienie tętna jest względnie małe.

c) J. Bączkiewicz (Warszawa) podkreśla, iż w ocenianiu stanów podgorączkowych u dzieci należy uwzględniać czynniki, które mogą u dzieci zdrowych wpływać na podniesienie ciepłoty. Do czynników tych należą: przyjęcie posiłku, ruch, podniecenie nerwowe (zabawą, widowiska i t. p.). Należy także w ocenie gorączki doszukać się innych jej objawów (oprócz wskazówek termometru), a więc stanu tentna, ocieężałości i senności dziecka, lub też podniecenia (wypieki na twarzy, szklistość oczu). Należy również zważać na technikę mierzenia: u dzieci lepiej jest mierzyć ciepłotę w pachwinie, niż pod pachą.

d) W odpowiedzi poprzednim mówcom Sterling zaznacza, że niema ścisłej normy (fizjologicznej) wysokości ciepłoty, jak niema ścisłej normy dla liczby tętna i t. p; gorączką nazywać powinniśmy podniesienia ciepłoty, choćby niewielkie, występujące łącznie z innymi objawami. Co do składu krwi i wysokości ciśnienia, to odbijają się tutaj obie sprawy anatomiczne, zachodzące w przebiegu suchot płucnych; sprawa zapalna rozpadowa i sprawa tworzenia się tkanki łącznej; obie te sprawy istnieją współcześnie—bądź jedna, bądź druga zyskuje przewagę; ponieważ, n. p. rozedma zwiększa ciśnienie,—więc nietylko wyrównać może obniżenie, wywołane przez gruźlicę rozpadową, lecz nawet spowodować stałe podwyższenie ciśnienia, a rozedma bywa często powikłaniem przewlekłych postaci suchot płucnych.

Następnym z cyklu tematu głównego był odczyt p. K. Rozenfelda (z Częstochowy): **O przewlekłych stanach gorączkowych pochodzenia migdałkowego i gruczolowege.**

Do najważniejszych zadań gruczołów chłonnych, oprócz tworzenia limfocytów, należy obrona ustroju przed zakażeniami, które grożą mu ustawicznie z zewnątrz. Z patologii doświadczalnej wiemy, że wstrzyknięcie gronkowców lub paciorkowców pod skórę zwierzęcia najczęściej nie wywołuje następstw poważniejszych, wówczas gdy wprowadzenie tego samego jadu do krwi jest przeważnie śmiertelne. Dzieje się to dlatego, że gruczoły chłonne, jak świadczy szybko w nich występujący odczyn obronny, biorą żywy udział w zatrzymywaniu i niszczeniu drobnoustrojów, które przedostają się przez skórę i błony śluzowe do obiegu limfy. Doświadczenia Labbé i Bezançon¹⁾ zdają się dowodzić, że jeżeli jadowitość drobnoustrojów jest słaba, gruczoły chłonne, dzięki ożywionej czynności leukocytów wielojądrzastych i makrofagów, zabezpieczają ustrój od wtargnięcia zarazków do krwi.

Sprawa bierze inny obrót, jeżeli drobnoustroje są bardzo jadowite, a odporność ustroju zmniejszona. Odczyn obronny gruczołów jest wtedy bardzo słaby i krótkotrwały. Zamiast niego w tkance gruczolowej występują zmiany mniej lub więcej głębokie o charakterze rozpadowym, zarazki zaś po wtargnięciu do krwi wywołują od razu schorzenie poszczególnych narządów lub zakażenie ogólne. Czasami przejście drobnoustrojów do krwi odbywa się nadzwyczajnie szybko (Noetzel). Badania doświadczalne Bezançon i Labbé dowodzą, że nawet w razie zwycięstwa drobnoustrojów gruczoły chłonne próbują stawić im opór, którego wyrazem są ślady odnajdowanego w nich odczynu fagocytowego.

Stosunki opisane nie wyczerpują wszystkich możliwości i nie stanowią przeto ogólnej zasady. W pewnej kategorii zakażeń rola gruczołów chłonnych jest zupełnie odrębna i poniekąd dwuznaczna. Mam na myśli to ciekawe zjawisko biologiczne, w którym Bezançon i Labbé upatrują szczególny rodzaj powinowactwa między drobnoustrojami i gruczolami chłonnymi. W zakażeniach tych gruczoły stają

się wyłączną uprzywilejowaną siedzibą drobnoustrojów, które w ich wnętrzu znajdują nieraz przez czas bardzo długi najlepsze warunki dla swego życia i rozwoju. W ten sposób powstają pierwotne, samoistne schorzenia gruczołów, będące przyczyną tych przewlekłych stanów gorączkowych, o których wypada mi mówić. Łagodny przebieg kliniczny, objawiający się najczęściej słabym odczynem ogólnym i brakiem zmian w innych narządach ustroju, stanowi cechę charakterystyczną tych spraw gruczołowych. Tu też chociaż przypuszczenie takie może się wydać dziwnem, zapewne i w tych razach rola obronna gruczołów nie jest bez znaczenia. Zatrzymując drobnoustroje, pozwalając im nawet rozwijać się w swem wnętrzu, gruczoły bronią dostępu do innych narządów ustroju i, bardzo być może, zmniejszają jadowitość zarazków. Z doświadczeń na zwierzętach wynika, że paciorkowce, dwoinki zapalenia płuc i prątki gruźlicze, wyosobnione z gruczołów, są mniej jadowite, niż te, które pochodzą z miejsca wtargnięcia lub innego ogniska trzewnego.

Chociaż sprawy gruczołowe przewlekłe wyróżniają się charakterem łagodnym, niemniej jednak w warunkach niepomysłnych mogą być powodem ciężkiego schorzenia całego ustroju. Pod wpływem rozmaitych czynników szkodliwych, które zmniejszają odporność ogólną, wzmagają się zapewne jadowitość drobnoustrojów i łatwość, z jaką wydostają się z dotychczasowej kryjówki. Toteż wczesne rozpoznanie tych spraw gorączkowych, których źródła nie umiano dawniej sobie wytłumaczyć i które obejmowano ogólną i nieokreśloną nazwą „skrytych gorączek”, stanowi ważne zadanie lekarza-praktyka.

Zakażenia migdałkowe.

Związek, jaki zachodzi między zapaleniem gardła a niektórymi cierpieniami ogólnymi ustroju, znany jest od dawna. Już w początkach zeszłego stulecia niektórzy klinicyści wypowiedali pogląd, że gościec stawowy może być powikłaniem zapalenia migdałków. W naszym piśmiennictwie Czajkowski w r. 1891 zwrócił uwagę, że gościec stawowy, zapalenie wsierdzia i nerek mają czasami punkt wyjścia w pierwotnym samoistnym schorzeniu migdałków. W ostatnich kilkunastu latach niemal całą patologję szczegółową próbowano powiązać etyologicznie z zajęciem migdałków. Jako powikłanie tej sprawy pierwotnej opisywano zapalenie płuc, opłucnej, wyrostka robaczkowego, szpiku kostnego, jąder, jajników, zmiany w wątrobie, śledzionie, różne wysypki skórne, bóle neuralgiczne i t. p. Nawet ponawiający się wrzód trawienny żołądka próbowano uzależnić od zaostrzeń przewlekłego zapalenia migdałków (Nauwerk). Nie potrzebuję dodawać, że wiele spostrzeżeń odnośnych nosi wyraźnie piętno podmiotowe i nie wytrzymuje ścisłej krytyki naukowej.

Chcąc ocenić dokładnie rolę migdałków w patologji, należało rzecz całą poddać rewizji, oprzeć ją na badaniach ścisłych klinicznych, anatomicznych i bakteryologicznych, a przedewszystkiem zapoznać się bliżej z czynnością tego narządu w warunkach prawidłowych. Przekonano się, że migdałki są wysuniętymi tuż pod powierzchnię błony śluzowej gruczołami chłonnymi, od których różnią się tylko obecnością zagłębień workowatych, zwanych kryptami (mieszkami). Jako gruczoły chłonne, biorą one udział w tworzeniu limfocytów i spełniają rolę obronną w walce z drobnoustrojami. Wskutek powierzchownego ułożenia migdałki mogą ulegać schorzeniu pierwotnie, często jednak wrota wtargnięcia zarazków mogą znajdować się poza obrębem migdałków, n. p. w nosie, w jamie ustnej, w zębie spróchniałym lub w gardle. Powstające w ten sposób schorzenie migdałków charakterem

swym odpowiada tym zapaleniom gruczołów chłonnych, głębiej położonych, które występują przy sprawach zapalnych błon śluzowych i skóry. Lecz dzięki innej budowie i wpływowi otaczających warunków, zapalenia migdałków przewlekłe przybierają właściwą sobie i charakterystyczną postać. Schorzenie to, opisane bliżej przez Guericha w r. 1905 pod nazwą „angina fossularis chronica” i stwierdzone na kongresie medycyny wewnętrznej w r. 1909 przez Pässlera, cechuje się przewlekłym zapaleniem zagłębień migdałowych, któremu zwykle towarzyszy tworzenie się czopów. Czopy te są zbitą szarżółtą masą, która składa się z nabłonków złuszczonej, limfocytów, śluzu, resztek pokarmów, fosforanu wapniowego i drobnoustrojów, znajdujących tutaj doskonałe warunki dla swego rozwoju. Najczęściej wykrywamy paciorkowce, rzadziej gronkowce ropne i dwoinki lancetowate. Można je również odnaleźć w mięszu migdałków, dotkniętym schorzeniem przewlekłym. Pod wpływem drobnoustrojów czopy te ulegają zropieniu. Wskutek zarastania ujścia zagłębień ropa zatrzymuje się wewnątrz, rozszerza zaułki i tworzy w różnych warstwach migdałka ropnie rozmaitej wielkości. Drobnoustroje chorobotwórcze, znajdujące się w tych ropniach migdałkowych, zdolne są do rozwoju i zakażenia ustroju. Wskutek zaostrenia sprawy zapalnej w migdałkach zarazki lub ich toksyny mogą przedostawać się do krwi i wywoływać cierpienie ogólne ustroju.

Badania anatomopatologiczne Frankego i Schusterówniej (Lwów), podjęte celem wykrycia związku etyologicznego między cierpieniem migdałków i schorzeniami gośćcowymi, wykazały, że w zwłokach osób, u których stwierdzono objawy gościca stawowego lub spraw jemu pokrewnych, w 90% przypadków można było odnaleźć skreślone wyżej zapalenie migdałków. Przy ucisku migdałka z zagłębień wylewała się mniejsza lub większa ilość cieczy ropiastej, często można było wycisnąć „cuchnące czopy, złożone z mas nekrotycznych i zgęszczonej ropy”. W jednym przypadku stwierdzono na przekroju migdałka w głębi ropień wielkości małego orzecha laskowego, który na zewnątrz nie był widoczny. Obraz anatomopatologiczny, właściwy temu cierpieniu, zalicza Franke do grupy zapaleń, objętych nazwą zapalenia mieszkowego przewlekłego migdałków (tonsillitis lacunaris chronica). Erbrich, którego praca oparta jest na podstawie klinicznej, opisuje to schorzenie migdałków, jako odrębną jednostkę chorobową, pod nazwą „tonsillitis purulanta chronica”.

Oprócz schorzeń gośćcowych, których związek etyologiczny z przewlekłym zapaleniem migdałków nie ulega najmniejszej wątpliwości, z tego samego źródła mogą pochodzić niektóre choroby serca i nerek. Co się tyczy zależności innych chorób, n. p. wyrostka robaczkowego, spostrzeżenia kliniczne są zbyt skąpe, żebyśmy mogli uważać ją za dowiedzioną.

Przed 3 laty, na I Zjeździe lekarzy prowincjonalnych w Łodzi, kol. Batawia zwrócił uwagę, że schorzenie migdałków może być powodem stanów gorączkowych przewlekłych bez żadnych zmian w innych narządach ustroju. Gorączka w tych razach bywa zwykle niewysoka i stała. W 3 przypadkach, spostrzeganych przezemnie wspólnie z kol. Batawią, wzniesienia wieczorne ciepłoty nie przewyższały 37,5^o, różnice między ciepłotą ranną i wieczorną były małe i wahały się od 0,3 do 0,5^o. Wobec słabego odczynu gorączkowego, stan ogólny chorych przedstawia się dobrze. Jedna chora skarżyła się na uczucie znużenia i bóle głowy, inna na słabe, krótkotrwałe bóle stawów i mięśniowe. W gardle chorzy nie odczuwają zazwyczaj żadnych dolegliwości, rzadziej bywa uczucie palenia, drapania lub bólu (Oertel). Jeżeli

do powyższego dodam pewną skłonność do pocenia się i lekkie dreszcyki, to wyczerpię całość objawów klinicznych.

Schorzenie przewlekłe migdałków nie objawia się na zewnątrz zmianami, które moglibyśmy uważać za charakterystyczne. W jednym z moich przypadków o istnieniu czopów głębiej ukrytych świadczyły tylko dwa małe punkciki na powierzchni migdałka, w drugim—badanie stwierdziło 3 czopy bez śladów stanu zapalnego, w trzecim stan migdałków był najzupełniej prawidłowy. Czasami, jak wynika ze spostrzeżeń Batawii, migdałek bywa powiększony, przekrwiony, ujścia mieszków (krypt) rozszerzone, zaczerwienione niekiedy oprócz czopów, przeświecają plamki białozółte, odpowiadające ropniom migdałkowym. Ponieważ ulubionym miejscem czopów i ropni są górne i przednie części migdałków, przeto dla dokładnego zbadania trzeba odsunąć łuk przedni przy pomocy haczyka. W przypadkach wątpliwych oględziny migdałka trzeba uzupełnić wprowadzeniem do mieszków migdałkowych zgłębnika naczynkowatego, gdyż tylko w ten sposób udaje się czasami wykazać obecność czopów lub ropnia. Nieraz zdarza się, że najściślejsze badanie nie wykrywa zmian żadnych, dopiero wyluszczenie migdałka, ewentualnie badanie pośmiertne ujawnia ropień, ukryty głęboko w migdałku. (Erbrich, Franke).

Jakkolwiek nie wątpimy, że przewlekłe mieszkowe zapalenie migdałków z tworzeniem się czopów i ropni może w poszczególnych przypadkach być powodem stanów podgorączkowych przewlekłych, musimy jednak podkreślić, że rozpoznanie kliniczne tych spraw opiera się zawsze na chwiejnej podstawie. Schorzenie migdałków ze skłonnością do tworzenia czopów i ropni należy do zjawisk stosunkowo częstych. Badania sekcyjne Frankego i Schusterówniej stwierdziły zmiany migdałkowe u wielu osób (53%), u których za życia nie było wcale objawów gościcowych i schorzeń pokrewnych. Śmierć nastąpiła z innych zupełnie chorób, a tymczasem w znacznej liczbie przypadków (72%) wykazano obecność cieczy ropiastej w migdałkach, w 28% i mas nekrotycznych. Widzimy zatem, że drobnoustroje, znajdujące się w czopach i ropniach migdałkowych, chociaż zdolne do życia i rozwoju, niezawsze wywołują objawy zakażenia. Musi tu wchodzić w grę jeszcze inny czynnik biologiczny, bliżej nam nieznan, który sprawia, że drobnoustroje drzemiące przechodzą w stan czynny. Dlatego też stwierdzenie obecności czopów lub ropy nie jest jeszcze dowodem bezwzględnie przekonującym, że stan gorączkowy zależy od schorzenia migdałka, a nie od innej przyczyny.

Stosowanie w celach rozpoznawczych metody wyłączenia nie da się przeprowadzić z należytą ścisłością. W poszczególnym przypadku wątpliwym trudno nam będzie wyłączyć ognisko ropne w innym narządzie ustroju, choćby w migdałku gardłowodopodniebiennym, językowym, gruczoł płuc lub gruczołów tchawiczooskrzelowych i t. p. To też bardzo często o rozpoznaniu właściwym będą rozstrzygać tylko wyniki leczenia. Jeżeli gorączka, trwająca tygodniami lub miesiącami, ustąpi od razu po odpowiednim zabiegu miejscowym, mamy wszelkie prawo przypuszczać, że była ona następstwem schorzenia migdałka. Muszę jednak dodać, że ten sposób rozpoznawania, stosowany niekrytycznie na szerszą skalę, będzie narażać lekarza i chorych na liczne zawody i rozczarowania.

Leczenie polega na usunięciu zawartości mieszków i otwarciu ropni, ukrytych w głębszych warstwach migdałka. Cel ten osiągamy przez rozrzynanie tkanki migdałkowej i mostków, oddzielających od siebie poszczególne kieszonki. Stosując ten sposób leczenia, kol. Batawia otrzymał wyniki pomyślne we wszystkich 12 spostrze-

ganych przez siebie przypadkach. Zabieg ten, łatwy do wykonania i mało bolesny, nie zabezpiecza jednak chorych od nawrotów cierpienia. Wskutek nieprawidłowych zrostów powstają nowe kieszonki ze skłonnością do tworzenia czopów. Powtórę, stosując ten sposób leczenia, niezawsze możemy usunąć zawartość wszystkich mieszków migdałkowych lub odnaleźć ropień. Ponieważ częściowe usuwanie migdałków lub rozciętowanie daje również wyniki niepewne, wielu autorów sądzi, że najodpowiedniejszym zabiegiem leczniczym jest zupełne wyluszczenie migdałków (tonsillektomia). Stosowane jest ono od lat wielu w Ameryce przy najrozmaitszych sprawach chorobowych, będących w związku ze schorzeniem przewlekłym migdałków. Przypomnę imponującą statystkę Waugha, która obejmuje 900 przypadków. We wszystkich tych przypadkach, z wyjątkiem 12, wyniki wyluszczenia migdałków były podobno dobre.

U nas zwolennikiem tej metody leczniczej jest Erbrich, który przed kilku laty wypracował własny sposób wyluszczenia migdałków i w ostatnich czasach znacznie go uprościł.—Nie wchodzi w zakres mego zadania rozstrzygać, o ile w poszczególnym przypadku będzie usprawiedliwione wykonanie tego zabiegu, który bądź co bądź pozbawia nas ważnego pod względem fizyologicznym narządu. Sądzę jednak, że jeżeli dłuższa obserwacja chorego utwali w nas przekonanie o zależności gorączki lub innego cierpienia, n. p. goścowego, od schorzenia migdałków, jeżeli wszelkie próby leczenia ich miejscowe dają wyniki ujemne, to jako jedyny środek właściwy i zasadniczy pozostaje wówczas doszczętne wyluszczenie migdałków. Zbytня wstrzeźliwość byłaby równie nieuzasadnioną i szkodliwą, jak niekrytyczny szablon w stosowaniu zabiegu. Zwłaszcza w leczeniu gościa stawowego i cierpień pokrewnych należy baczniejszą, niż dotychczas, zwracać uwagę na leczenie miejscowe migdałków, których schorzenie przewlekłe jest najczęściej główną przyczyną choroby.

Zakażenia przewlekłe gruczołów chłonnych.

Różne stany zapalne gruczołów chłonnych, które powstają przypadkowo lub towarzyszą ogólnym cierpieniom ustroju, nie wchodzi w zakres zajmującego nas tu zagadnienia. Chociaż mogą być one powodem dłużej lub krócej trwającej gorączki, jednak nie nasuwają żadnych trudności rozpoznawczych. W przeszłym roku spostrzegalem bardzo silne obrzmienie gruczołów podszczękowych prawostronnych, które wystąpiło po zwykłym zapaleniu gardła. Sprawie tej, która zakończyła się pomyślnie, w ciągu trzech tygodni towarzyszyło lekkie wzniesienie ciepłoty. Wogóle zapalenia gruczołów chłonnych powierzchownych kończą się szybko wyleczeniem lub przejściem w ropienie.

Ze stanowiska praktycznego najważniejsze znaczenie mają schorzenia gruczołów głębokich wewnątrzustrojowych. Wprawdzie wiemy, że zapalenie ich towarzyszy większości chorób zakaźnych ostrych, ale zazwyczaj po przejściu zakażenia zaczynają gruczoły wracać do stanu prawidłowego, a drobnoustroje ginąć. Zmiany przewlekłe kiłowe nie mogą być brane w rachubę z powodu przebiegu odrębnego i bezgorączkowego. W ostatnich czasach zwrócono szczególniejszą uwagę na zachowanie się gruczołów tchawiczno-oskrzelowych u dzieci w przebiegu różnych chorób zakaźnych. Stwierdzono, że u dzieci, zwłaszcza z usposobieniem limfatycznym, w następstwie ostrych nieżytów oskrzeli, zapalenia płuc i opłucnej, gruczoły tchawicznooskrzelowe ulegają obrzmieniu, które może pozostawać na dłuższy przeciąg czasu i wywoływać szereg objawów, przypominających cierpienie gruźlicze gruczołów. D'Espine

spozstrzegał w r. 1907 kilka przypadków powiększenia gruczołów tchawiczooskrzelowych, które wystąpiło po przebyciu grypy, i o ile pozwalało sądzić badanie kliniczne, trwało od jednego do dwóch miesięcy. Najczęstszą przyczyną zwykłego niegruźliczego powiększenia gruczołów tchawiczooskrzelowych jest zapalenie płuc, rozwijające się w przebiegu odry i krztuśca. Fakty analogiczne były opisywane już dawniej wraz z próbami rozpoznawania różniczkowego między zwykłym zapaleniem gruczołów i ich cierpieniem gruźliczem (Gaéneau de Mussy).

Badania bakteryologiczne są względnie nieliczne. Najczęściej znajdowano dwonki zapalenia płuc, czasami nie było ich wcale (Marfan, Nanu, Netter, Menetrier, Labbé).

Objawy kliniczne, zależne od zwykłego obrzmienia gruczołów tchawiczooskrzelowych, są mniej więcej takie same, jak te, które spostrzegamy w ich cierpieniu gruźliczem. Rozpoznanie polegać będzie na stwierdzeniu mniej lub więcej szybkiego powrotu do stanu prawidłowego i na ujemnym wyniku próby tuberkulinowej.

Gruźlica gruczołów chłonnych tchawiczooskrzelowych.

Schorzenie gruczołów tchawiczooskrzelowych pierwotne i samoistne jest rysem charakterystycznym gruźlicy wieku dziecięcego. Między prątkami gruźliczymi i gruczołami tchawiczooskrzelowymi dziecka zachodzi szczególny stosunek powinowactwa, którego istota nie da się dzisiaj wytłumaczyć. Czy uznamy teorię klasyczną, bronioną przez autorów niemieckich, podług której wrotami wtargnięcia zarazków są płuca, czy przyjmimy teorię Calmettea, podług której zakażenie ustroju następuje najczęściej przez przewód pokarmowy, czy zgodzimy się na to, że w dalszym przenoszeniu prątków pośredniczą naczynia chłonne, czy krwionośne, na podstawie badań dotychczasowych możemy orzec, że w gruczołach tchawiczooskrzelowych odbywa się niejako pierwsze zaszczepienie jadu gruźliczego w ustroju dziecięcym*). To też sprawa ta u dzieci jest nadzwyczaj częstą. W badaniach sekcyjnych stwierdzano ją u 20—30% dzieci, zmarłych w wieku od 1 do 15 lat życia (Müller, Neumann). U dzieci, zmarłych przy objawach gruźlicy, zmiany swoiste w gruczołach tchawiczooskrzelowych spostrzega się prawie zawsze (Raczyński, Kozakiewicz). W pierwszym roku życia schorzenie samoistne gruczołów jest zjawiskiem rzadkiem, gdyż gruźlica szybko się uogólnia i kończy się śmiercią. Częstość tej sprawy wzrasta od drugiego roku życia i osiąga swój szczyt około 6—8 roku życia. U dzieci starszych i ludzi dorosłych objawy kliniczne ze strony gruczołów występują coraz rzadziej, natomiast sprawa gruźlicza zaczyna rozwijać się w płucach. W niektórych jednak przypadkach i u ludzi dorosłych gruźlica może usadowić się pierwotnie w gruczołach tchawiczooskrzelowych i dopiero po pewnym czasie przechodzić na płuca (Philippi). W każdym razie u ludzi starszych zmiany anatomiczne gruczołów są bez porównania mniejsze, niż w wieku dziecięcym.

Gruźlica gruczołów tchawiczooskrzelowych ma najczęściej przebieg łagodny i w warunkach sprzyjających kończy się wyleczeniem zupełnym, najczęściej zwągnięciem gruczołów. Jednakże pod wpływem rozmaitych czynników, które zmniejszają odporność ustroju, mogą powstawać przerzuty w płucach, stawach, kościach mózgu i t. p. Stąd też mimo łagodnego charakteru gruźlica gruczołów jest źródłem

*) Schorzenie pierwotne gruczołów kręzkowych należy do spraw rzadkich. Najczęściej jest ono sprawą wtórną, towarzyszącą schorzeniu gruźliczemu kąticy, jelita biodrowego i otrzewnej.

stałego i poważnego niebezpieczeństwa, zwłaszcza dla ustroju dziecka. Konieczne jest przeto wczesne i umiejętne rozpoznanie tej sprawy, celem roztoczenia nad chorymi odpowiedniej opieki.

Rozpoznanie ma na celu ustalenie faktu, że gruczoły tchawiczooskrzelowe są powiększone i że przyczyną tego powiększenia jest zakażenie gruźlicze. Z powodu głębokiego położenia gruczołów rozpoznanie tej sprawy zapomocą zwykłych metod badania klinicznego należy niewątpliwie do trudnych zadań dyagnostyki lekarskiej. Jeszcze przed kilku laty odzywały się głosy, że zadanie to może być spełnione w przypadkach nadzwyczajnie rzadkich (Sukiennikow, Brecke, Schlossmann). W ostatnich jednak czasach zrobiono w tej dziedzinie duży krok naprzód. Zapewne dzisiaj w przypadkach lekkich, z bardzo małym powiększeniem gruczołów, wszystkie nasze usiłowania mogą rozbić się o nieprzezwyciężone trudności i trzeba będzie korzystać z niepewnej metody wyłączenia, ale za to w większości przypadków, zależnie od stopnia rozwoju sprawy gruźliczej, da się ona rozpoznać z większą lub mniejszą łatwością na podstawie klinicznej. Nie będę rozwodzić się nad ważnym znaczeniem wywiadów. Wiadomość, że w otoczeniu najbliższem są osoby stare i kaszlące, ma dla nas niepoślednią wartość. Odżywienie i stan ogólny chorych nie są miarodajne. W kilku moich spostrzeżeniach dzieci odznaczały się otyłością i sprawiały wrażenie zupełnie zdrowych. Często jednak możemy stwierdzić upośledzenie rozwoju fizycznego, wątłą budowę kośćca, bladość, rozlane powiększenie gruczołów chłonnych i t. p. Objawy zołzów spostrzega się nieco więcej, niż w połowie przypadków. Dlatego też blizny na szyi, przetoki, wykwity skórne na wargach, nosie, uszach, zapalenie oczu, pryszczyk i t. p. — będą dla nas ważną wskazówką rozpoznawczą.

Objawy podmiotowe czasami są bardzo niewyraźne. U starszych dzieci zasługuje na uwagę ból pod mostkiem i w okolicy międzyłopatkowej. Do najważniejszych objawów podmiotowych zaliczamy duszność i kaszel. Duszność wydechowa, podług najnowszych badań autorów francuskich (Guinon, Variot, Marfan, D'Oelsnitz), jest objawem bardzo charakterystycznym dla gruźlicy gruczołów tchawiczooskrzelowych u małych dzieci. Sapanie i dyszenie dziecka może być słyszalne zdaleka. Duszność wydechowa wzmagają się zwykle przy ruchu i wysiłkach fizycznych, czasami pod względem natężenia może przypominać napady prawdziwej dychawicy oskrzelowej.

Oprócz duszności, gruczoły powiększone przez ucisk na tchawicę i oskrzela mogą wywoływać kaszel. Sprawą suchego kaszlu (trockener Reizhusten), powstającego wskutek ucisku tchawicy, w ostatnim czasie zajmował się wiele De la Camp, który uważa go za bardzo ważny objaw rozpoznawczy. Z 656 dzieci z objawami zołzów, lecz bez wyraźnych zmian w płucach, autor ten stwierdził kaszel suchy, w 137 przypadkach. Kaszel bardzo mocny o charakterze kurczowym, krztuścawym, bywa spostrzegany bardzo rzadko.

Jednym z najbardziej charakterystycznych objawów gruźlicy gruczołów tchawiczooskrzelowych jest uporczywa gorączka, trwająca miesiące i lata. Poziom jej najczęściej niewysoki, wahania ciepłoty niewielkie (37° — 37.5°). W jednym z moich przypadków, których liczba ogólna dosięga 62, ciepłota przez 4 miesiące z rzędu trzymała się wyżej 39° i wieczorami dochodziła do 38.7° — 39° . W wielu razach, zwłaszcza u dzieci małych (Schlossmann), może wcale nie być gorączki i choroba

rozwijają się skrycie bez żadnych objawów ogólnych. Czasami lekkie wzniesienia ciepłoty zjawiają się dopiero pod wpływem jakiegoś pobudzenia, wysiłku zmęczenia.

Gruczoły, dotknięte sprawą gruźliczą, mogą wywoływać cały szereg zaburzeń ze strony narządów sąsiednich wskutek ucisku lub bezpośredniego szerzenia się sprawy zapalnej. O ucisku tchawicy i oskrzeli mówiliśmy wyżej.—Prócz nich temu oddziaływaniu gruczołów mogą ulegać naczynia krwionośne, nerwy i przełyk. Lecz powstające w ten sposób objawy czynnościowe bywają względnie rzadko i nie mają poważniejszego znaczenia praktycznego. Należą tutaj rozszerzenia niesymetryczne żył powierzchownych wskutek ucisku głównych pni żylnych (Heubner, Widerhofer, Siracoff,) tętno opaczne (paradoksalne) jednostronne (Gerhardt), przyspieszona czynność serca wskutek porażenia nerwu błędnego, nierówność żrenic wskutek jednostronnego ucisku nerwu współczulnego, objawy porażne ze strony nerwu krtaniowego dolnego. Niepobawiony pewnej wartości rozpoznawczej jest t. zw. objaw Smitha, polegający na występowaniu szmeru nad rękocięścią mostka przy silnym przegięciu w tył głowy chorego (Brudziński). Objaw ten spostrzegłem w 15% przypadków. Do pomysłów niezbyt szczęśliwych zaliczam sposób badania Neussera, który wprowadza do przełyku zgłębnik celem określenia wrażliwości gruczołów.

Wielu autorów niemieckich (Baudelier i Roepke, De la Camp, Zabel, zwłaszcza Dautwitz) podnosi w ostatnim czasie dużą wartość objawu Petruschkyego. Autor ten w r. 1903 stwierdził, że jeżeli gruczoły tchawiczooskrzelowe ulegają obrzmieniu, to ugniatanie wyrostków kolczystych siedmiu górnych kręgów piersiowych wywołuje większą lub mniejszą bolesność. Na podstawie własnego doświadczenia sędzę, że sposób badania Petruschkyego może być zastosowany tylko u dzieci starszych i ludzi dorosłych i że prawidłową ocenę tego objawu utrudnia często ogólnie wzmożona wrażliwość osobnicza.

Podstawą rozpoznania gruźlicy gruczołów tchawiczooskrzelowych jest właściwie badanie fizyczne*). Czasami nawet w postaciach skrytych, przebiegających bez żadnych zgoła objawów, udaje się tym sposobem wykryć powiększenie gruczołów. U dzieci małych ważną wskazówką rozpoznawczą dają nam oględziny klatki piersiowej. Przy schorzeniu gruczołów, oprócz opisanej już d. szności wydechowej, stwierdzić można zapadanie się podczas wdechu dolnej części mostka, nadbrzusza i żeber rzekomych. To zapadanie się klatki piersiowej, podług nowszych badań autorów francuskich (Guinos, D'OElnitz), ma stanowić jeden z najważniejszych objawów powiększenia gruczołów we wczesnych okresach dzieciństwa.

Jakkolwiek położenie gruczołów w głębi klatki piersiowej zdaje się utrudniać stosowanie opukiwania, to jednak nie ulega wątpliwości, że w razie obrzmienia gruczołów możemy tą drogą zdobyć bardzo cenne wskazówki. W bardzo wielu przypadkach przy opukiwaniu słabem można stwierdzić przytłumienie lub skrócenie odgłosu opukowego, któremu zwykle towarzyszy uczucie oporu wzmożonego pod palcem i bardzo często wzmożone drżenie piersiowe. Zmianę odgłosu opukowego spostrzegamy bardzo często, w przeszło połowie przypadków, a w okolicy stawu mostkowoobojczykowego prawego i w okolicy przymostkowej drugiego międzyżebra tej samej strony. Stłumienia przymostkowe lewostronne są mniej częste,

*) Brak miejsca nie pozwala mi na szczegółowe omówienie fizycznych sposobów badania. Niezmiernie ważne praktyczne znaczenie tej sprawy skłania mnie do poruszenia jej w związku z badaniami własnymi w referacie oddzielnym.

nie tylko ze względów anatomicznych, ale i z tego powodu, że gruczoły tej strony rzadziej ulegają schorzeniu. Przy stłumieniu na rękojeści mostka trzeba pamiętać o możliwości przerostu grasicy.

Niektórzy autorowie niemieccy (O. Müller) do najczęstszych objawów opukowych zaliczają skrócenie odgłosu po obu stronach stłumienia sercowego względnie (parakardiale Dämpfung). Na tylnej ścianie klatki piersiowej warunki badania są nieco trudniejsze, ale i tutaj, w razie znacznego obrzmienia gruczołów, możemy stwierdzić wężki pas stłumienia w okolicach przykręgowych, w obrębie między 1 i 6 kręgiem piersiowym (paravertebrale Dämpfung). Na podstawie własnych badań stłumienie przykręgowe obustronne na poziomie 5 kręgu piersiowego skłonny jestem zaliczać do objawów zupełnie prawidłowych. Obszerniejsze stłumienia międzyłopatkowe wnekowe są wyrazem nie tylko bardzo znacznego obrzmienia gruczołów, ale najczęściej wynikiem przejścia sprawy gruźliczej na płuca (Philippi, Sluka).

Opukiwanie wyrostków kolczystych (v. Korányi, de la Camp, Nagiel, Michałowicz) niema poważniejszego znaczenia w rozpoznawaniu gruźlicy samoistnej u dzieci starszych i u ludzi dorosłych. Nawet przy niezbyt obfitej podściółce tłuszczowej wyrostki kolczyste niełatwo dają się opukać. Przeciwnie u dzieci wychudzonych wskutek gruźlicy płuc lub innego cierpienia, jak to było w przypadkach Michałowicza, ten sposób badania może dawać wyniki dość pewne. W każdym razie, jeżeli uda się nam stwierdzić stłumienie na wyrostkach kolczystych, zwłaszcza 3 i 4, a poniekąd 5 i 6 kręgu piersiowego, mamy prawo rozpoznać powiększenie gruczołów tchawiczooskrzelowych.

Najważniejszą zdobyczą nowszych czasów w zakresie dyagnostyki fizycznej omawianego cierpienia jest t. zw. objaw D'Espinea. Polega on na stwierdzeniu odgłosu oskrzelowego mowy na wyrostkach kolczystych pierwszych sześciu kręgów piersiowych: u dzieci małych tuż pod wyrostkiem 7 kręgu szyjnego, u dzieci starszych i ludzi dorosłych poniżej 1 i 3 kręgu piersiowego. Przy osłuchiwaniu głosu cichego lub szeptu odbieramy wrażenie bezgłośnego oddźwięku mowy, zwanego przez D'Espinea—„chuchotement” i mającego tę samą wartość objawową, co i odgłos oskrzelowy mowy. Ze wszystkich metod badania klinicznego sposób, podany przez D'Espinea, daje wyniki najlepsze. (Krantz, Roch. Bourdillon, Zabel Leroux).

Odgłos oskrzelowy mowy, słyszalny na jednym lub kilku wyrostkach kolczystych piersiowych (do szóstego włącznie), poniżej granicy, określonej wiekiem, stanowi jeden z najstarszych i najwcześniejszych objawów powiększenia gruczołów tchawiczooskrzelowych. Czasami zdarzało mi się spostrzegać go przypadkowo u dzieci zółzowatych, raz nawet dziecka 7-letniego zupełnie zdrowego, lecz przebywającego stale w otoczeniu gruźliczem. W niektórych skrytych postaciach gruźlicy gruczołów objaw D'Espinea występuje dopiero pod wpływem przyłączających się chorób, które wywołują znacznie większe obrzmienie gruczołów (odra, krztusiec, grypa). —Inne objawy słuchowe nie są stale i charakterystyczne. Wspomnę o osłabieniu szmeru oddechowego, wydłużeniu wydechu, charakterze oskrzelowym oddechu.

Z powyższego widzimy, że badanie fizyczne klatki piersiowej i kręgosłupa ma bardzo ważne znaczenie w rozpoznaniu powiększenia gruczołów tchawiczooskrzelowych. Musimy jednak pamiętać, że inne choroby śródpiersia, n. p. guzy, przerost grasicy, niegruźlicze schorzenia gruczołów, obrzmienia białaczkowe (Zabel), mogą również wywoływać zbliżone objawy czynnościowe i fizyczne. Dlatego w każdym

poszczególnym przypadku należy wyłączyć inne możliwe przyczyny powiększenia gruczołów i udowodnić, że dany osobnik jest zakażony gruźlicą. Zestawienie wszystkich objawów podmiotowych i przedmiotowych, wywiady, stałość niektórych objawów fizycznych, stwierdzona podczas dłuższej obserwacji chorego—wszystko to pozwoli nam w wielu razach zorientować się w położeniu i rozpoznać charakter gruźlicy cierpienia.

Ważne usługi w rozstrzygnięciu tej sprawy oddają próby tuberkulinowe miejscowe, a mianowicie próba skórna Pirqueta i ukłucie Eschericha-Schicka. W użytkowaniu danych, otrzymanych tą drogą, trzeba jednak zachować pewną ostrożność. Jak wiadomo, pierwsze zakażenie ustroju gruźlicą następuje we wczesnych okresach dzieciństwa. Hamburger, stosując próbę tuberkulinową Pirqueta u dzieci zdrowych, klinicznie wolnych od gruźlicy, otrzymał następujące wyniki: W pierwszym roku życia odczyn Pirqueta był zawsze ujemny, w drugim roku był dodatni u 5%, w trzecim u 9%, w szóstym u 50%, w dwunastym u 95% dzieci, poddanych badaniu. Widzimy z tego, że w ocenie wyniku odczynu tuberkulinowego w przypadku wątpliwym musimy przede wszystkim uwzględnić wiek dziecka. Odczyn dodatni w pierwszych trzech latach życia będzie miał moc przekonującą, ten sam odczyn około 8—12 roku może świadczyć zarówno o świeżej sprawie gruźliczej, jak o dawno minionej, wyleczonej, wygasłej. Odczyn ujemny próby Pirqueta, stwierdzony po upływie kilku dni ukłuciem Eschericha, u dzieci starszych pozwala wyłączyć cierpienie gruźlicze. Nie trzeba tylko zapominać, że nawet u osobników, dotkniętych gruźlicą, próby tuberkulinowe mogą wypaść ujemnie. Zdarza się to najczęściej po przebyciu odry i prawie zawsze w okresach charłactwa na tle posuniętej daleko sprawy gruźliczej miajskowej lub ogólnej.

Kończąc rzecz o rozpoznawaniu gruźlicy gruczołów tchawiczooskrzelowych, wspomnę jeszcze w kilku słowach o badaniu promieniami Roentgena. Naogół badanie to nie ziściło wielkich nadziei, jakie początkowo w niem pokładano. Wyniki badań sekcyjnych niezawsze potwierdzają dane, otrzymane zapomocą rentgenografii i rentgenoskopii (Mouriquand). W wielu przypadkach powiększenia gruczołów tchawiczooskrzelowych, stwierdzonych na sekcji, rozpoznanie ustalono za życia zapomocą opukiwania kręgosłupa (Michałowicz) i osłuchiwania (Zabel), a tymczasem w tych samych przypadkach prześwietlanie promieniami Roentgena dawało wyniki ujemne. W innych razach cienie na ekranie, mylnie brane za obrzmiałe gruczoły, nie znajdowały potwierdzenia w badaniu pośmiertnym. Trudności rentgenografii i rentgenoskopii tłumaczą się względami topograficznymi. Gromada gruczołów, dotkniętych najczęściej schorzeniem gruźliczym, położona jest między tchawicą i oskrzelami głównymi oraz podziałem tchawicy. Otóż cienie tej grupy gruczołów padają w obrębie głównego cienia pośrodkowego (Mittelschatten), odpowiadającego kręgosłupowi, mostkowi i sercu. Najdostępniejsze dla badania promieniami Roentgena są gruczoły oskrzelowopłucne, zwłaszcza na stronie prawej (Engel). Powtórnie, cienie mniej lub więcej wyraźne dają tylko gruczoły zserowaciałe i zwapniałe.

Wartość tej metody badania w piśmiennictwie oceniana jest niejednakowo. Wielu autorów na podstawie szczegółowych badań anatomicznych i rentgenologicznych uważa ten dział rentgenodyagnostyki za najtrudniejszy, wymagający dużej wprawy i jeszcze większej ostrożności w odczytywaniu obrazów (D'Oelsnitz, Reyher). Zwłaszcza Engel całą tę sprawę traktuje z wielkim sceptycyzmem. Przeciwnie,

inni autorowie, mając na względzie braki klinicznych sposobów badania, sądzą, że w rozpoznawaniu gruźlicy gruczołów badanie promieniami Roentgena daje wyniki stosunkowo najlepsze. (Leraox, Baudlier i Roepke, Pirquet, Drozdowicz i inni).

Jeszcze kilka słów o leczeniu. Pierwszorzędną rolę grają tutaj wszystkie te czynniki, które podnoszą sprawność ogólną ustroju i wzmagają jego odporność w walce z zakażeniem gruźliczem. Należy tu przede wszystkim dobre i odpowiednie odżywianie, powietrze i słońce. Co się tyczy odżywiania, niektórzy autorowie, w myśl doświadczeń Czernyego, radzą podawać większe ilości tłuszczów, a ograniczać ilość mleka, węglowodanów i pokarmów, zawierających dużo soli (E. Müller). W dążeniu do poprawy stanu ogólnego dziecka trzeba zachować pewną miarę. Tusza nadmierna, zmniejszając sprawność ogólną ustroju, nietylko nie zabezpiecza od zakażenia gruźlicą, ale czasami zdaje się nawet pobudzać do stanu czynnego skryte niewinne ogniska.

Klinicyści francuscy przypisują wpływ zbawienny, poniekąd swoisty, klimatowi morskemu. Francja posiada cały szereg uzdrowisk nadmorskich, w których dzieci, jak n. p. w Cannes, spędzają kilka miesięcy z rzędu i bez względu na pogodę kąpią się codziennie po 1—3 minuty w morzu. Pobyt w górach jest również bardzo korzystny, chociaż na ogół mniej skuteczny, aniżeli nad morzem. Ważne usługi w zwalczaniu tej choroby oddają zdrojowiska słone, n. p. Ciechocinek, Druskieniki, a zwłaszcza położone w klimacie podgórskim: Iwonicz (405 m), Rabka (487 m), Rymanów (430 m). W większości jednak przypadków będziemy zmuszeni poprzestawać na dobroczynnym wpływie wsi naszej, trzeba tylko dążyć do wyzyskania na szerszą skalę wpływu powietrza i słońca.

W ostatnich czasach mówi się dużo o leczeniu słońcem czyli t. zw. helioterapii. Bodźcem do bliższego zainteresowania się tym sposobem leczenia były zdumiewające wyniki, jakie osiągnął Rollier (Leysin) w gruźlicy chirurgicznej pod wpływem naświetlań słonecznych. Sprawę tę poruszono w roku bieżącym na jednym z posiedzeń Towarzystwa Lekarskiego lwowskiego i w dyskusji, jaka wywiązała się po odczycie Gabryszewskiego: „O leczeniu światłem”, kilku mówców (prof. Gluziński) wyraziło przypuszczenie, że ten sposób leczenia dałby się przeprowadzić w Zakopanem. Sądzę, że w tym kierunku możnaby pójść dalej i nietylko w górach, ale i na nizinach rozpocząć próby nad działaniem promieni słonecznych w różnych postaciach gruźlicy, między innymi w schorzeniu gruczołów tchawiczooskrzelowych. Do takiego wniosku upoważniają nas bardzo dobre wyniki naświetlania słonecznego w schorzeniu gruczołów szyjnych (Armand-Delille) i znakomity wpływ systematycznych kąpiei słonecznych w gruźlicy płucnej u dzieci (Malgat w Nicei).

Czy promienie Roentgena znajdą szersze zastosowanie w leczeniu gruźlicy gruczołów tchawiczooskrzelowych, trudno na podstawie dotychczasowych doniesień odpowiedzieć. Badania de la Campa nad gruźlicą doświadczalną oraz wyniki pomysłne w kilkunastu przypadkach gruźlicy płuc zdają się przemawiać za tem, że promienie Roentgena, dawkowane odpowiednio pod względem ilościowym i jakościowym, mogłyby oddać również pewne usługi w schorzeniu gruczołów.

W zakresie chemoterapii nowsze czasy nie zaznaczyły się żadną poważniejszą zdobyczą. Próby nad działaniem związków złota i miedzi chyba wypadną ujemnie. Ze środków lekarskich zasługuje na uwagę przede wszystkim tran. Czasami trzeba będzie uciekać się do pomocy arseniku, żelaza, jodu, rzadziej przetworów krezotowych. Ważne znaczenie w leczeniu gruźlicy gruczołów tchawiczooskrzelowych

mają środki zewnętrzne, odciągające, stosowane systematycznie przez czas dłuższy na klatkę piersiową. We Francji jest w ogólnem użyciu nalewka jodowa, w Niemczech—szare mydło. To ostatnie najlepiej stosować w postaci bezwonnej i mało drażniącej maści, która znajduje się w handlu pod nazwą sudianu.

Leczenie swoiste zapomocą wstrzykiwań tuberkuliny ma wielu zwolenników w Niemczech (Dautwitz). Podług Baudeliera i Roepkego, przy ostrożnem i powolnem zwiększaniu dawek nawet gorączka i chudość nie stanowi przeciwwskazania do użycia tuberkuliny. U nas Dębiński zastosował ją z powodzeniem w dwóch przypadkach gruźlicy gruczołów. Nie sądzę jednak, żeby cierpienie o charakterze względnie łagodnym, z wielką skłonnością do samorodnego wyleczenia się, jakim jest gruźlica gruczołów miało stanowić wskazanie do użycia środka wartości bądź co bądź problematycznej, który w dodatku w rękach lekarza niedoświadczonego może przynieść raczej szkodę, aniżeli pożytek. W r. 1913 obudziła żywe zajęcie lekarzy i publiczności w Niemczech nowa szczepionka Friedmanna, polecona jako zupełnie nieszkodliwa przez Schleicha, Krausa, Ehrlicha, i zachwalana bardzo przez E. Müllera. Szczepionka ta jest zawiesiną żywych prątków kwasoodpornych, wychodowanych u żółwia i osłabionych przez Friedmanna w ten sposób, że wywierając silny wpływ uodparniający w ustrojach ciepłokrwistych, ma być ona dla nich najzupełniej nieszkodliwą i niejadowitą. Cały szereg badań, podjętych celem sprawdzenia zbawiennego wpływu szczepionki, nie usprawiedliwił nadziei w niej pokładanych. Najczęściej po wstrzyknięciu występował bardzo silny odczyn i pogorszenie objawów, raz nawet spostrzegano przypadek zejścia śmiertelnego. Dlatego Selzer w swym referacie zbiorowym ostrzega najusilniej przed stosowaniem szczepionki Friedmanna w celach zarówno leczniczych, jak zapobiegawczych, a Sekcja zakopiańska Towarzystwa lekarzy galicyjskich ogłasza osobne ostrzeżenia.

Gdyby w poszczególnych przypadkach okazała się istotnie potrzeba leczenia swoistego, to chyba najodpowiedniejszym byłoby naskórne zastosowanie tuberkuliny, podane świeżo przez Petruschkyego (1914). Polega ono na wcieraniu kolejnem w różne części ciała mazi tuberkulinowej (Tuberkulin-Liniment) w dawkach małych, powiększanych stopniowo od 1 do 4 kropli. Wielką zaletę tej metody ma stanowić zupełna jej nieszkodliwość oraz możność oddania środka leczniczego w ręce chorego lub jego rodziny.

Dyskusja: a) F. Erbrich (Warszawa) zaznacza, że należy odróżniać zwykłe przewlekłe zapalenie migdałków (tonsilitis desquamativa chron.) od ropnego (tonsillitis chronica purulenta). Pierwsza postać znana klinicznie jako migdałki z czopami, zdarza się u osobników, którzy przebywali kiedykolwiek ostre zapalenie migdałków. Postać ta nie daje gorączki,—gdy przewlekłe ropne zapalenie migdałków lub ropienie okołomigdałkowe wywołują długotrwałą gorączkę; przez dokładne badanie zarówno samych migdałków, jak ich okolic, zawsze zdołamy wykryć ropę, o ile z ropnem zapaleniem mamy do czynienia; jeżeli jednak badanie dokładne (co powtórnie podkreśla mówca) ropy nie wykrywa, to gorączka przewlekła nie może mieć źródła w migdałkach. O ile ropienie wykryto, należy je usunąć. Rozrywanie mieszków (krypt) udaje się rzadko, gdyż rozerwane blizny znowu powstają i ropa znowu się zbiera; najpewniejszym przeto sposobem jest zupełne wyłuszczenie migdałków. Zropiałych migdałków oszczędzać nie należy, gdyż są one dla ustroju raczej szkodliwe, niż pożyteczne.

b) J. Bączkiewicz (Warszawa) mówi o gruźlicy gruczołów oskrzelowych u dzieci; zgadza się z prelegentem, że tusza dzieci nie wyklucza tej postaci; większość jednak

dzieci jest szczupłych o typie limfatycznym najczęstszym objawem jest brak apetytu; kaszlu nieraz brak, natomiast częstym jest chrząkanie lub występowanie kaszlu po zmęczeniu (po bieganiu, płaczu). Słusznie prelegent zwrócił uwagę że nie tylko gruźlica, lecz i inne sprawy zakaźne mogą wpływać na schorzenie gruczołów o przebiegu nie tylko przewlekłym. Radioskopia nie zawsze daje podstawy do rozpoznania, gdyż obraz zależy od natężenia sprawy i od stanu gruczołów (stwardnienie, zwapnienie); należy zawsze uwzględnić zespół objawów klinicznych. Helio-terapia nie dość jest u nas uwzględniana, choć nawet w warunkach naszego klimatu powinna znaleźć zastosowanie.

c) S. Sterling (Łódź) wątpi, czy stwierdzenie zapomocą wywiadów obecności w rodzinie osób kaszlących może mieć wartość rozpoznawczą, skoro 80—90% dzieci miejskich ulega zakażeniu gruźliczemu. S. przypomina następnie o wcieraniach mydła szarego, jako ważnym środkiem leczniczym.

d) H. Fidler (Radom) wyraża zdanie, że należy 1) badać krew pod względem bakterjologicznym, by ustalić, czy mamy do czynienia z bakterjemią, czy toksemią; 2) sprawdzić oddziaływanie flory migdałkowej (w czopach, ew. ropie), na działanie własnej surowicy chorego: odczyn dodatni będzie przemawiać za związkiem gorączki z cierpieniem migdałków. Sprawa jest ważną pod względem praktycznym; uchroni niektórych lekarzy od „rabies tonsillaris”, a chorym oszczędzi zawodu.

e) Wł. Schoenaich (Warszawa): Czopki w migdałkach znajdujemy bardzo często bez żadnych objawów. Na 25 sekcji, dokonanych w szpitalu im. Karola i Marji w Warszawie, w 8 przypadkach stwierdzono czopki w migdałkach; w jednym przypadku ropne zapalenie migdałków było istotnie źródłem posocznicy, naogół jednak należy być ostrożnym w uzależnianiu gorączki od spraw zapalnych w migdałkach.

f) Br. Sawicki (Warszawa) podkreśla znaczenie gorączki gruczołowej dla chirurga: występuje ona niekiedy u dzieci po zabiegach operacyjnych, nawet łatwych; nie znajdując przeto w ranie, ani w innych okolicach ciała powodu uporczywie trwających podniesień ciepłoty, należy mieć na widoku możliwość gorączki gruczołowej, by w porę przenieść dziecko w odpowiednie warunki, co wpłynie korzystnie na poprawę. Należałoby może nawet stale przed operacją poddawać dzieci badaniom rentgenowskim, by się przekonać o stanie ich gruczołów oskrzelowych.

g) Prelegent w odpowiedzi przyznaje, że wiele szczegółów w przemówieniu swem pominął dla braku czasu, są one jednak zawarte w drukowanym już referacie. Zaznacza następnie, że wobec ropni, głęboko ukrytych w migdałkach, rozpoznanie często może być postawione „a posteriori”, t. j. po wyłuszczeniu migdałków, badanie kliniczne daje bowiem częstokroć wynik zupełnie ujemny. Zgadza się z Fidlerem co do konieczności ścisłych badań bakterjologicznych, badań tych jednak, niestety jeszcze nie rozpoczęto. Zrozumiałem jest także, jak podnoszą inni mówcy, że tylko zbiór objawów i dłuższa obserwacja rozstrzygać powinny o rozpoznaniu.

W dalszym ciągu Dr. I. Watten (z Łodzi) wygłosił odczyt: **O stanach zapalnych wyrostka robaczkowego, dróg żółciowych i trzustki.** Prelegent omówił w krótkości symptomatologię przewlekłych zapaleń wyrostka robaczkowego, dłużej zaś zatrzymał się na etyologii i objawach zapaleń dróg żółciowych, przytaczając szereg przypadków, w których rozpoznanie nastęrczało poważne trudności, a operacja wykrywała zgoła nieoczekiwane przeciwieństwa w postaci n. p. braku kamieni

przy objawach kamicy żółciowej lub obecności lasecznika okrężnicy w prawidłowych napozór pęcherzykach żółciowych. — Sprawy chorobowe trzustki dla braku czasu nie były poruszone.

Dyskusja: a) Br. Sawicki (z Warszawy) potwierdza trudności rozpoznawcze w wielu przypadkach przewlekłych zapaleń wyrostka robaczkowego i dróg żółciowych. Skargi na bóle nie są zwykle ściśle umiejscowione, a stan podgorączkowy występuje z przerwami. W tych razach tylko kilkakrotne badanie, zwłaszcza podczas napadu lub zaraz po nim ma znaczenie; n. p. nasilenie miejscowe bólu podczas napadu przemawia za zapaleniem wyrostka robaczkowego. Rozpoznanie to można poprzeć, wlewając obficie wodę lub wdmuchując powietrze do kiszki grubej; dochodząc do kątnicy, woda lub powietrze wywołuje w przypadkach zapalenia wyrostka ból w prawym dole biodrowym. Trzeba atoli zaznaczyć, że ten sposób może się okazać zawodnym: przewlekłe bowiem zapalenie kątnicy lub zrosty okołokątnicze mogą dać objaw podobny; niepomierna ruchomość kątnicy, zastój kału w niej i owrzodzenia mogą także być przyczyną gorączki i nieokreślonych bólów, — nieraz dopiero operacja prostuje wadliwe rozpoznanie. Pod względem leczniczym, niestety, w tych razach i operacja zawodzi.

b) K. Rozenfeld (Częstochowa) zaznacza, że gruźlica, zwłaszcza w okresach początkowych, może wywoływać cierpienia wyrostka robaczkowego, przebiegające czasami pod postacią typowej kolki. W kilku przypadkach, operowanych z tego powodu, nie stwierdzono w wyrostku żadnych zmian anatomicznych; możnaby przypuścić zaburzenie czynnościowe na tle toksycznym (Poncet).

c) A. Zawadzki (Warszawa) zwraca uwagę na wrażliwość krezki wyrostka robaczkowego w stanach zapalnych; od tej wrażliwości zależy ból przy wypełnianiu jelita grubego wodą lub powietrzem; bolesność krezki stwierdza się również przy operacjach w znieczuleniu miejscowym, kiedy pociąganie krezki daje uczucie bólu w dołku piersiowym. Po wypełnieniu jelita grubego bizmutem, możemy podczas rentgenoskopii, odsuwając palcami jelito ślepe, również wywołać ból w dołku piersiowym wskutek pociągania krezki wyrostka. Rozpoznanie różniczkowe pomiędzy stanami zapalnymi wyrostka robaczkowego i dróg żółciowych, oraz innymi cierpieniami jamy brzusznej jest nieraz niezmiernie trudnym i najbardziej wytrawni badacze, rozporządzający ogromnym materiałem (bracia Mayo z Rochester) stawiają je nieraz dopiero po otwarciu jamy brzusznej.

d) A. Majewski (Lublin) podnosi współczesne występowanie zapaleń wyrostka i pęcherzyka żółciowego wraz z opuszczeniem nerki;—obraz to dość częsty, należy przeto w odpowiednich przypadkach tak prowadzić cięcie, by można było zbadać jamę otrzewnej i usunąć przyczyny doszczętnie. Operując „à froid”, należy usuwać wszystkie zrosty, gdyż zaniedbanie tego jest przyczyną nawrotu objawów chorobowych po operacji doszczętniej wyrostka robaczkowego.

e) I. Watten odpowiada mówcom poprzednim, że rozpoznanie jest częstokroć bardzo trudne, lecz błędy zdarzają się częściej ze zbyt pochopnych wskazań do operacji; nawroty cierpienia po wycięciu wyrostka niewątpliwie częściej wynikają z mylnego rozpoznania, niż z powodu wadliwej techniki operacyjnej.

Następnie Dr. K. Rogoziński (z Lublina) odczytał dalszą pracę z cyklu kliniki spraw gorączkowych o pochodzeniu skrytem p. t.: **Ukryte sprawy gorączkowe w zakresie chorób dróg moczowych.**

Mówić mam o zakażeniach dróg moczowych z przebiegiem ukrytym, które nastęrczają trudności dyagnostyczne i często z tego powodu bywają późno lub błędnie rozpoznawane. By się nie rozpraszać, pozwolę sobie zająć uwagę Sz. Panów dwiema tylko, najważniejszymi w tem znaczeniu sprawami zakaźnymi w górnych drogach moczowych: przewlekłą gruźlicą nerki i zapaleniem miedniczki nerkowej. Nie mogąc zagłębiać się w szczegóły, ograniczyć się muszę, w nadziei pobudzenia w tym kierunku dyskusji, do kilku uwag, głównie o rozpoznawaniu i leczeniu tych chorób. Jedno i drugie zrobiło w ostatnich czasach znaczne postępy.

Okazało się przytem, że gruźlica narządów moczowych jest chorobą częstszą, aniżeli przypuszczano, zmieniły się też zapatrywania na jej rokowanie. Rozpoznając ją dawniej w okresach późnych, uważano ją za trudno uleczalną; rozpoznawana wcześniej, znakomicie poddaje się leczeniu chirurgicznemu. Zanim wyjaśnię, na czem polegają postępy leczenia i rozpoznawania gruźlicy moczowej i co może i powinien robić lekarz-praktyk w obu tych kierunkach, uważam za konieczne przypomnieć pamięci Sz. Panów kilka podstawowych szczegółów z patogenezy i przebiegu tej choroby, ustalonych dopiero w ostatnich czasach. Wbrew dawnym poglądom wiadomo obecnie, że w większości przypadków sadowi się gruźlica pierwotnie nie w pęcherzu, lecz w nerce. Przybywa ona tutaj drogą krwi z innych ognisk w ustroju, najczęściej z płuc, gruczołów oskrzelowych i krezkowych. Upadło przypuszczenie, by zakażenie gruźlicą nastąpić mogło przez cewkę moczową, tak jak to bywa z tryprem. Nerka stanowi uprzywilejowane miejsce osadzania się laseczników, rzadziej zachodzi to w najądrzu. Pierwotna gruźlica pęcherza zdarza się nadzwyczaj rzadko. Gruźlicę pęcherza w 90—95 na sto przypadków poprzedza zakażenie nerki, a w pozostałych 5—10 zakażenie gruczołu krokowego lub pęcherzyków nasiennych. Usadowienia te przy niedość dokładnem badaniu pozostać mogą ukryte. Z nerki i najądrza gruźlica szerzy się zawsze w drogach moczowopłciowych w kierunku prądu wydzieliny, moczu lub nasienia, czyli że z nerki przechodzi na miedniczkę, moczowód, wreszcie pęcherz. O ile jednak pęcherz bez nerki zachorowuje rzadko, o tyle nerka bez pęcherza nader często. Oprócz najczęstszego sposobu szerzenia się gruźlicy na drodze zstępującej z nerki do pęcherza posuwa się ona niekiedy, w wyjątkowych warunkach, w kierunku odwrotnym z pęcherza ku nerce. W przeważającej większości przypadków zakażeniu pierwotnemu ulega tylko jedna nerka i pozostaje czas pewien jedynem ogniskiem gruźlicy w drogach moczowych. Jest to okoliczność zasadniczej wagi dla terapii czynnej, gdyż umożliwia ona wczesne doszczętne usunięcie pierwotnego ogniska.

Rzadko, bo tylko w 11—14 na sto przypadków, obserwowanych klinicznie, znajdowano zakażenie obu nerek. Na stole sekcyjnym spotykano to znacznie częściej. Dowód, jak bardzo spieszyć się należy z usunięciem chorej nerki, zanim ulegnie zakażeniu druga. W miarę, jak posuwa się zniszczenie nerki chorej, wskutek działania toksyn, wydalanych z ustroju przez nerkę drugą, zmniejsza się jej odporność. Ulega ona z kolei rzeczy zakażeniu swoistemu, podobnie jak nerka pierwsza, lub też rzadziej na drodze wstępującej, po uprzednim zakażeniu pęcherza. Nierozpoznana dość wcześniej i nieleczona na drodze chirurgicznej gruźlica nerki prędzej czy później sprowadza zgubę chorego; trzecia część chorych ginie w ciągu pierwszych dwóch lat, przeszło połowa — 58% — w ciągu lat pięciu od wybuchu choroby. Rzadkie przypadki samoistnego wyleczenia zapomocą t. zw. autonefrefektomii, wskutek wyłączenia chorej nerki z układu moczowego przez zarośnięcie moczowodu, stanowią tylko pozorne i chwilowe wyleczenie. Wybitnie pomyślnie wy-

niki leczenia gruźlicy nerki osiągnięto dotychczas jedynie zapomocą doszczętnego zabiegu chirurgicznego, usunięcia z ustroju całego chorego narządu, zapomocą nefrektomii. Wysoki odsetek śmiertelności po tej operacji zmalał w ostatnich czasach znakomicie, w statystykach niektórych chirurgów z kilkudziesięciu na kilka odsetków. Stało się to nietyle za sprawą udoskonalenia techniki operacyjnej, ile raczej wskutek powstania i rozwinięcia się nowych dokładnych klinicznych metod badania w urologii, takich jak cystoskopia, cewnikowanie moczowodów, pozwalające otrzymywać mocz z każdej nerki oddzielnie, oraz metod badania sprawności czynnościowej nerek. Metody te umożliwiły z jednej strony rozszerzenie wskazań operacyjnych na przypadki wczesne, z drugiej zaś formułowanie w każdym poszczególnym przypadku dokładnych i ścisłych wskazań i przeciwwskazań do operacji. Przypadki mocznicy, częściej przyczyny śmierci po dawniejszych wycięciach nerki, widuje się teraz rzadko i zdarzają się one właśnie wtedy, gdy badanie sprawności nerek jest niewykonalne. Nawet po wycięciu gruźliczej nerki w pewnej liczbie przypadków chorzy giną wskutek rozwoju gruźlicy, usadowionej poza drogami moczowemi. By ocenić, jak pomyślne wyniki daje nefrektomia, wystarcza jednakże porównać powyżej przytoczone rozpaczliwe wyniki leczenia środkami wewnętrznymi z tem co daje leczenie doszczętne. Ogólna śmiertelność po nefrektomiach wynosi 25% czyli $\frac{3}{4}$ chorych po zabiegu tym żyje jeszcze później długie lata, a nieco więcej, niż połowa, zostaje wyleczona doszczętnie.

Należy zaznaczyć, że w obronie leczenia gruźlicy nerki klimatoterapią i helioterapią oraz środkami wewnętrznymi włącznie ze swoistem leczeniem zapomocą tuberkulin i surowic odezwały się w ostatnich czasach, głównie we Francji i Belgii, bardzo stanowcze głosy. Przedstawiciele tego kierunku twierdzą, że zdołali w wielu razach osiągnąć wyleczenie, coprawda tylko kliniczne. Jak dotąd, nieledwie zawsze okazywało się to tylko złudzeniem. Wiadomo bowiem, że w przebiegu cierpienia przychodzą same przez się okresy poprawy. Naogół panuje przekonanie, że nie stwierdzono dotychczas anatomicznego wyleczenia gruźlicy nerki zapomocą środków wewnętrznych i że gruźlica nerki nie jest uleczalna na drodze dzisiejszych naszych metod zachowawczych. Istota zagadnienia dla lekarza-praktyka sprowadza się zatem do zadania, by gruźlicę moczową wcześniej rozpoznać, o ile możliwości w tym jej okresie, gdy ogranicza się ona do jednej tylko nerki. Rzadko tylko rozpoznanie to udaje się z łatwością. Czasami istotnie dolegliwości w nerce, szczególnie zaś w pęcherzu, niedwuznacznie zwracają uwagę na te narządy. Istota rzeczy, a mianowicie swoisty charakter cierpienia, i wtedy jeszcze pozostaje zagadką. Charakterystyczny jest n. p. obraz strasznych cierpień przy gruźliczym nieżyciu pęcherza, nieustanne parcia bolesne, nietolerancja pęcherza, mała jego pojemność. Pomimo to, niekiedy lekarz długo nie rozpoznaje gruźliczej przyrody takiego nieżytku i leczy go przeróżnemi płukaniami pęcherza, chociaż nie mogą one w tym razie przynieść żadnej korzyści, a nawet wywierają wprost zgubne działanie na pęcherz gruźliczy. Ujemne wyniki takiego niefortunnego leczenia powinny zatem ex nocentibus prowadzić do właściwego rozpoznania. Dodać należy, że udział pęcherza w cierpieniu nie stanowi bynajmniej naogół przeciwwskazania do nefrektomii i że przeciwnie ta operacja w większości przypadków jak najkorzystniej odbija się na pęcherzu gruźliczym. Najbardziej utajonym przebiegiem odznaczają się wczesne okresy gruźlicy nerki. Jednak i w pęcherzu gruźlica długo, w ciągu miesięcy, przebiegać może również w prawie zupełnie utajonej postaci: podejrzenia, gdy chodzi o kobiety, zwracają się wtedy zwykle w kierunku narządów rodnych. Tylko ba-

danie cystoskopem wyjaśnić może ostatecznie, o co tu chodzi. Stwierdza ono obecność gruczołków, często w okolicy ujścia jednego moczowodu, wskazując zarazem na nerkę, z której nastąpiło rozszanie.

Niedostateczne uwzględnianie całokształtu objawów gruźlicy nerki jest przyczyną większości błędów rozpoznawczych. Zdaniem Rovsinga, nie tylko lekarze-praktycy lecz nawet oddziały szpitalne, stosując się do szablonu, „gdzie białkomocz—tam zapalenie nerek”—rozpoznają mylnie wczesną gruźlicę nerki na zasadzie stwierdzonego białkomoczu, jako zapalenie nerek, a w dalszej konsekwencji, zamiast wzmacniać ustrój w walce z rozwijającą się gruźlicą, osłabiają chorego przez głodzenie i długotrwałą dyetę mleczną. W innych znowu przypadkach, gdzie mocz zawiera ropę, lekarz niekiedy, opierając się na tym jednym objawie, rozpoznaje mylnie zapalenie miedniczki nerkowej, a chory, traktowany niepotrzebnie antyseptykami moczowymi, traci bezpowrotnie czas, dopóki jest jeszcze uleczalny. Są to wszystko pożałowania godne błędy, gdy chodzi o cierpienie, w którym wczesne rozpoznanie, oraz racjonalne leczenie tak wielkie przynosi korzyści. Jak powiada Stoeckel, spóźnione rozpoznanie jest tu równie karygodne, jak spóźnione rozpoznanie przy raku macicy. Ponieważ chorzy w początkowych okresach gruźlicy nerek, wtedy, gdy są jeszcze uleczalni, dostają się zwykle w ręce lekarzy-praktyków, los chorych tych w głównej mierze zależy od tych lekarzy. W tem też znaczeniu działalność lekarza-praktyka jest równie ważna, jak późniejsza działalność urologa i chirurga. Zadanie zaś wczesnego rozpoznania bynajmniej nie jest łatwe. Ścisłe ustalenie rozpoznania i szczegółowa analiza przypadku zapomocą metod urologicznych nie wchodzi w zakres działalności lekarza-praktyka, dokładne więc powyższe metody nie mogą mu być w tym kierunku pomocne. Objawy wczesnej gruźlicy nerek nie są ani wyraźne, ani charakterystyczne. Niema objawów znamienych (patognomicznych), t. j. takich, na którychby się można było wyłącznie opierać, bo nawet stwierdzenie laseczników gruźliczych w moczu nie może być uważane za objaw taki bez zastrzeżeń. Przy rozpoznaniu pierwotnem, przy swoich, właściwie mówiąc, podejrzeniach co do gruźliczego zakażenia nerki, opierać się musi zatem lekarz-praktyk z jednej strony na uwzględnieniu całokształtu objawów, z drugiej zaś na dokładnem i sumiennem, wielokrotnem, osobistem badaniu moczu. Nawet tam, gdzie lekarz przy badaniu moczu wyręczać się może pracownią analityczną, nigdy badanie takie, robione według stałego schematu, jak słusznie podnosi Wildbolz, nie może być w dostatecznej mierze zastosowane do potrzeb danego przypadku; tembardziej jest rzeczą konieczną, by lekarz badał mocz osobiście tam, gdzie nikt go pod tym względem nie może wyręczyć.

Należy mi wreszcie powiedzieć słów kilka o objawach gruźlicy nerek, o jej symptomatologii. Długo trwający dobry stan ogólny osobnika, jego wygląkanie i brak spadku wagi ciała nie powinny łudzić lekarza, tak jak łudzą chorego i jego otoczenie. Wahania ciepłoty ciała, wykazujące niekiedy krzywe nieprawidłowe, rzadziej podgorączkowe wieczorowe przyrosty, oraz nagłe wzniesienia, nabierają szczególnego znaczenia w zestawieniu z wynikami badania moczu, n. p. gdy wznosi się ciepłota, a jednocześnie znika ropomocz, co zwykle wskazuje na zatkanie moczowodu. Gorączka zależy przeważnie od zakażenia mieszanego, n. p. przy nieżycie pęcherza i jego owrzodzeniach; we wczesnych okresach zamkniętej gruźlicy nerek—należy to zapamiętać—w wielu razach nie bywa zupełnie gorączki. Wcześniej występują objawy ze strony pęcherza oraz bóle w chorej nerce. Pierwsze polegają na zaburzeniach w oddawaniu moczu: wzmagą się częstość parć, zwraca uwagę potrzeba

kilkakrotnego oddawania moczu w nocy. Parcia występują gwałtownie; o ile nie są zaspokojone przez oddanie moczu, powstają bolesne kurcze pęcherza. W ostatnich czasach opisywano w licznych przypadkach nietrzymanie moczu we śnie. Objaw ten, jako jeden z najwcześniejszych przedmiotowych, posiada istotnie znaczenie rozpoznawcze. Bóle w nerce bywają dwojakie, albo tępe w lędźwiach o typie neuralgicznych, albo ostre o charakterze kolki, rozpromieniające się w kierunku pęcherza i narządów płciowych zewnętrznych.

Bóle te zależą od zatkania moczowodu. Obmacywanie nerki chorej nie daje często żadnych danych. Może ona być macalna i pozornie powiększona, gdy zatrzymuje się mocz lub ropa w miedniczce lub jamach gruzliczych w nerce. Rozwijające się zrosty nerki z otoczeniem wywoływać mogą przy obmacywaniu złudzenie nerki powiększonej, tam gdzie jest ona istotnie mała i zserowaciała. Chociaż istnieje zwykle pewna wrażliwość nerki na ucisk, wywołujący niekiedy prócz tego bolesne parcie na mocz i wzmożone napięcie mięśni brzucha ze strony chorej wszystkie jednakże te dane, zdobyte zapomocą obmacywania, mają bardzo względną wartość rozpoznawczą. Tembardziej, iż pamiętać należy, że zdrowa nerka po drugiej stronie, o ile jest wyrównawczo przerosła, dawać może zupełnie podobne objawy. Prawie stale spotykanym objawem jest toksyczny białkomocz nerki drugiej. Znika on wraz z wycięciem nerki chorej i nie stanowi bynajmniej przeciwwskazania do operacji. Obmacywanie gruzliczego moczowodu, wrażliwego na ucisk, szczególnie przez pochwę u kobiet, dopomaga niekiedy przy rozpoznaniu.

Najważniejsze i najpewniejsze oznaki gruzlicy nerki zdobywa się jednak dopiero przez badanie moczu. Gruzlicza nerka we wczesnych okresach choroby wydziela zwykle przez długi czas niewielkie ilości białka i białkomocz taki, występujący bez określonej przyczyny, szczególnie u dzieci, powinien zawsze budzić podejrzenia w kierunku gruzlicy. Niekiedy białkomoczowi temu towarzyszy powiększenie dobowej ilości moczu. Stopniowo pojawia się w moczu drugi składnik patologiczny, ropa, i w miarę, jak posuwa się sprawa zniszczenia nerki, ilość jej wzrasta stopniowo. Trzeci składnik, krew, występuje zwykle w ilości nieznacznej, dostępnej jedynie dla badania drobnowidowego, chociaż zdarzają się także krwotoki obfitsze, przedzielone znacznymi odstępami czasu i w których nie bez słuszności upatrywano pewne analogie z krwotokami w gruzlicy płucnej. Stwierdzenie w moczu obecności laseczników gruzliczych najpewniej rozstrzyga rozpoznanie. Wbrew temu, co głoszą o trudności znalezienia ich w tym razie podręczniki, wszyscy badacze, którzy się tem zajmowali, z Rovsingiem i Widbolzem na czele, stwierdzają, że znaleźć je jest łatwo i że udaje się to w 80—90 na sto przypadków. Jednakże obecność ich nie bywa bynajmniej stała i poszczególne porcje moczu zawierają bardzo zmienianą ich ilość. Dalej nie jest rzeczą wykluczoną, by z moczem nerki niegruzliczej, uszkodzonej tylko przez toksyny, w pewnych wyjątkowych chwilach nie mogły wydzielać się laseczniki gruzlicze u osobników, dotkniętych ciężką gruzlicą innych narządów. Zastrzeżenie to ma jednak więcej teoretyczne, aniżeli praktyczne znaczenie. Najważniejszy zarzut stanowi możliwość pomieszania laseczników gruzliczych z niezmiernie do nich podobnymi lasecznikami mastki (*bacillus smegmae*). Nawet w moczu wziętym zapomocą cewnika znaleźć się mogą te laseczniki, wędrujące u wylotu cewki męczyzny i kobiety. Jedyne kryterjum pewne stanowi wynik szczepienia na zwierzętach i badanie to musi być zrobione, gdy chodzi o ostateczne rozstrzygnięcie sprawy przed wycięciem nerki. Dla lekarza-praktyka kłopotliwe te badania są jednakże w pewnym stopniu zbędne. Jeżeli bowiem

kilkakrotnego oddawania moczu w nocy. Parcia występują gwałtownie; o ile nie są zaspokojone przez oddanie moczu, powstają bolesne kurcze pęcherza. W ostatnich czasach opisywano w licznych przypadkach nietrzymanie moczu we śnie. Objaw ten, jako jeden z najwcześniejszych przedmiotowych, posiada istotnie znaczenie rozpoznawcze. Bóle w nerce bywają dwojakie, albo tępe w lędźwiach o typie neuralgicznych, albo ostre o charakterze kolki, rozpromieniające się w kierunku pęcherza i narządów płciowych zewnętrznych.

Bóle te zależą od zatkania moczowodu. Obmacywanie nerki chorej nie daje często żadnych danych. Może ona być macalna i pozornie powiększona, gdy zatrzymuje się mocz lub ropa w miedniczce lub jamach gruzliczych w nerce. Rozwijające się zrosty nerki z otoczeniem wywołują mogą przy obmacywaniu złudzenie nerki powiększonej, tam gdzie jest ona istotnie mała i zserowaciała. Chociaż istnieje zwykle pewna wrażliwość nerki na ucisk, wywołujący niekiedy prócz tego bolesne parcie na mocz i wzmożone napięcie mięśni brzucha ze strony chorej wszystkie jednakże te dane, zdobyte zapomocą obmacywania, mają bardzo względną wartość rozpoznawczą. Tembardziej, iż pamiętać należy, że zdrowa nerka po drugiej stronie, o ile jest wyrównawczo przerosła, dawać może zupełnie podobne objawy. Prawie stale spotykanym objawem jest toksyczny białkomocz nerki drugiej. Znika on wraz z wycięciem nerki chorej i nie stanowi bynajmniej przeciwwskazania do operacji. Obmacywanie gruzliczego moczowodu, wrażliwego na ucisk, szczególnie przez pochwę u kobiet, dopomaga niekiedy przy rozpoznaniu.

Najważniejsze i najpewniejsze oznaki gruzlicy nerki zdobywa się jednak dopiero przez badanie moczu. Gruzlicza nerka we wczesnych okresach choroby wydziela zwykle przez długi czas niewielkie ilości białka i białkomocz taki, występujący bez określonej przyczyny, szczególnie u dzieci, powinien zawsze budzić podejrzenia w kierunku gruzlicy. Niekiedy białkomoczowi temu towarzyszy powiększenie dobowej ilości moczu. Stopniowo pojawia się w moczu drugi składnik patologiczny, ropa, i w miarę, jak posuwa się sprawa zniszczenia nerki, ilość jej wzrasta stopniowo. Trzeci składnik, krew, występuje zwykle w ilości nieznacznej, dostępnej jedynie dla badania drobnowidowego, chociaż zdarzają się także krwotoki obfitsze, przedzielone znacznymi odstępami czasu i w których nie bez słuszności upatrywano pewne analogie z krwotokami w gruzlicy płucnej. Stwierdzenie w moczu obecności laseczników gruzliczych najpewniej rozstrzyga rozpoznanie. Wbrew temu, co głoszą o trudności znalezienia ich w tym razie podręczniki, wszyscy badacze, którzy się tem zajmowali, z Rovsingiem i Widbolzem na czele, stwierdzają, że znaleźć je jest łatwo i że udaje się to w 80—90 na sto przypadków. Jednakże obecność ich nie bywa bynajmniej stała i poszczególne porcje moczu zawierają bardzo zmienną ich ilość. Dalej nie jest rzeczą wykluczoną, by z moczem nerki niegruzliczej, uszkodzonej tylko przez toksyny, w pewnych wyjątkowych chwilach nie mogły wydzielać się laseczniki gruzlicze u osobników, dotkniętych ciężką gruzlicą innych narządów. Zastrzeżenie to ma jednak więcej teoretyczne, aniżeli praktyczne znaczenie. Najważniejszy zarzut stanowi możliwość pomieszania laseczników gruzliczych z niezmiernie do nich podobnymi lasecznikami mastki (*bacillus smegmae*). Nawet w moczu wziętym zapomocą cewnika znaleźć się mogą te laseczniki, wędrujące u wylotu cewki męczyzny i kobiety. Jedyne kryterjum pewne stanowi wynik szczepienia na zwierzętach i badanie to musi być zrobione, gdy chodzi o ostateczne rozstrzygnięcie sprawy przed wycięciem nerki. Dla lekarza-praktyka kłopotliwe te badania są jednakże w pewnym stopniu zbędne. Jeżeli bowiem

w zwykłym preparacie barwionym znajduje on ropę bez jakichkolwiek mikrobów, to wynik ten ze znacznym stopniem prawdopodobieństwa upoważnić go może do rozpoznania gruźlicy dróg moczowych.

Nadużyłem cierpliwości Sz. Panów w pierwszej części mego przemówienia o gruźlicy nerki, chcę być możliwie zwięzłym i treściwym w tem, co teraz z kolei rzeczy powiedzieć mam o zapaleniu miedniczki nerkowej. Chociaż pod względem grozy i powagi rokowania nie może cierpienie to równać się z poprzedniem—rzadko stosunkowo kończy się bowiem zejściem śmiertelnem z powodu zakażenia ogólnego lub udziału nerki w zakażeniu—to jednak ma ono dla lekarza-praktyka znaczenie doniosłe, jest dlań bardziej może nawet, że tak powiem, aktualne. Przedewszystkiem dlatego, że jest ono częstsze, dalej, że bywa wielokrotnie rozpoznawane niewłaściwie, wreszcie, że rozpoznanie jest tu naogół łatwiejsze i prostsze, aniżeli przy gruźlicy nerki. Cystoskopia, cewnikowanie moczowodów, pyelografia, czyli prześwietlanie miedniczki dla poznania stosunków zachodzących przy jej rozszerzeniu, i tutaj umożliwiły dopiero ścisłość i precyzję badania, wyjaśniły wiele szczegółów, niedostępnych na innej drodze, wreszcie sprowadziły przewrót w leczeniu, szczególnej przewlekłych postaci, powikłanych zastojem moczu i ropy w miedniczce. Pomijając te metody, obchodzące raczej specjalistę urologa, stwierdzić należy, że gdy chodzi o cierpienie w ostrej postaci i obostrzenia postaci przewlekłej, lekarz-praktyk ma wdzięczne do działania pole: zapomocą prostych środków może on i powinien cierpienie właściwie rozpoznawać oraz odpowiednio leczyć, przeważnie z doskonałym skutkiem bezpośrednim,—gorszym nieco pod względem wyleczenia doszczętnego.

Co sprawia, że rozpoznanie dotychczas tak często się nie udaje? Dwie są tego, jak się zdaje przyczyny. Przedewszystkiem o zapaleniu miedniczki nerkowej, jako o samoistnej postaci zakażenia górnego odcinka dróg moczowych, niedostatecznie się dotychczas przy łóżku chorego pamięta i w poszczególnym przypadku nie uwzględnia się możliwości tego cierpienia; po drugie, co najważniejsza, w wielu razach nie bada się zupełnie moczu chorych, chociaż wyniki tego badania mają tu znaczenie rozstrzygające i same przez się mogą sprawę wyjaśnić.

Mówiąc o zapaleniu miedniczki nerkowej, mam na względzie tylko te jego postaci, które występują bądź pierwotnie, bądź rozwijają się w ciąży i połogu, bądź wreszcie stanowią przerzuty z innych ognisk zakaźnych w ustroju, pomijam zaś te, które przyłączają się n. p. do zakażenia pęcherza moczowego w późnych okresach przerostu gruczołu krokowego, przy kamieniach w pęcherzu lub cierpieniach rdzenia. Takie wtórne zapalenia miedniczki, jako powikłania cierpienia zasadniczego przez rozszerzanie się jego drogą wstępującą ku nerce, znane były oddawna i mają odrębny charakter. Zdobyczą natomiast nowszych czasów jest ustalenie postaci zapalenia miedniczki nerkowej jako samoistnego, bądź ostrego, bądź nawrotowego zakażenia górnych dróg moczowych. Wiadomości o tej chorobie zakaźnej zawdzięczamy głównie pedyatrom i ginekologom, a to dlatego, że cierpienie pojawia się najczęściej z jednej strony u dzieci w pierwszych latach, a nawet miesiącach ich życia, z drugiej zaś strony u kobiet w krytycznych okresach ich życia płciowego, przedewszystkiem w ciąży, dalej, jak dowodzą nasze spostrzeżenia, po defloracji, lub, jak twierdzą niektórzy, po stosunku płciowym, oraz w związku z miesiączkowaniem. Przypuszczano do niedawna, że na zapalenie miedniczki nerkowej chorują nieledwie wyłącznie dziewczynki oraz kobiety, stwierdzono jednakże obecnie, że zapadają na

nie także chłopcy i mężczyźni, jakkolwiek nierównie rzadziej. Wygłoszone zostało przypuszczenie, i ma ono licznych zwolenników, że zapalenie miedniczki u kobiety ciężarnej, występujące pod postacią napadową ostrej choroby gorączkowej, jest nawrotem, obostrzeniem tegoż samego cierpienia, przebytego w pierwszym roku życia przed dziesiątkami lat i powtarzającego się niekiedy w różnych odstępach czasu, a nawet i tlejącego jak iskra w popiele w stanie utajonym przez tak długie okresy aż do owej chwili krytycznej. Teoria taka, bez względu na jej prawdziwość, najlepiej chyba uwidoczniła, jak bardzo cierpienie może mieć charakter przewlekły i w pewnych okresach swego przebiegu ukryty. Na tle tego utajonego przebiegu zjawiają się ostre napady gorączkowe, mające wszystkie cechy mniej lub więcej ciężkiego zakażenia ogólnego. Ostro napad rozpoczyna się zwykle w najbardziej typowych przypadkach od silnego dreszczu i wysokiej gorączki do 40° i wyżej. Towarzyszą jej zwykle objawy—suchy język, wzmożone pragnienie, bóle głowy, stawów i krzyża, niekiedy wymioty. W połowie przypadków ułatwiają rozpoznanie skargi na ból w jednej łądźwi, najczęściej prawej i bolesność w okolicy nerki przy obmacywaniu, wyczuwa się tu również niekiedy chorą miedniczkę w kształcie napiętego guza. Zasadniczą wagę dla rozpoznania ma wynik badania moczu drobnowidowo i bakteryologicznie. Mocz, wzięty jałowo z pęcherza, zawiera subtelną męć, zależny od mikrobów, i wypadający na dnie naczynia osad, złożony z ropy. W ciężkich przypadkach ilość ropy jest tak wielka, że wykrywa ją gołe oko; bywa wtedy zwykle i przymieszka krwi. Odczyn moczu jest przeważnie, jednakże nie wyłącznie, kwaśny. Gdy wydzielają się znaczne ilości lesecznika okrężnicy, mocz posiada typowy ostry zapach, który pamięta każdy, kto raz nań zwróci uwagę. O ile w zakażeniu nie uczestniczy nerka, nie bywa znacznych ilości białka, oraz wałeczków nerkowych, zwykle próba na białko wypada jednakże dodatnio. Mikroskop wykrywa ciała ropne, czerwone ciała krwi, nabłonki i w wielkiej ilości mikroby, przeważnie krótkie laseczniki (*bacterium coli*), niekiedy i inne, w tej liczbie gronkowce i paciorkowce. Stan taki wraz z powtarzającymi się dreszczami i trzymającą się na wysokich stopniach ciepłotą trwa zwykle 8—14 dni, niekiedy znacznie dłużej, częściej zaś jeszcze po spadku ciepłoty w różnych, bądź prawidłowych, bądź nieprawidłowych odstępach czasu, powtarzają się okresowo napady podobne, zwykle słabsze pod względem natężenia i zależne wielokrotnie od przeniesienia się zakażenia na miedniczkę po stronie drugiej, dopóki sprawa nie przejdzie w stan przewlekły i utajony lub całkiem się nie wyrówna. Przerwę pomiędzy jednym a drugim napadem, po stopniowym zniknięciu z moczu nabłonek, potem ropy, cechuje wydzielanie się przez długi czas znacznych ilości bakterji, t. zw. bakterjurja, a ponieważ w 81 na sto przypadków zapalenie miedniczki nerkowej zależy od zakażenia lasecznikiem okrężnicy, więc wydzielają się przytem w szczególności wielkie ilości tego lasecznika.

Jakimi drogami dostaje się ten stały mieszkaniec kiszec do miedniczki nerkowej? Niepodobna tutaj wchodzić w szczegóły dawno trwającego sporu, czy dzieje się to drogą wstępującą, wskutek pierwotnego zakażenia dolnych dróg moczowych przez cewkę, czy też na drodze zstępującej, t. j. ze strony krwi i wydzielania się lasecznika przez nerkę. Spór ten nie jest dotychczas rozstrzygnięty bezwzględnie na korzyść żadnego z powyższych dwóch sposobów. W ostatnich czasach ustala się jednak coraz bardziej przekonanie, że sposobem zakażenia wyłącznie przez drogi moczowe niepodobna objaśnić wielu stwierdzonych faktów. Kto, jak ja, miał sposobność przekonać się osobiście o stałej nieledwie obecności lasecznika okrę-

żnicy w narządach chłonnych kręzkowych, ten dla objaśnienia, w jaki sposób dostaje się on z kiszki do nerki, nie będzie odwoływać się do stwierdzonego w ostatnich czasach i bardzo głośnego wśród autorów niemieckich połączenia zapomocą naczyń chłonnych kiszki grubej z nerką prawą, a raczej jej otoczką, oraz mniej pewnego i wyraźnego z lewą. Połączenia te tak się mają do naczyń chłonnych kręzkowych i przewodu piersiowego, jak drobne drogi podjazdowe do torów bezpośredniej komunikacji. Że transport lasecznika okrężnicy odbywa się po wielkich drogach fizyologicznej resorpcji, nie zaś po owych drogach ubocznych, jest dla mnie sprawą niewątpliwą.

Jako główny czynnik usposabiający do zadomowienia się zakażenia w miedniczce nerkowej wymieniłem należy zastój moczu, wywołany przez te lub inne przyczyny, zwiężające światło moczowodu i upośledzające jego czynność doraźnego opróżniania miedniczki. W ciąży n. p., prócz innych czynników dodatkowych, gra główną rolę ucisk, wywierany przez powiększoną macicę na moczowód.

Sprawę leczenia ostrego zapalenia miedniczki nerkowej załatwić mogę w trzech słowach, i to bynajmniej nie w przenośni. Jeden z klinicystów wyraża się lapidarnie, iż wystarczają tu naogół łożko i woda, czyli spokój i wzmożone wydzielanie moczu. Do dwóch powyższych dodać wypada na trzecim miejscu działanie antyseptyków moczowych, a więc salolu i urotropiny, oraz całego szeregu środków od niej pochodnych—borowertyny, cystopuryny, helmitolu, heksalu, myrmalidu i t. p. Działanie środków tych w ostrym napadzie przynosi znaczne korzyści, niestety nie można tego samego powiedzieć, gdy sprawa przechodzi w postać przewlekłą. Wtedy zjawiają się wskazania do cewnikowania moczowodów oraz płukania miedniczek, co jednakże tutaj pominąć mi wolno. Gdy powodem wędrowki prątki okrężnicy do dróg moczowych są zaburzenia kiszkowe, pożądane jest zwrócenie uwagi na to pierwotne źródło zakażenia, uregulowanie diety, środki czyszczące, powstrzymujące rozwój flory kiszkowej i t. p.

Na zakończenie chciałbym tylko jeszcze wyliczyć te wszystkie błędy rozpoznawcze, których unikać należy, rozpoznając zapalenie miedniczki nerkowej. Różniczkowanie z nieżytem pęcherza, gdy chodzi o postać przewlekłą, bez pomocy cystoskopii przedstawiać może znaczne trudności: objawy zapalenia miedniczki mogą być przytem zamaskowane przez objawy nieżyty pęcherza. Obowiązuje tu zasada, że nieżyt pęcherza, leczony bezskutecznie w ciągu trzech tygodni miejscowo i ogólnie, o ile nie jest zależny od kamienia, gruźlicy lub przetoki pęcherzowo-pochwowej, podtrzymywany jest przez jednoczesne zapalenie miedniczki. Najczęściej mieszano zapalenie miedniczki z zapaleniem wyrostka robaczkowego. Quervain twierdzi, że dzieje się to w 5 na sto przypadków operowanych, inni, jak Hausmann, podnoszą tę cyfrę do 10⁰%, czyli, że zdaniem tego autora co dziesiąty wycięty wyrostek robaczkowy jest wyrostkiem zdrowym, operowanym z powodu nierozpoznanego zapalenia miedniczki. W razach wątpliwych, oprócz dokładnego badania moczu, co jest najważniejsze, nie należy ograniczać się nigdy do obmacywania brzucha wyłącznie od przodu, jak się to dzieje powszechnie, lecz sięgać również do tyłu, w okolicę lędźwiową, do miedniczki. Kończę na wyliczeniu tych wszystkich chorób, które mylnie rozpoznawano zamiast zapalenia miedniczki. Rozpoznawano więc: dur brzuszny, zapalenie otrzewnej, kamieć żółciową, choroby żołądka i jelit, zapalenie opłucnej, zapalenie płuc centralne, gorączkę popołogową, gościec, dur powrotny, zimnicę, rwę nerwu kulszowego, histerję, neurastenię, u dzieci zaś prócz tego zapalenie opon mózgowodzeniowych i zapalenie istoty szarej rdzenia. Wre-

szcie u niemowląt rozpoznawano niekiedy zapalenie ucha środkowego i wykonywano wielokrotnie, przytaczam to za Finkelsteinem, przekłucie błony bębenkowej przy zapaleniu miedniczki nerkowej. Gdy chodzi o niemowlęta, trudności zebrania materiału do badania tłumaczyć mogą do pewnego stopnia przytoczone błędy rozpoznania, u ludzi dorosłych niema powyższej „okoliczności łagodzącej”.

Dyskusję odłożono na koniec posiedzenia, poczem Cz. Czerwiński (z Lublina) zakończył cykl prac na temat główny odczytem. p. t.: **Postępy w rozpoznawaniu i leczeniu spraw gorączkowych o pochodzeniu ukrytem w zakresie cierpień narządów rodnych kobiecych.**

Narządy rodne kobiece tak łatwo są dostępne naszemu badaniu, a przyczyny powstawania spraw gorączkowych w sferze tych narządów są dziś tak szeroko wyjaśnione, że w ścisłym tego słowa znaczeniu mowy tu być nie może o t. zw. „kryptogenetyzmie”.

Pomijając sprawy zapalne sromu, pochwy i macicy, które same przez się ujawniają się całym szeregiem bardzo wyraźnych objawów przedmiotowych i podmiotowych, zatrzymamy dłużej naszą uwagę na cierpieniach bardziej ukrytych narządów, jak jajniki i jajowody, których przy wyjaśnieniu przyczyn gorączki w ustroju kobiecym pominąć nie możemy, chociażby dlatego, że skargi chorej skierowują naszą uwagę na właściwą drogę. Wtedy od sprawności lekarza w badaniu całkowicie zależeć będzie, czy pochodzenie sprawy gorączkowej ma pozostać „ukrytem”, czy też rozpoznanie stanu chorobowego przydatków macicy ma stanowczo ustalić, że tu jest przyczyna gorączki. Tam, gdzie dokładność w określeniu choroby zależy tylko od osobistych zalet lekarza, do jakich należy sprawność w badaniu ginekologicznym, tam nie może być mowy o postępach w rozpoznawaniu; jeżeli jednak zważymy, że nie wystarcza dziś powiedzieć, że „jajnik jest powiększony, a jajowód zgrubiał”, że dzisiejszy stan nauki lekarskiej wymaga od nas zarówno określenia samej istoty cierpienia, jak i tła, na którym ono powstało, to wtedy będzie jasnym, że w zakresie chorób kobiecych tylko sprawy zapalne w przydatkach macicy mogą być zaliczone do rzędu gorączek o pochodzeniu ukrytem, a udoskonalenie starych i wynalezienie nowych sposobów różniczkowania rozmaitych postaci tych spraw zapalnych będzie postępem w ich rozpoznawaniu, a co za tem idzie i leczeniu.

Etyologicznie sprawy zapalne przydatków macicy dadzą się podzielić na trzy działy:

- a) zakażenie wywołane drobnoustrojami ropotwórczymi (paciorkowcami i gronkowcami),
- b) rozliczne postacie gruźlicy i
- c) zakażenia wywołane dwóinkami Neissera—wiewiór.

W rozpoznawaniu dwu pierwszych postaci nauka ostatnich lat zrobiła stosunkowo niewielkie postępy, ustalwszy jedynie, że zakażenia drobnoustrojami ropotwórczymi zdarzają się prawie wyłącznie w okresie poporodowym i poporodowym, a gruźlicze powstają wtórnie w narządach rodnych kobiecych drogą naczyń krwionośnych z pierwotnego ogniska najczęściej w płucach, lub w przewodzie pokarmowym; a więc: pierwsza postać da się ustalić z wielkim prawdopodobieństwem na zasadzie wywiadów (odbycie gorączkowego okresu poporodowego), a druga przez stwierdzenie obecności ogniska gruźliczego w innych narządach, niekiedy przez stwierdzenie płynu wolnego w jamie brzusznej, czasem ze współistnieniem

objawów przewlekłego zapalenia otrzewnej; wogóle jednak pewne rozpoznanie gruźlicy jajowodów, jak dotąd, należy do najtrudniejszych zadań, jakie klinika stawia lekarzowi.

Najczęściej spotykana postać—wiewiór jajowodu (lub jajowodów)—z łatwością daje się rozpoznać, o ile równocześnie istnieją objawy wiewióra innych części narządu rodnego. O ile jednak chora zgłasza się do lekarza w okresie, kiedy te objawy już znikły, lub, jak to niekiedy bywa, o ile drobnoustroje, nie osiedlając się po drodze na błonie śluzowej kanału rodnego, przeniknęły do jajowodu, o tyle rozpoznanie różniczkowe staje się niepewnym. Chełboczący guz przydatków macicy może w tym przypadku dać powód do rozpoznania ciąży jajowodowej; to zmusiłoby lekarza do wysnucia wskazań do natychmiastowego zabiegu operacyjnego, co, jak to później wykaże, niepotrzebnie narazić by mogło życie chorej na niebezpieczeństwo.

W takich przypadkach zastosowanie w celach rozpoznawczych szczepionki (wakcyny) wiewiórowej może niekiedy istotę guza wyjaśnić.

Po nieudanych próbach z różnorodnymi surowicami, dzięki badaniom Wrighta w ostatnich latach rozpoczęto energiczną pracę nad klinicznym wyjaśnieniem zjawisk t. zw. czynnego uodpornienia ustroju t. j. stosowaniem szczepionek, otrzymanych z czystych hodowli drobnoustrojów (w przeciwieństwie do surowic, otrzymywanych z krwi zwierząt uodpornionych). Nie tu miejsce na rozpatrywanie teoretycznych podstaw nauki o tem t. zw. czynnym uodpornieniu w chorobach zakaźnych wogóle; nas w danym razie interesuje tylko fakt, że szczepionka, otrzymana przez Brucka z czystych chodowli dwoinek Neissera (a wyrabiana przez firmę Scheringa i sprzedawana pod nazwą arthigonu), ma znaczenie praktyczne przy rozpoznawaniu i leczeniu ukrytego wiewióra.

Mniej więcej w dobę po wstrzyknięciu 0,5 cm³ arthigonu chorej na wiewiórowe zapalenie jajowodu zjawia się w miejscu wstrzyknięcia zaczerwienienie i lekkie obrzmienie skóry, ciepłota podnosi się o 1/2—1 stopnia, występują zaburzenia w stanie ogólnym, a zarazem zjawia się wyraźny odczyn w postaci bólu w samym ognisku choroby. Taksamo określa działanie swojej szczepionki drugi badacz — Reiter, podkreślając tylko, że zaczyna wstrzykiwania od bardzo małych dawek i powtarza je dopiero po upływie 5 dni.

W ostatnich czasach w specjalnem piśmiennictwie zjawilo się bardzo wiele prac, które miały na celu sprawdzenie zarówno rozpoznawczych, jak i leczniczych własności szczepionek wiewiórowych. Ogólne wnioski w tym względzie dadzą się streścić w sposób następujący:

1) szczepionki wiewiórowe nie mają żadnego swoistego działania w przypadkach zachorowań cewki moczowej, szyjki macicznej i samej macicy, wywołują natomiast w większości przypadków wyraźny odczyn tam, gdzie istnieje zamknięte ognisko, a więc w ropniakach jajowodów.

2) odczyny w miejscu wstrzyknięcia szczepionki i w ognisku chorobowem nie mogą być uznane za bezwzględnie znamienne przy rozpoznawaniu ukrytego wiewióra, natomiast charakterystyczne jest podniesienie się ciepłoty ciała wyżej 38° C.

W przypadkach trudnych pod względem rozpoznawczym, a więc tam, gdzie przy nieznacznych bólach i krwawieniu bez podniesienia ciepłoty wyczuwamy elastyczny guz w przydatkach macicy, należy chorej wstrzyknąć 1 cm³ arhigonu (który

daje wyraźniejszy odczyn, niż szczepionka Reitera) podskórnie lub śródmięśniowo; jeżeli w przeciągu doby po takim wstrzyknięciu ciepłota ciała podniesie się wyżej 38° C., zjawi się ogólne niedomaganie, bóle krzyża głowy i wymioty, jeżeli przytem zwiększy się bolesność w ognisku chorobowym, to wszystko to, razem wzięte, przemawiać będzie za względnie świeżą sprawą wiewiórową w jajowodzie; stare ropniaki dają słabszy odczyn lub też wcale go nie dają.

Jakkolwiek próba powyższa nie jest bezwzględnie pewna, wzbogaciła ona jednak arsenał naszych środków rozpoznawczych, a ponieważ da się łatwo wykonać i nie wywiera żadnego ubocznego ujemnego wpływu na ustrój chorej, zasługuje przeto na rozpowszechnienie.

Ropienie w jajowodach, bez względu na jego pochodzenie, jak zresztą wogóle obecność ropy w tym lub innym narządzie wewnętrznym, ujawnia się nie tylko podniesieniem ciepłoty, ale niekiedy całym szeregiem objawów ropniczych, z których najwięcej może znamienne są bóle w stawach i torebkach ścięgniętych. Jeżeli lekarz w każdym przypadku tego rodzaju nie zaniedba dokładnego zbadania przydatków macicy, uniknie nieraz poważnej pomyłki w rozpoznawaniu istoty cierpienia; wyjaśnwszy, że ma przed sobą nie gościec stawowy, ale ropienie w małej miednicy, nie narazi chorej na wielotygodniowe leczenie środkami wewnętrznymi, lecz niezwłocznie skieruje ją do specjalisty chirurga.

Badanie przydatków macicy powinno też obowiązywać każdego lekarza-praktyka w przypadkach wątpliwego rozpoznania zapaleń wyrostka robaczkowego u kobiet, narząd ten bowiem tak blisko sąsiaduje z prawym jajowodem, że nieraz tylko zbadanie narządów rodnych kobiety mogło ustalić rozpoznanie pęknięcia ciąży jajowodowej tam, gdzie wszystkie objawy kliniczne przemawiały za przedziurawieniem wyrostka.

Przechodząc do omówienia postępów w leczeniu spraw gorączkowych o ukrytym pochodzeniu w sferze narządów rodnych kobiety, znów mówić wypada tylko o leczeniu spraw ropnych w jamie małej miednicy. Postęp w leczeniu tych spraw, jaki objawia się coraz bardziej, ogólnikowo daje się określić dość paradoksalnie; zwolennicy zachowawczego leczenia przydatków macicy są postępowcami w dziedzinie chirurgii ginekologicznej, drogą bowiem doświadczenia klinicznego, zdobytego na olbrzymiej ilości operowanych w ostatnich latach przypadków, doszli oni do jedynie słusznego wniosku, że t. zw. doszczętny zabieg chirurgiczny należy w danym razie uważać za ostateczny środek, który młodą kobietę, bo o takie przecież najczęściej tu idzie, pozbawia narządów, niezbędnych dla utrzymania cielesnej i duchowej równowagi w ustroju, środek, który niezawsze zabezpiecza ustrój od nawrotów cierpienia, jak to bywa przy wiewiórze, naraża natomiast na nowe ciężkie dolegliwości, jak to widzimy niekiedy w gruźlicy, kiedy po usunięciu chorego jajowodu pozostaje nigdy nie gojąca się, a wyniszczająca ustrój, przetoka jelitowa.

Nie od rzeczy więc będzie przypomnieć tu w krótkich słowach główne zasady zachowawczego leczenia spraw zapalnych w jamie małej miednicy.

W ostrym okresie choroby nasze leczenie sprowadza się do leżenia w łóżku, pęcherza z lodem lub później okładu rozgrzewającego na dolną okolicę brzucha, lekkiej a pożywnej diety, regulowania czynności jelit i objawowego stosowania środków wewnętrznych, unikając zbytecznego przeładowywania ustroju narkotykami. Tutaj nie można zbyt silnie podkreślić, jak szkodliwe jest niestety tak częste stosowanie w tym okresie miejscowego leczenia w postaci wystrzykiwań, gałek i tampo-

nów pochwowych i t. p., nie mówiąc już o wprost karygodnych wyskrobywaniach jamy macicy i przemywaniach wewnątrzmacicznych w celu zatrzymania krwotoku, zabiegach, które bywają nieraz bezpośrednią przyczyną ogólnego zapalenia otrzewnej. Wszelkie miejscowe zabiegi możemy polecić chorej dopiero wtedy, kiedy ostry okres zapalny zakończył się całkowicie, t. j. nie wcześniej, niż w 10—14 dni od ostatniego podniesienia się ciepłoty, lub kiedy choroba przechodzi w stan przewlekły. Wtedy dopiero różnorodne kąpiele całkowite i nasiadowe, gorące przestrykiwania, tampony, leczenie gorącym powietrzem i t. p. metody leczenia mogą dodatnio wpłynąć na zmniejszenie się, ewentualnie zupełnie zniknięcie ogniska zapalnego. Jeżeli jako ostateczny wynik takiego leczenia pozostaną zgrubienia tkanek i zrosty z sąsiednimi narządami, to umiejętnie przeprowadzone leczenie miesieniem ginekologicznem daje zupełne wyzdrowienie (w przypadkach zapalenia wiewiórowego z miesieniem należy się wstrzymać jak można najdłużej).

Cały ten spis klasycznych środków leczenia zachowawczego w ostatnich czasach wzbogacony został co do ropniaków pochodzenia wiewiórowego—a te są najczęstsze—wprowadzeniem w użycie szczepionek, o których wyżej była mowa. Stosowane przy wykształconych już ale bezgorączkowych ropniakach jajowodów, dają te szczepionki niekiedy bardzo szybkie polepszenie objawów podmiotowych a we względnie świeżych przypadkach nawet zupełne wyzdrowienie. Dlatego też pozwolę sobie opisać sposób stosowania jednego gatunku tych szczepionek, a mianowicie arthigonu, sposób polecony przez samego twórcę tej szczepionki — Brucka, a sprawdzony w wielu przypadkach przez Frommego, Collmanna i wielu innych klinicyстів. Wstrzykują oni śródmięśniowo w okolicę pośladkową 0,5 cm³ arthigonu. Jeżeli w przeciągu doby po wstrzyknięciu ciepłota podnosi się do 38^o i wyżej, to po 4—5 dniach powtarzają także wstrzyknięcie; jeżeli po pierwszym wstrzyknięciu nie było podniesienia ciepłoty, to przy drugim wstrzyknięciu dawkę należy zwiększyć do 1 cm³. W ten sposób stopniowo przechodzi się do dawki 1,5 i 2 cm³, powtarzając wstrzyknięcia co 4—5 dni. Dawek wyższych nad 2 cm³ nie stosowano, a ogólna ilość wstrzykniętego płynu wahała się w każdym poszczególnym przypadku między 5 — 7 cm³. Wszystkie przypadki leczono wyłącznie tylko szczepionką, dlatego też słusznie przypuszczają sprawozdawcy, że wyniki takiego leczenia będą znacznie lepsze, jeżeli równocześnie z wstrzykiwaniami arthigonu zastosujemy i cały szereg innych środków leczniczych. W roku bieżącym zaczęto próby z śródżylnymi wstrzykiwaniami szczepionek, naturalnie w znacznie mniejszych dawkach, okazało się jednak, że o ile w celach rozpoznawczych ten sposób zastosowania szczepionki daje odczyny wyraźniejsze, o tyle w znaczeniu leczniczem nie stanowi on postępu w porównaniu ze wstrzykiwaniami śródmięśniowymi. Jeżeli jednak leczenie zachowawcze, stosowane nieraz przez długie miesiące,—a w razie potrzeby i przez lata—, nie daje zupełnej poprawy, lub też jeżeli zjawia się wysoka gorączka przy jednoczesnem powstaniu dużego ropnia, łatwo dostępnego od strony pochwy,—to wówczas chora powinna przejść pod obserwację specjalisty chirurga, którego zadaniem będzie wskazania do zabiegu ustalić, ewentualnie zabieg wykonać. Jemu też należy pozostawić wybór metody operacyjnej i dlatego sprawę postępów techniki w pracy niniejszej całkowicie pomijam.

Dyskusję po odczytach K. Rogozińskiego i Cz. Czerwińskiego odłożono do II-go posiedzenia, do głosu zapisali się Dehnel, Wiszniewski, Mogilnicki, Zienkiewicz, Jaczewski, i Meyer, przemawiał tylko ostatni (inni nie byli obecni na początku posiedzenia); T. Meyer (z Tomaszowa) omówił spostrzegany w prak-

tyce własnej przypadek prawostronnego krwiaka macicy dwurożnej (haematometra uteri didelphi) przy prawidłowem miesiączkowaniu z lewej połowy macicy.

W ten sposób zakończono rozprawy nad tematem głównym klinicznym — na wniosek **A. Puławskiego** zdecydowano w następstwie przeplatać tematy kliniczne z tematami o treści społeczno lekarskiej.



II POSIEDZENIE

(31 maja, 3 po południu, sala Resursy Kupieckiej).



Prezydjum: S. Sterling (Łódź), Ł. Jedlicki (Kielce), Br. Malewski (Grodzisk);
dziennik prowadzi W. Jasiński (Lublin), sekretarze: L. Płaczki-
wicz i J. Skibiński (Lublin).

Po krótkiej dyskusji w sprawie odczytu Cz. Czerwińskiego (streszczonej w spra-
wozdaniu z I-go posiedzenia) na mównicę zaproszono **A. Jarosińskiego** (ze Ster-
dyny), który wygłosił opracowany na propozycję Komitetu Organizacyjnego temat
główny z zakresu medycyny społecznej p. n.

O zadaniach społecznych lekarza prowincjonalnego w naszych warunkach.

„O ile powiększycie i polepszycie dusze
wasze, o tyle polepszycie prawa wasze i po-
większycie granice...” A. Mickiewicz.

Warunki ogólne w Królestwie Polskiem powstrzymały w ostatnim stuleciu
rozwoj kultury naszego narodu we wszystkich jego dziedzinach.

Osobliwie po roku 1863, gdy wszelka myśl zamarła, gdy nastąpiła zupełna
dezorientacja społeczeństwa naszego, gdy w sferze myśli tylko ruch pozytywisty-
czny zdolny był wyprowadzać naród z rumowisk myślowych i cmentarzysk ideo-
wych, gdy warunki polityczne kraju tak się składały, że o żadnej szerszej społecz-
nej pracy mowy być nie mogło, nagromadziło się mnóstwo niezaspokojonych
potrzeb, wskutek czego pozostaliśmy daleko w tyle poza społeczeństwami kultu-
ralnemi, w szeregu których stale podążaliśmy.

Rozglądając się naokoło siebie i spoglądając w głąb społeczeństwa naszego,
musimy zdumiewać się ogromem zła i niedoli naszej. W którąkolwiek stronę
spojrzymy, wszędzie zło i brzydota, zewsząd dolatują nas echa skarg i jęków, a świet-
lanych obrazów zbyt mało.

Słyszymy skargi na lud nasz, że jest ciemny i zabobonny, że jest niechłujny,
leniwy, często nieuczciwy, niemoralny, ulegający pijaństwu.

Mówi się o naszych rzemieślnikach, że są nieucywilizowani, nieakuratni, niesu-
mienni, a często zuchwali.

Często słyszymy skargi na młodzież naszą, że jest zdemoralizowana, lekceważą starszych, że często się burzy i zakłóca spokój publiczny, że niezawsze postępuje poprawnie.

Wiemy że w miastach naszych szerzy się zepsucie, że mężczyźni są wyuzdani, zuchwale uprawiają rozpustę, że życie rodzinne w wielu przypadkach rozprzężone.

Mordy, zbrojne napady i procesy skandaliczne lat ostatnich zniesławiają nas po całym świecie i świadczą, że upadamy moralnie, że chciwość, chęć użycia górują ponad wszystko, że idealizmu życiowego w nas coraz mniej.

Narzekamy na brak swojskiego handlu i przemysłu, na ziemię, że nie wydaje plonu obfitego.

Stwierdzamy, że higiena u nas jest w zaniedbaniu, że śmiertelność znaczna i wynosi 28^{0/00}, że choroby nagminne, jak złe węże, pełzają po kraju i zabierają tysiące ofiar, że gruźlica jest postrachem ludności, że miasteczka i wsie nasze brudne, plugawe, budowane z łatwo palnego materiału, że często stają się pastwą płomieni.

Dziwimy się, że więzienia nasze przepełnione, że na alkohol wydajemy przeszło 40 milionów rubli rocznie, wtedy, gdy brak nam szkół, gdy mamy 70% analfabetów, gdy brak nam szpitali, domów i kąpeli ludowych, gdy drogi komunikacyjne są marne, a wylewy rzek sprawiają corocznie nieobliczalne straty.

Gdzie przyczyny tylu zła?

Czy istotnymi winowajcami są: lud wiejski, rzemieślnicy, młodzież, naród nasz?

O, nie narzekajmy na nasz naród, bo on jest lepszym od wielu narodów; to materiał bogaty, tylko nie wyzyskany, a co gorsza, srodze zaniedbany. Nie narzekajmy na lud nasz wiejski, na rzemieślnika, gdyż to bryły złota, chociaż jeszcze nieoszlifowane. Złą również nie jest i młodzież наша, która ma w sobie wiele cech dodatnich i jest inteligentna; wystarczy do niej zbliżyć się z sercem gorącym i ze snopkiem zdrowego światła, a przekonamy się, jakie to skarby w tych młodych duszach się kryją. Nie narzekajmy też na naszą glebę, gdyż uprawiana starannie i z miłością staje się dla nas dobrą matką-żywicielką.

Kraj nasz jest bogaty, zdolny wyżywić wielką mnogość ludu, tylko nie zagospodarowany, nie urządzony. Trzeba podnieść oświatę, moralność, higienę, stworzyć odpowiednie środki komunikacyjne, uchwycić handel i przemysł w swoje ręce, a staniemy się jednym z najbogatszych narodów Europy.

Gdy obecna gospodarka наша jest złą i nieumiejętną, oczywiście nie można winić tych, którzy zajmują stanowisko podrzędne, są ubodzy i muszą ciężko na chleb pracować. Wina naszych niedoborów społecznych leży po części w warunkach politycznych, w zależności i skrępowaniu, w jakich pozostajemy, w różnych utrudnieniach, z jakimi każda zacna inicjatywa na każdym kroku się spotyka; w części zaś w nas samych.

Zaprzeczyć nie można, że okoliczności, w których się obracamy, są nam wrogie, wskutek czego wszelki czyn, bądź pojedynczy, bądź zbiorowy, są sparaliżowane, czem doprowadzani bywamy do zniechęcenia i apatii.

Jednakże, „kto chce, ten wiele może, byle tylko chciał naprawdę”!

Przy silnej woli, zwłaszcza zbiorowej, zapory nie istnieją, trudności pierzchają, i gdybyśmy w naszych warunkach skrępowania to wszystko byli zdziałali, co nam pozostawało do zdziałania, to nie mielibyśmy obecnie powodu do narzekania. Prze-

dewszystkiem więc należy otrząsnąć się z apatji i zniechęcenia, powiedzieć sobie, że musimy zło naprawić, odrodzić się i zjednać dla siebie poważanie u obcych, jakie stopniowo tracimy. Tą myślą powinniśmy być wszyscy przejęci, osobliwie klasy możne i inteligentne.

Jakaż rola przypada w udziale lekarzowi?

Karol Libelt powiada o człowieku, że jest początkiem i końcem sztuk pięknych, jest ich ześrodkowaniem. Jest to chodząca architektura, chodzące snycerstwo i malarstwo. Bo człowiek jest mieszkaniem i przybytkiem ducha, jest cielesną jego postacią, jego posągami, jest jego kolorowym obrazem; w nim jest poezja i melodia. Zawód lekarza, mający na celu przywrócenie choremu człowiekowi zdrowia, jego pięknych cech zewnętrznych, uszkodzonych przez chorobę, jest estetycznym i wzniosłym. Na lekarzy przeto powinni kształcić się ludzie, którzy przejęci są tym wzniosłym celem, ludzie mający powołanie. Obok powołania musi być i odpowiednia wiedza, należyte przygotowanie do pracy.

Prowincja nasza, nie wyłączając i małych miasteczek, potrzebuje umiejętnych i samodzielnych lekarzy, którzyby umieli radzić sobie w poszczególnych przypadkach. Łatwiej niedoświadczonemu lekarzowi z pożytkiem pracować w dużym mieście, gdzie są pod ręką szpitale i doświadczeni koledzy, — niż takiemuż lekarzowi, samotnie mieszkającemu w zapadłym kącie.

Nasz lud dziś chętnie się leczy, potrzebuje jednak dzielnych lekarzy. Błąd przeto czyni nasz polski lekarz, gdy zaraz po studjach uniwersyteckich osiedla się w małym miasteczku, gdyż, zanim nabędzie doświadczenia w wykonawstwie lekarskiem, nieraz przez długi okres czasu będzie zrządać sobie i ogółowi krzywdę.

Lekarz, mający zamiar osiąść na prowincji, bezwarunkowo powinien odbyć praktykę na oddziałach szpitalnych, których kierownicy doskonale rozumieją swoje społeczne zadanie i zawsze chętnie przyjmują młodych lekarzy, wypełniając tem braki w wykształceniu uniwersyteckiem.

A braków tych, osobliwie w uniwersytecie warszawskim, który od r. 1869, przekształcony ze Szkoły Głównej, stał się dla kraju instytucją obcą, jest dużo. Uniwersytet warszawski jest bardziej dla nas obcy od każdego uniwersytetu zagranicznego, nie rozlewa bowiem wiedzy na kraj, nie bierze udziału w pracach, mających na celu uzdrowotnienie kraju, w pracach sanitarno-społecznych lub nawet statystycznych.

Konieczność odpowiedniego przygotowania się do pracy na prowincji dotyczy osobliwie lekarzy szpitalnych i należy poczytywać za nieetyczne i niespołeczne, jeżeli o miejsce lekarza szpitalnego stara się lekarz, nie posiadający zamiłowania w pracy szpitalnej, nieobeznany z chirurgią, położnictwem, cierpieniami oczu i t. d. Wszak zdobycie zaufania ogółu do leczenia szpitalnego, jako najkorzystniejszego dla ludzi ubogich, powinno być naszym celem, na rozwoju bowiem szpitalnictwa powinno być oparte racjonalne leczenie ludowe. Potrzeba nam przeto przede wszystkim dobrych i dzielnych lekarzy szpitalnych, od lekarza bowiem, jak wiemy, wiele zależy, by dany szpital cieszył się zaufaniem, prawidłowo działał i był prawdziwą ostoją dla cierpiących i nieszczęśliwych.

Specjalne zadanie ma lekarz szkolny.

Dziś z małymi wyjątkami, nie mamy należyte zorganizowanego dozoru lekarskiego przy szkołach, zwłaszcza w szkołach rządowych. Lekarze tych szkół, zajmujący jednocześnie inne stanowiska i nic wspólnego nie mający z naszym społe-

czeństwem, nie mogą wiedzieć, czego od młodzieży naszej szkolnej trzeba wymagać, a co można uwzględnić. Lekarz taki, nie znający ojczystego języka uczniów, w którym chorzy najłatwiej swoje skargi i cierpienia mogą wypowiedzieć, traktuje zajęcie lekarza szkolnego, jako poboczne i nie może doskonale poznać młodzieży pod względem rozwoju fizycznego i umysłowego, ani też być tej młodzieży doradcą i opiekunem.

Lekarz szkolny, przejęty swoim powołaniem, będący przyjacielem młodzieży, może niejednokrotnie uchronić młode i wrażliwe dusze od zgubnych nałogów, może wyświecić i umotywić stan umysłowy i fizyczny ucznia i polecić rodzicom odpowiednie postępowanie; może być najlepszym doradcą dla ucznia w wyborze stanu, może wpłynąć na stan higieniczny pomieszczeń szkolnych, często może zabezpieczyć szkołę od wtargnięcia chorób zakaźnych. Wogóle lekarz szkolny, wykładając w szkole naukę higieny, znając stan fizyczny i umysłowy każdego ucznia i posiadając głos w radzie pedagogicznej, wiele może uczynić w tak ważnej sprawie, jak wychowywanie młodzieży.

Nietylko lekarz szpitalny i szkolny muszą być pożyteczni ogółowi; lekarz na każdym stanowisku, czy to jako lekarz powiatowy, czy miejski, czy fabryczny lub więzienny, czy dominialny lub wolnopratykujący, może wiele dobrego czynić, byle pamiętał, że wykonawstwo lekarskie i praca zawodowa lekarza nie wyczerpują jeszcze w całości zadań lekarza.

Jest wiele ułomności cielesnych i duchowych, które zależne są od ustroju danego społeczeństwa, od kultury, warunków społecznych i higienicznych danego kraju. Lekarz przeto, szeroko pojmujący swoje zadanie, powinien mieć na względzie nietylko leczonych przez siebie chorych, ale i całe społeczeństwo, którego jest członkiem. W stosunku do chorych lekarz nie powinien być automatem opukującym i osłuchującym, piszącym recepty, a baczniejszą powinien zwracać uwagę na czynniki, które choroby wywołują, nietylko leczyć chorobę, ale cierpieniom zapobiegać. A tych czynników, jak wyżej mówiłem, u nas jest wiele i polski lekarz powinien dokładnie zdawać sobie z nich sprawę.

Przedewszystkiem my lekarze powinniśmy uświadomić sobie, że po 1905 r. warunki naszego życia zmieniły się na lepsze, gdy posiadamy choć drobne przedstawicielstwo w Izbie Państwowej i jako tako możemy prowadzić walkę polityczną, gdy została ogłoszona tolerancja religijna i zniesiono cenzurę, gdy powstało prawo o stowarzyszeniach i mamy nadzieję uzyskania samorządu miejskiego i wiejskiego, gdy wogóle otwarło się nieco szersze pole do pracy społecznej.

Następnie powinniśmy wiedzieć, że w kraju naszym w ostatnich czasach odbywa się szybkie przeobrażenie, z narodu bowiem szlacheckiego stajemy się narodem chłopskim i na czoło naszego narodowego życia wysuwa się obecnie lud wiejski; że dziś na wsi skupiają się najważniejsze nasze sprawy i układ stosunków społecznych na wsi będzie stanowić o naszej przyszłości.

Lekarz powinien odczuwać to, że lud nasz potrzebuje jeszcze kierowników i że przed naszą inteligencją leży otworem pole wielkiej i twórczej pracy, że do pracy tej potrzeba rąk i głów jaknajwięcej, by pracą tę przyspieszyć i jaknajprędzej pożądane wyniki otrzymać; że przy warsztatach tej pracy powinni stanąć wszyscy, kogo stać na to, i że my lekarze, osobliwie prowincjonalni, stale stykający się z ludem, nie powinniśmy pozostawać w tyle poza ruchem, jaki żywo już tętni na wsi naszej.

Przedewszystkiem lekarze powinni jednomyślnie starać się ująć w swe ręce wszystko to, co wchodzi w zakres medycyny społecznej, t. j. cały dział higieny, by podnieść stan sanitarny kraju, by współdziałać w zmniejszeniu śmiertelności.

Śmiertelność u nas jest duża i wynosi 28 na tysiąc ludności. W innych krajach Europy śmiertelność jest następująca:

w Szwecji	16,3
w Anglii	18,4
w Belgii	19,6
w Szwajcarji	19,8
we Francji	21,6
w Niemczech	23,0

To nasze upośledzenie występuje wyraźnie nietylko w stosunku do zachodu, lecz nawet w porównaniu z Cesarstwem. Tak naprzykład dur brzuszny w guberniach nadbałtyckich stanowi 0,34‰ wszystkich przypadków zachorowań, w samorządnych guberniach Rosji 0,81‰, u nas 1,4‰. Ospa w guberniach nadbałtyckich stanowi 0,48‰, w ziemskich guberniach 0,31‰, u nas 3,1‰. Tożsamo można powiedzieć o błonicy, płonicy i innych chorobach zakaźnych które stale dziesiątkują ludność naszą.

Że zmniejszenie śmiertelności już w prędkim czasie jest możliwe, dowodzą stosunki na zachodzie. Tak naprzykład w Berlinie w 1872 r. śmiertelność wynosiła jeszcze 31‰, a w 1895 r. 17,5‰. W całej Anglii śmiertelność od 1880 r. do 1897 r. spadła z 31,9‰ na 17,4‰, w Niemczech w tymże czasie z 26,9‰ do 21,3‰, a w Szwajcarji z 21,9‰ do 17,4‰. W Warszawie po zaprowadzeniu kanalizacji i wodociągów śmiertelność zmniejszyła się o jedną trzecią. W Galicji spadła śmiertelność z 41,2‰ w r. 1872 na 27,85‰ w r. 1905.

Gdybyśmy mogli dojść do tego stanu w jakim są dziś Niemcy, to mielibyśmy przeszło o 100.000, a w zestawieniu ze Szwecją o 170.000 rocznie mniej przypadków śmierci. Nie trudno wyliczyć, jakie z tego stanu rzeczy ponosimy materialne straty, nie wliczając w to strat natury moralnej.

Na tak duży odsetek śmiertelności u nas wpływają różne czynniki, które można uszeregować w następujący sposób: 1) ubóstwo ludu naszego, wywołujące niedostateczne odżywianie się przy nadmiernie ciężkiej pracy, 2) wysoce niehigieniczne urządzenie mieszkań, ciasnota w izbach, fatalne oświetlenie i niedostateczne opalanie, 3) brak czystej i zdrowej wody, 4) duża liczba martwych noworodków po wsiach, gdzie się odczuwa brak pomocy położniczej, 5) nieumiejętne karmienie niemowląt i nieszczęśliwe wypadki z dziećmi pozbawionymi ochronki, 6) niedostateczne szczepienie ospy, 7) brak należytej pomocy lekarskiej, a jednocześnie panowanie zabobonów i przesądów w razie choroby, 8) choroby zakaźne którym sprzyja brud i z którymi obecnie prawie wcale nie prowadzi się walki, 9) alkoholizm, który jednocześnie gnębi nas materialnie i moralnie, 10) brak znajomości higieny nietylko wśród włościan, lecz i inteligencji, a często i niemożność stosowania higieny.

Wszystkie te czynniki obok ciemnoty, niezrozumienia potrzeb własnych i biernego poddawania się „Woli Bożej” wpływają na dużą u nas śmiertelność, i gdyby nie silna rozrodczość ludu naszego, to niewesołe horoskopy w tych warunkach moglibyśmy stawiać na przyszłość.

Wina że u nas źle się dzieje, że miasteczka i wsie nasze są plugawe, że mamy dużą ilość chorych i znaczną śmiertelność, że trwonimy miliony na alkohol,

leży nietylko po naszej stronie. Jest to wina w wielkim stopniu tych sfer, które stanowią u nas opiekę zdrowia publicznego. Przytoczę tu słowa Dra Polaka, wypowiedziane na Zjeździe higienistów Król. Pol., przed 5 laty odbyłym tu w Lublinie.

Dr Polak mówił:

„Nie mamy w tym kraju ani zapomóg, ani kredytów na cele zdrowia publicznego, ani innej pomocy, ani zachęty nawet, co mówię, nie mieliśmy pozwolenia pracować dla zdrowia, zdobyliśmy je dopiero przed 10 laty, po wielu odmowach”.

„Gdy w Anglii, Danii, Niemczech, Francji, Szwecji, Norwegji, Holandji, Belgii, Włoszech, Austrii, rząd z gminą łączą usiłowania swe, wydając setki milionów na organizację sanitarną i pomoc, u nas zdrowie publiczne „powierzono” kilku urzędnikom, nie znającym ani kraju, ani ludu, a każdy projekt, każdy wydatek przechodzi przez cenzurę urzędniczą o setki mil od nas. Gdy w sąsiednich Niemczech przez połączenie świetnej, na podstawach szerokiego samorządu opartej organizacji i pomocy władz, miasta w krótkim czasie doszły do kwitnącego stanu zdrowotnego, u nas brak pomocy i żelazna obręcz, ściskająca inicjatywę społeczną, raczej usiłowała zgnieść postęp na polu higieny. Ten ciężki kamień, zastępujący lekką, w ciągłym ruchu będącą maszyną sanitarną państw postępowych, tę bryłę nieczułą na setki tysięcy zgonów z chorób, którym zapobiedz można i należy, bryłę, którą tylko jakiś o tysiąc mil zaszył przypadek cholery zdawał się cokolwiek poruszać”.

Tyle powiedział Dr Polak.

Istotnie inicjatywa społeczna i prywatna u nas w kierunku uzdrowotnienia kraju jest trudna, jest jednak do pewnego stopnia dziś możliwa, i nasze Towarzystwo higieniczne, jak również lekarze, mający ciągłą styczność z ludem, mogą wiele zrobić.

Przedewszystkiem, rozwijając myśl, którą już niejednokrotnie w prasie poruszano, powinniśmy wypracować odpowiedni program, określający, co należy uczynić, by podnieść zdrowotność wsi i miasteczek naszych. Podobne programy należy wypracować również co do opieki lekarskiej nad szkołami i fabrykami, gdzie panujące dziś stosunki w tym względzie są nienormalne i pozostawiają wiele do życzenia. Programy te, jako wyraz koniecznych potrzeb naszego społeczeństwa, powinny być przez nasze przedstawicielstwo przedstawione Izbie Państwowej z odpowiednim zaznaczeniem, że wszelkie zamiary i dotychczasowa działalność władz w zakresie szpitalnictwa i wogóle lecznictwa, podjęte z ubocznym celem i bez czynnego udziału społeczeństwa, zawsze u nas kończyły się niepowodzeniem; następnie że higiena i lecznictwo ludowe u nas muszą być składową częścią ogólnej ekonomicznej gospodarki krajowej i w związku z nią traktowane.

Wychodząc z zasady, że uzdrowotnienie kraju nie może być wprowadzone w życie z powodzeniem, o ile w tej działalności nie weźmie świadomego udziału sama ludność, powinni lekarze wziąć się gorliwie do uświadamiania ogółu. Koniecznym jest obudzić w ludności przekonanie, że stosowanie zasad higieny jest korzystnym przedewszystkiem dla samejże ludności. Niestety pod tym względem u nas nietylko lud, lecz często i inteligencja odznacza się zupełną ignorancją. Nie możemy powiedzieć, by nasi ziemianie, księża, nauczyciele ludowi i t. p. byli wykształceni w zakresie higieny. Dlatego też lekarze powinni wpływać na te sfery i głosić zasadę, że wprowadzenie nauki higieny do wyższych i niższych szkół rolniczych, do seminarjów dochownych i nauczycielskich, do gimnazjów, do uniwersytetów na wszystkich wydziałach, a nawet do szkół ludowych w postaci pogadanek higienicz-

nych, jest konieczne. Nie należy tu pomijać i innych dróg, jak propagowanie higieny zapomocą broszur ludowych, ulotnych przepisów, rozdawanych szeroko ludności, jak należy zachować się w chorobie i co czynić należy, aby nie zapaść na nią.

Największe jednak w tym względzie znaczenie może mieć żywe słowo — odczyty ludowe w zakresie higieny. W tych odczytach i pogawędkach, wygłaszanych w różnych zakątkach naszego kraju, należy kłaść nacisk na to, że uzdrowotnienie naszego kraju, wprowadzenie racjonalnej pomocy lekarskiej przez zakładanie dobrze urządzonych szpitali i zaprowadzenie powszechnego ubezpieczenia na wypadek choroby i niezdolności do pracy, są konieczne.

Dziś lekarz ma wolny wstęp do kółek rolniczych, do domów ludowych, do kooperatyw, licznie przez włościan zakładanych, ma tam prawo głosu i może mieć posłuch. Niech pracy tej wśród ludu nie unika, niech się zaprawia do pracy społecznej, gdyż po zaprowadzeniu u nas samorządu, co bądź-co-bądź kiedyś nastąpi, rola lekarza będzie dużą i poważną. Niech już dziś lekarz zdaje sobie dokładnie sprawę z fizycznych i moralnych naszych niedomagań, niech całym sercem i duszą współdziała w podniesieniu narodu, niech zdanie swoje wypowiada śmiało i otwarcie, niech głos jego jaknajczęściej dochodzi do uszu i świadomości tych, od których zależy poprawa naszych warunków.

Lud nasz dziś nietylko chętnie czyta, ale chętniej jeszcze słucha dobrych rad, żąda ich i często się do nich stosuje, więc według dawno wypowiedzianej nad Gangesem maksymy:

„Idź za głosem narodu,
on najwięcej niech znaczy,
i przywykaj za młodu
iść za głosem narodu.

Dla żadnego powodu
nie czyn nigdy inaczej —
idź za głosem narodu,
on najwięcej niech znaczy” *).

Lekarz na równi z kapłanem ma wstęp wszędzie, może jako lekarz i człowiek skorzystać ze swojego położenia, swojego stanowiska przyjaciela ludzkości, może w każdym przypadku być aniołem opiekuńczym, gdyż o ile jest przejęty swoim posłannictwem, chętnie jest wszędzie widziany i słuchany.

Nasi lekarze niejednokrotnie przyczyniali się do powstawania u nas w kraju pożytecznych instytucji społecznych; wspomnę tu o szpitalach, które w większości przypadków zawdzięczają swój początek lekarzom, wspomnę o Towarzystwie higienicznym, o sanatorjach w Rudce i Drewnicy, o Pogotowiu ratunkowym w Warszawie i Łodzi, o Ogrodach dziecięcych, o Lidze przeciwgruźliczej, o instytucji „Kropki mleka”, o stowarzyszeniu przeciwalkoholowym „Przyszłość” i t. d. Wszystkie te instytucje powstały dzięki inicjatywie dzielnych uspołecznionych lekarzy.

My tu dziś zebrani żywo odczuwamy potrzeby i brak naszego biednego kraju, naszego zaniedbanego społeczeństwa i pragniemy w miarę sił i możliwości przyczynić się do poprawienia stanu rzeczy.

Powiedzmy dziś sobie, że pamiętamy o prawie rządzącym życiem, na mocy którego nic na miejscu nie pozostaje, a wszystko postępuje i doskonali się, że

*) Myśli z nad Indu i Gangesu.

jedna praca ukończona nie daje prawa do wypoczynku, ale każe iść dalej, sięgać po coraz nowsze zdobycze, jest początkiem drugiej pracy, jest jednym ze szczeblów drabiny, po której wspinać się należy.

Powiedzmy sobie, że pamiętamy również o jeszcze jednym prawie rządzącym przyrodą, na mocy którego każdy ustrój żyjący na to tylko czerpie materje odżywcze ze swego otoczenia, by mu je w odpowiedniej przemianie zwrócić z procentem, że zgadzamy się z tem, że ustrój nieprocentujący jest zjawiskiem nieprawidłowym, jest pasorzytem, zasługującym na zagładę, ponieważ nie wzbogaca, przeciwnie zuboża i krzywdzi.

Oby lekarz polski jasno zdawał sobie sprawę z fizycznych, moralnych i społecznych naszych niedomagań, oby był lekarzem w całym tego słowa znaczeniu, leczył wszelkie ułomności i dźwigał swoje społeczeństwo, oby nie rozstawał się z takim koniecznym warunkiem życia ludzkiego, jakim jest nadzieja.

By jednak głos i wpływ lekarza posiadał należyłą siłę i znaczenie, za mało jest mówić i nawoływać; potrzeba działać i przykładem świecić. Społeczeństwo nasze w wielu razach wykazuje dziś chęć do podniesienia się, do wyleczenia ze swych niedomagań.

My lekarze, krew z krwi i kość z kości tego społeczeństwa, również nie pozabawieni jesteśmy tych wad i jedni z pierwszych powinniśmy dać z siebie dobry przykład i pozbyć się swoich błędów.

Powinniśmy więc starać się podnieść nasz poziom umysłowy, etyczny i moralny, nie powinniśmy tolerować wśród siebie karjerowiczów, ludzi niemoralnych, przekupnych, nieetycznych, dopuszczających się czynów, graniczących z zakresem kryminalistyki.

Przedewszystkiem uleczmy samych siebie, starajmy się jedni z pierwszych „poprawić i powiększyć nasze dusze”, idźmy według starej indyjskiej maksymy drogą prawdy:

„Pomnij, że prawdą stoi świat,
w niej wielka moc nad moce,
więc nigdy nie bądź fałszom rad,
pomnij, że prawdą stoi świat.

Ona, jak słońca blask, co padł
by czynić jaśń w pomroce—
pomnij, że prawdą stoi świat,
w niej wielka moc nad moce” *).

Dyskusja: a) T. Meyer (Tomaszów rawski) mówi o brakach szpitali prowincjonalnych, uniemożliwiających pracę celową w tych szpitalach nawet chętnym i zdolnym jednostkom; M. wnosi, by wysłać do ministerjum memoriał z udowodnieniem oplakanego stanu szpitalnictwa w Królestwie Polskiem i z żądaniem umieszczenia w budżecie większych sum na potrzeby szpitali prowincjonalnych.

b) J. Pełczyński (Radom), nawiązując do projektu poprzedniego mówcy, wyraża powątpiewanie co do celowości memoriału: projekty ministerjum, jak dowodzi projekt pomocy szpitalnej, wypracowany przez komisję prof. Reina w Petersburgu, nie uwzględniają bynajmniej warunków miejscowych. Powinniśmy dążyć

*) Myśli z nad Indu i Gangesu).

do tego, by mieć prawo wypowiedzenia się co do naszych potrzeb, jak to udało się uczynić Towarzystwu lekarskiemu w Radomiu w stosunku do wspomnianego wyżej projektu ministerjalnego; liczyć jednak musimy tylko na własne siły, nie na pomoc z zewnątrz. Następnie P. porusza sprawę braku statystyki zachorowań w Królestwie i zgłasza wniosek, by Zjazd lekarzy prowincjonalnych uznał i podkreślił potrzebę takiej statystyki.

c) W. Rogiński (Kolno, ziemia Łomżyńska) do zadań społecznych lekarza prowincjonalnego zalicza dążenie do zapewnienia położnicom na wsi lepszej pomocy gdyż „babki wiejskie”, rekrutujące się częstokroć z niedołączonych staruszek, wpływają nader szkodliwie na odsetkę śmiertelności zarówno wśród położnic, jak i noworodków. R. po przezwycięzeniu trudności formalnych (pozwolenie władz) zebrał 80 takich „babeł” ze swego powiatu i wyłożył im przystępnie zakres ich działalności, wskazując przede wszystkim na niebezpieczeństwa, jakie płyną z wewnętrznego badania położnic, wykonywania samodzielnego zabiegów (obroty) i t. p. R. wnosi, by Zjazd uznał za pożądane urządzenie podobnych pogadarek dla „babeł” przez lekarzy powiatowych, wiejskich i wolno-praktykujących w różnych zakątkach kraju.

d) H. Fidler (Radom) uważa za konieczne wykorzenienie konserwatyzmu, stojącego najczęściej w poprzek najlepszym zamierzeniom; powinniśmy dążyć do demokratyzacji społeczeństwa wogóle, pracy lekarskiej w szczególności. Lekarz musi być dobrze przygotowany do swego zawodu, dawać rady jędrne, owocne, a wtedy zaufanie do niego wzrośnie niepomiernie i wyniki jego pracy będą lepsze zarówno pod względem lekarskim, jak i społecznym.

e) W. Męczkowski (Warszawa) podnosi społeczną działalność lekarzy: gdzie tylko życie społeczne żywiej tętni, tam zazwyczaj duży udział bierze w niem lekarz. W porównaniu z zagranicznymi, lekarze nasi stoją pod tym względem znacznie wyżej: gdzieindziej pracę społeczną popierają państwa, miasta i gminy, u nas pozostaje jedynie działalność jednostek, napotykalna jeszcze na każdym kroku wielkie przeszkody. Pod względem ściśle lekarskim stoimy niżej od zagranicy, gdzie lekarze często lub stale odbywają kursy teoretyczne lub praktyczne. M. nie podziela przytoczonych wyżej poglądów T. Meyera na niemożność pracy szpitalnej w warunkach prowincjonalnych; są liczne dowody, że jednostki, obdarzone inicjatywą i energią, dużo zrobić mogą; w ciągu ostatnich lat dziesięciu szpitalnictwo nasze znacznie poszło naprzód. Co do memoriału do ministerjum, M. wiele sobie po nim nie obiecuje; więcej zdziałać może akcja na miejscu u władz i w społeczeństwie miejscowem. Prace komisji międzywydziałowej (Reina) nie zasługują na bezwzględną krytykę, mają bowiem i cechy dodatnie, co stwierdzono, rozpatrując projekt parokrotnie w Warsz. Tow. higienicznym. Wreszcie M. nie podziela zarzutów, czynionych lekarzom przez H. Fidlera; wszędzie istnieć muszą ludzie źli i lepsi; nasi lekarze, powtarza M., pod względem rozumienia obowiązków społecznych stoją bezwarunkowo wyżej od zagranicznych.

W zakończeniu dyskusji przewodniczący (Sterling) odczytuje z pracy Jarosińskiego szereg ustępów, które mogłyby służyć, jako materiał do uchwał zjazdowych; po głosowaniu, redakcję ostateczną przekazano komisji uchwał.

Kazimierz Perłowski (Zawiercie).

Mieszane leczenie przymiotu rtęcią i salwarsanem.

Metoda mieszane leczenia przymiotu rtęcią i salwarsanem została wprowadzona wtedy, kiedy po stosowaniu samego tylko salwarsanu zaczęły zjawiać się

nawroty, z drugiej strony, kiedy działanie symptomatyczne salwarsanu zaczęło się przejawiać nawet w tych przypadkach, w których leczenie rtęcią nie dawało żadnych dodatnich rezultatów.

Między najgorętszymi propagatorami tej metody stoją Neisser i jego uczniowie. Dalej Lederman, Bruhas Gennerich, Brieger, z naszych autorów Golc podnoszą wyższość tej metody nad innymi. Za skutecznością tej metody przemawiają także często ogłaszane przypadki reinfekcji, które przed wprowadzeniem do leczenia salwarsanu opisywane były bardzo rzadko. Uzasadnienie naukowe metoda ta znalazła w pracach Lannoy i Levaditi'ego, którzy odkryli pewne gatunki krętka bladego, odpornego na rtęć, a także w badaniach chemoterapeutycznych Ehrlicha, który twierdzi, że rtęć i salwarsan działają na krętki blade w różny sposób, wzajemnie się uzupełniając. W tej różnorodności działania widzi Ehrlich korzyść i potrzebę kombinowania tych środków przy leczeniu.

Nie brak jednak i przeciwników tej metody. Przewodzi między nimi Wekselman z Berlina, który leczy kiłę tylko kilkakrotnymi wlewami śródżylnymi salwarsanu. Prof. Finger z Wiednia stosuje salwarsan tylko w okresie pierwszorzędnym kiły.

Jeżeli jednak prawie wszyscy autorowie zgadzają się, że salwarsan jest doskonałym środkiem pomocniczym przy leczeniu kiły, to niema tej zgody w zapatrywaniu na działanie salwarsanu w chorobach nerwowych, powstałych na tle przymiotu.

W pierwszych latach stosowania salwarsanu przeważało zdanie, że w dziedzinie chorób nerwowych salwarsan bynajmniej nie jest środkiem zbawiennym. Takie zdanie wypowiadali prof. Bechterew, Nikitsch, Nonne, z naszych autorów Flatau, Gajkiewicz i Golc. W ostatnich jednak czasach Donath, Lerede, Szware, a także i Nonne donoszą o dobrych wynikach leczenia salwarsanem wiądu rdzenia. W jednym z ostatnich numerów Münch. medic. Wochenschrift Dreifus z kliniki prof. Szwenkenbechera we Frankfurcie opisuje bardzo dodatnie rezultaty leczenia salwarsanem kiły ośrodkowego układu nerwowego i wiądu rdzenia. Autor ten dowodzi, że niezachęcające rezultaty, jakie otrzymywali inni autorowie, należy tłumaczyć niewłaściwym sposobem użycia preparatu. To samo zdanie wypowiada Iwaszczoł ze szpitala Obuchowskiego w Petersburgu. Obadwaj ci autorowie twierdzą, że nie tylko każdy okres cierpienia ośrodkowego układu nerwowego, ale każdy pojedynczy przypadek wymaga specjalnego leczenia. Należy indywidualizować każdy przypadek, a wtenczas można osiągnąć dobre rezultaty. Dreifus na 77 obserwowanych przypadków w 84% miał znaczną poprawę, 12% przypadków pozostało bez zmiany, w 4% nastąpiło pogorszenie.

Widzimy więc z tego, że i przy leczeniu chorób nerwowych na tle przymiotu, gdzie najwięcej było przeciwników stosowania salwarsanu, zmieniają się poglądy na korzyść nowego środka.

Przeciwnicy salwarsanu obwiniają ten preparat w powstawaniu zaburzeń ze strony nerwów czaszkowych (wzrokowego, słuchowego, blokowego i twarzowego) t. z. neurorecydyw. Co do tej kwestji powiem tylko, że większość autorów, jak npr. Wekselman, Bruhas, Golc, Trzeciński i inni, upatrują przyczynę neurorecydyw z jednej strony w słabej dawce salwarsanu, niewystarczającej do zabicia wszystkich krętków, usadowionych w nerwach, a pobudzającej krętki ocalałe, z drugiej strony działaniem jadu kiłowego na nerwy osłabione lub podrażnione salwarsanem. Ehrlich już dawno dowodził, że neurorecydywy są to nawroty czysto kiłowe, które występują wtenczas, jeżeli pewna część krętków, pozostała przy życiu, obierze sobie

siedlisko w nerwach czaszkowych, przebiegających przez wąskie kanały kostne. W tych otworach w skutek ucisku pnia nerwowego przez wytwory zapalne, ukrwienie jest znacznie gorsze, i dlatego krętki są trudno dostępne do wyjąławiającego działania leku.

Według Ehrlicha neurorecydywy występowały tylko przy niedostatecznym leczeniu, gdyż nie było ich w klinikach, gdzie przeprowadzane jest z samego początku choroby systematyczne i energiczne leczenie, wreszcie wszystkie te powikłania ustępowały po dalszem leczeniu salwarsanem lub rtęcią, zmiany zatem w nerwach były zapalne, a nie zwyrodniające.

Co się tyczy przypadków śmierci, to Ehrlich dzieli je na dwie grupy. W jednej grupie śmierć występowała przy objawach zatrucia arsenem i powiększenia wątroby i wysypki. W drugiej grupie chorzy umierają wśród objawów podrażnienia opon, zapalenia mózgu krwotocznego lub obrzęku płuc. W przypadkach tych Ehrlich w części winę składa na złe przygotowanie wody, w części na zbyt silną reakcję ze strony schorzałego już układu nerwowego (reaction renforcée) Bruhas przy czynę śmierci po salwarsanie objaśnia: 1) idiosynkrazją. 2) uwolnieniem się nagle endotoksyn. 3) obrzmieniem miejscowem ważnych dla życia organów (odczynem Herxheimera).

Teraz jednak można powiedzieć, że po znacznem udoskonaleniu techniki wstrzykiwań, przy ściśle przestrzeganiu przeciwwskazań, przy większych ostrożnościach w dawkowaniu leku ilość przypadków śmierci znacznie się zmniejszyła, i salwarsan stał się potężnym środkiem w walce z kiłą. Aby walka ta była skuteczna, leczenie kiły powinno być rozpoczęte, jak można najwcześniej. Na to zgadza się większość syfilidologów. Naturalnie, aby zacząć wcześniej leczyć, trzeba postawić ściśle rozpoznanie. Metoda Burri'ego i Giems'y Romanowskiego wykrywania krętków białych daje nam w przypadkach nieleczonych najściślejsze i najpewniejsze rozpoznanie. W wypadkach leczonych, krętków w owrzodzeniach możemy nie znaleźć, gdyż giną one od środków antyseptycznych nie tylko na powierzchni, ale i wgłębi. Rozpoznanie może się odwlec na dni kilka, zanim przy obojętnem leczeniu zjawia się znów krętki. Jeżeli jednak, pomimo najskrupulatniejszych poszukiwań, co się zdarza bardzo rzadko, krętków nie znajdujemy, pozostaje nam jeszcze próba Wassermanna, która w 6 tygodni po zakażeniu często może naprowadzić nas na właściwe rozpoznanie. W przypadkach, powikłanych stulejką lub owrzodzeniach zrączych, ona jedna może decydować o rozpoznaniu. Teraz więc, kiedy posiadamy tak doskonałe środki rozpoznawcze, jak wyżej wymienione, wyczekiwanie na objawy drugorzędne dla ścisłego rozpoznania byłoby błędem ze strony lekarza.

Przystępując do omówienia swej statystyki, zaznaczyć muszę, że starałem się rozpocząć leczenie, jak można najwcześniej. Początek leczenia poprzedzało ściśle rozpoznanie: przy wrzodach pierwotnych o ściśle rozpoznaniu decydowała obecność krętków białych. Raz tylko jeden, kiedy przy wrzodzie zrączym nie mogłem odnaleźć krętków, dodatnia próba Wassermanna rozstrzygnęła kwestję. Ani razu nie zdarzyło mi się czekać na zjawienie się wysypki. Przy utajonej kile posługiwałem się próbą Wassermanna i wtenczas tylko przystępowałem do leczenia, kiedy próba ta wykazywała całkowite lub częściowo zahamowanie hemolizy.

Co się tyczy metody leczenia, to polegała ona na 2—3 śródżylnych wlewaniach salwarsanu i 12—15 iniekcjach śródmięśniowych 5% zawiesiny Hydrasrg. salicyllicy w ol. sezami co 3—4 dni. Pierwsze wlewanie salwarsanu robiłem zaraz po

ustaleniu rozpoznania w dawkach 0.—.45 u kobiet i 0.45 — 0.5 u mężczyzn, drugie wlewanie salwarsanu robiłem w 2—3 tygodniu po pierwszym w dawkach 0.45—0.5 u kobiet i 0.5 — 0.6 u mężczyzn. Naturalnie, że jak przy stosowaniu salwarsanu, tak i rtęci zwracałem baczną uwagę na ogólne odżywianie, wagę, stan zębów i na reakcję ze strony chorego po pierwszej dawce salwarsanu, od tego bowiem zależała wielkość drugiej dawki salwarsanu i rtęci.

Chorym inteligentnym, co do których miałem pewność, że ściśle się zastosują do moich wskazówek, zamiast iniekcji rtęciowych zalecałem wcierania szarej maści z resorbiną w dawkach od 3.0 — do 4.0 dziennie do 120.0 na jedną kurację. Po odbyciu pierwszej kuracji chorzy przechodzili następne kuracje, nawet jeżeli próba Wassermanna była ujemna, ale tylko rtęciowe. Kuracyj takich w pierwszym roku stosowałem 3—4, w drugim roku 2—3.

I tu leczenie w każdym przypadku było indywidualizowane w zależności od charakteru przymiotu i właściwości danego ustroju, wagi chorego, stanu jego zdrowia i odporności.

Z powyższego Sz. Panowie widzą, że w leczeniu swych chorych stosowałem metodę przewlekłe przerywaną. Metoda ta, już dawno wprowadzona przez Fournier'a, propagowaną jest w obecnej chwili przez największe powagi w syfilodologii: Neissera, Fingera i Jessenesa. Ten ostatni w najnowszym swem dziele, wydanem w roku 1913, pisze: „Die Zeit, das Prinzip der chronisch intermittierenden Syphilisbehandlung ad acta zu legen, ist noch nicht gekommen”.

Wszystkich wlewań salwarsanu zrobiłem dotychczas 157 u 91 chorych.

Wszystkich chorych dzielę na trzy grupy. W I grupie umieszczam chorych, których obserwuję do ostatniej chwili najkrócej 10 miesięcy, najdłużej 2 lata i 2 miesiące, i u których co 4 miesiące była dokonywana próba Wassermanna. Do II grupy zaliczam chorych, którzy, choć się systematycznie leczyli, jednak są w obserwacji dopiero 6—8 miesięcy i u których próba Wassermanna była dokonana tylko raz jeden lub najwyżej dwa razy.

Wreszcie w III grupie znajdują się chorzy, którzy niesystematycznie się leczyli, którzy zadowolnili się tylko jednym wlewaniem salwarsanu, lub jeżeli dwoma, to nie leczyli się rtęcią, lub którzy są w obserwacji dopiero 2—3 miesiące.

Otóż z chorych I grupy, t. j. tych, którzy się systematycznie leczyli, i których obserwuję od 10 miesięcy do 26 jest 10. U żadnego z tych chorych niema klinicznych objawów kiły i dotychczas nie było nawrotu. U wszystkich z wyjątkiem dwóch próba Wassermanna, dokonywana przeze mnie przynajmniej z dwoma swoistymi antygenami różnego pochodzenia, jest stale ujemna.

Między 10 chorymi z tej grupy tylko dwóch było z objawami pierwszorzędnymi, reszta z wczesnymi objawami drugorzędnymi przeważnie w postaci różyczki i grudek.

Z II grupy, gdzie chorzy obserwowani są 6 — 8 miesięcy, obserwuję 13 chorych, u wszystkich chorych tej grupy po jedno lub dwurazowej kuracji salwarsanem i rtęcią próba Wassermanna jest ujemna, chorzy ci nie mają żadnych klinicznych objawów kiły. Z chorych tej grupy 4 było z przymiotem utajonym, reszta z przymiotem drugorzędnym. Tu zasługują na uwagę ci dwaj chorzy z przymiotem utajonym. Jeden z nich chory od 2 lat, drugi od 12 lat. Pierwszy nie miał żadnych klinicznych objawów przymiotu, drugi cierpiał na bóle głowy podczas nocy.

U pierwszego próba Wassermanna dała zupełne zahamowanie hemolizy, u drugiego hemoliza była połowiczna. U obydwóch tych chorych po jednorazowej kuracji według wyżej przytoczonej metody próba Wassermanna stała się ujemną. Chorzy ci przed tem dosyć energicznie leczyli się rtęcią.

Do ostatniej grupy zaliczam resztę 68 chorych, którzy niesystematycznie się leczyli, których większa część zadowolniła się jednym wlewaniem salwarsanu, lub jeżeli dwoma, to nie leczyli się rtęcią. Z tych 68 chorych 12 zjawilo się z nawrotem przeważnie w postaci różyczki lub grudek.

Reasumując wszystko, co powiedziałem, dochodzimy do wniosku, że na 23 chorych, należących do I i II grupy, w żadnym przypadku nie było nawrotu, w dwóch tylko próba Wassermanna była dodatnią.

Statystyka moja miałaby większe znaczenie, gdyby obserwacje moje dotyczyły także chorych, leczonych tylko salwarsanem lub tylko rtęcią. Metoda jednak mieszanego leczenia daje tak zachęcające rezultaty, że trudno zdecydować się na leczenie samą tylko rtęcią, lub samym tylko salwarsanem.

Dla tego obserwacje moje co do chorych systematycznie leczonych samą tylko rtęcią dotyczą tylko dwóch przypadków, które są w obserwacji od 2 lat. W jednym przypadku próba Wassermanna dała 2 razy połowiczną hemolizę, ostatni raz zahamowanie zupełne, w drugim znów przed rokiem próba Wassermanna dała prawie zupełną hemolizę, teraz znów zupełne zahamowanie. Jeżeli do tych dwóch obserwacji dodam dwóch chorych z zatajonym przymiotem, o których wspominałem, omawiając II grupę, którzy leczyli się rtęcią bez wybitnego wpływu na próbę Wassermanna, i u których po jednej kuracji skombinowanej próba Wassermanna stała się ujemną, to nawet z tych nielicznych przypadków widoczna jest wyższość mieszanej metody nad innymi.

Co do chorych, leczonych tylko salwarsanem, miałem sposobność obserwować czterech: dwóch z pierwszorzędnym przymiotem, dwóch z przymiotem drugorzędnym. Obadwaj z przymiotem drugorzędnym, którzy mieli idiosynkrazję do rtęci, zjawili się z nawrotem w postaci różyczki jeden w 3, drugi w 4 miesiące po wlewaniu.

Obadwaj chorzy z przymiotem pierwszorzędnym otrzymali jedno tylko wlewanie salwarsanu na 4 — 8 dzień po zjawieniu się owrzodzenia. Obydwóch tych chorych ciągle widuję, nie mają oni absolutnie żadnych klinicznych objawów kiły, choć od wlewania przeszło u jednego 1½ roku, u drugiego rok jeden. Tu możnaby myśleć o poronnym działaniu salwarsanu. Na dokonanie próby Wassermanna nie chcą się zgodzić, gdyż nie dowierzają, aby cierpienie, które przechodzili, i które wcale im nie dokucza, było kiłą.

Jeżeli teraz podzielę swych 91 chorych podług okresów kiły, to z pierwszorzędnymi objawami miałem 17, z drugorzędnymi przeważnie wczesnymi w postaci wysypek 58, z utajoną kiłą, t. j. z dodatnim odczynem Wassermanna bez klinicznych objawów było 9, z trzeciorzędnym okresem 4, z cierpieniami ośrodkowego układu nerwowego 3.

Z tych 17 chorych w pierwszorzędnym okresie ani jeden nie zjawil się z nawrotem lub drugorzędnymi objawami; choć tylko 6 systematycznie i dostatecznie się leczy.

Z chorych w okresie drugorzędnym 12 zjawilo się z nawrotem. Jest to znaczna odsetka, należy jednak przyjąć pod uwagę, że wszyscy ci chorzy należą do grupy,

gdzie chorzy niedostatecznie i niesystematycznie się leczyli. Z grupy, gdzie chorzy leczyli się dostatecznie, ani jeden nie zjawił się z nawrotem.

Co się tyczy działania mieszanej metody leczenia na pojedyncze kliniczne objawy kiły, to rzecz przedstawia się w następujący sposób. Wrzody pierwotne goiły się bardzo prędko od 5 do 10 dni, naciek jednak powstawał czasem długo do 4—5 tygodni. U wszystkich 17 chorych z pierwotnym owrzodzeniem, u których przy pierwszym badaniu można było stwierdzić krętki blade, już na trzeci dzień krętków nie było. Różyczka i grudki znikaly bardzo prędko, jednak nie zawsze: u jednego chorego jeszcze po trzech tygodniach były widoczne ślady różyczki.

Najprędzej znikaly wykwity na błonach śluzowych jamy ust. Tu działanie salwarsanu było zadziwiająco szybkie. Chorych takich miałem 14. Wszyscy bez wyjątku zaraz na drugi dzień po wlewaniu poczuli znaczne polepszenie w postaci zmniejszenia się chrypki, a obiektywnie u niektórych już na 5 dzień po wlewaniu nie można było stwierdzić plaques syphilitiques. Po pharyngitach z białymi mlecznymi nalotami w 5 dni po wlewaniu zostawało się tylko zaczerwienienie błony śluzowej.

Wszystkie obiektywne zmiany znikaly po 2 tygodniach. Ponieważ 8 z tych chorych poprzednio energicznie byli leczeni rtęcią bez żadnego rezultatu, prędkie ustąpienie wszystkich objawów należy przypisać tylko salwarsanowi.

Obserwowałem także 3 chorych, którzy z powodu uporczywych grudek mokrzących naokoło odbytu bezskutecznie leczyli się rtęcią. Po jednym wlewaniu salwarsanu grudki zupełnie się wessały.

Wybitne działanie salwarsanu można było także stwierdzić u jednej chorej z zanogicą palców obydwóch nóg: po bezskutecznym leczeniu miejscowym i ogólnym rtęcią, sprawa ta była zagojona po jednym tylko wlewaniu salwarsanu.

Jakiegokolwiek wybitnie dodatniego działania salwarsanu na powiększone gruczoły chłonne nie mogłem zauważyć.

Co do działania salwarsanu na trzeciorzędny okres przymiotu, to wobec tylko dwóch przypadków, jakie trafiły się w mej praktyce, trudno coś stanowczego powiedzieć.

Stosowałem takie mieszane leczenie w trzech przypadkach cierpienia ośrodkowego układu nerwowego. W dwóch przypadkach wiądu rdzenia (objaw Argyl-Robertsona, brak odruchów ścięgniętych, strzelające bóle w nogach), nie mogłem stwierdzić żadnej poprawy, nie było także poprawy w przypadku zadawnionego meningomyelitis luetica.

Co się tyczy ubocznych objawów, spotykanych po wlewaniu salwarsanu to na 91 wlewań, zrobionych chorym po raz pierwszy, w 54 przypadkach miałem podniesienie się ciepłoty w 2—4 godziny po wlewaniu do 38—39^o, która dochodziła do normy tej samej doby, przytem dreszcze, niektórzy chorzy mieli wymioty i rozwolnienie. Chorzy, którzy nie mieli żadnego odczynu przy pierwszym wlewaniu, byli to przeważnie chorzy z kiłą utajoną, kilkakrotnie już przedtem leczeni rtęcią, choć w kilku przypadkach u chorych z pierwotnym owrzodzeniem nie spotykałem żadnego odczynu przy pierwszym wlewaniu.

Z chorych, którzy powtórnie otrzymali salwarsan w 2—3 tygodnie po pierwszym wlewaniu, tylko 9 gorączkowało.

Jak sobie objaśnić podwyższenie temperatury po salwarsanie w moich przypadkach? Nie mogę zgodzić się z Wekselmanem, że przyczyna była w źle wyja-

łowionej, nieświeżej wodzie przekrojonej, bo zawsze używałem wody świeżo przekrojonej którą wyjałowiałem, gotując w ciągu pół godziny. Zdarzyło się także nieraz, że jednej i tej samej wody używałem dla kilku chorych, z których jedni gorączkowali, a drudzy nie. Najlepiej możnaby objaśnić odczyn po salwarsaniu przypuszczeniem Ehrlicha, że uwolnione z krętków cendotoksyny wywołują podniesienie ciepłoty. Z tem objaśnieniem zgadzają się moje spostrzeżenia, że najczęściej spotykałem ten objaw przy pierwszym wlewaniu w przypadkach świeżych, zupełnie nie leczonych, że objaw ten rzadko można było spotkać przy drugim wlewaniu lub przy pierwszym w przypadkach z kiłą utajoną, kilkakrotnie leczonych przedtem rtęcią. Oprócz tego mojem zdaniem dużą rolę w powstawaniu tych objawów odgrywa indywidualna wrażliwość organizmu. Tem tylko można sobie objaśnić, dlaczego w niektórych przypadkach, zupełnie nie leczonych, po pierwszym wlewaniu nie było zupełnie odczynu z drugiej strony w 9 przypadkach po powtórnem wlewaniu chorzy gorączkowali, choć znaczna część krętków była zabita pierwszą dawką salwarsanu i rtęcią.

Z innych objawów ubocznych posalwarsanowych spotkałem 2 razy obfity wyprysk na wargach w 48 godzin po wlewaniu.

Innych ubocznych objawów, opisywanych przez autorów, jak to ropówki ramienia lub zatoru w tętnicach oddalonych nie spotykałem u swych chorych.

Jeżeli z tych wprawdzie nielicznych, ale sumiennie spostrzeganych przypadków wolno robić wnioski, to pozwoliłbym sobie sformułować je w następujący sposób:

1) Przymiot powinien być leczony jak najwcześniej metodą przewlekłe przerywaną.

2) Mieszane leczenie o wiele przewyższa leczenie samą tylko rtęcią lub samym tylko salwarsanem.

3) Przy metodzie leczenia mieszanej nie potrzeba w każdym przypadku wielokrotnie wlewać salwarsanu, jak to robią niektórzy autorowie, gdyż po większej części 2 — 3 wlewania wystarczą dla utrzymania chorego przy ujemnej próbie Wassermanna i zabezpieczenia go od nawrotów.

Ze wszystkiego, co wyżej powiedziałem, widzimy, że salwarsan dobrze działa we wszystkich okresach przymiotu, ale jeżeli nie może być on stosowany w każdym przypadku z tych lub innych względów, to uważam go za najbardziej wskazany w następujących przypadkach:

1) w okresie pierwszorzędnym, kiedy próba Wassermanna jest jeszcze ujemną, możemy bowiem liczyć na pozorne działanie salwarsanu,

2) u ciężarnych,

3) przy wykwitach na błonie śluzowej jamy ust, gdyż chory po 2 — 3 dniach pozbywa się bardzo uporczywego cierpienia, a także przestaje być mniej niebezpiecznym dla otoczenia ze względu na to, że wykwity stają się mniej zaraźliwe po zabiciu krętków salwarsanem,

4) przy idiosynkrazji do rtęci,

5) w początkach wiału rdzenia i paraliżu postępowego, gdyż z jednej strony nie posiadamy innego skutecznego środka, z drugiej strony salwarsan umiejętnie stosowany według zdania większości autorów sprowadza przedmiotowe i podmiotowe polepszenie.

Dyskusja: a) A. Pański (Łódź) zabiera głos w sprawie leczenia salwarsanem chorób układu nerwowego i stwierdza, że statystyce, przytoczonej przez prelegenta, przeciwstawić można inne, wskazujące przeciwnie wpływ ujemny na wiąd rdzenia i bezwład postępujący; wyjaśnienie Ehrlicha co do powstawania neurorecydyw nie jest ogólnie przyjęte. Wprawdzie salwarsan wpływa niekiedy dodatnio na niezborność ruchów w wiądzie lub łagodzi bóle, lecz nie ma bodaj nigdy wpływu na samą sprawę, która polega bezwarunkowo na zniszczeniu tkanki nerwowej. Jeszcze mniej działa salwarsan na objawy bezwładu postępującego, rozpoznanego z pewnością. Natomiast salwarsan przyczynić się może do powstawania neurorecydyw, ślepoty lub nawet śmierci, czy to wskutek działań ubocznych, czy wskutek zatrucia arsenem, czy też zapalenia mózgu. Stąd wniosek, że salwarsan w cierpieniach omawianych powinien być stosowany z wielką ostrożnością, wyłącznie w szpitalach, gdzie chory może być wszechstronnie zbadany (nerwy wzrokowe, dokładne ustalenie rozpoznania bezwładu postępującego); w przeciwnym razie możemy przynieść choremu czasami chwilową ulgę, częściej zaś wyrządzić szkodę.

b) I. Leyberg (Łódź) wyraża zdanie, że leczenie przymiotu w okresie ostrym powinno być energiczniejsze, niż doradza prelegent: zamiast 5% salicylanu rtęci L. radzi 40% olej szary lub 10% kalomel, salwarsan zaś w postaci rozczyńców stężonych. Ujemny odczyn Wassermanna nie świadczy o wyleczeniu, o ile występuje zbyt szybko; w tych razach ma znaczenie t. zw. metoda prowokacyjna: jednorazowe wstrzyknięcie większej dawki salwarsanu po stwierdzeniu odczynu ujemnego wywołuje często zamianę tego odczynu w dodatni. Co do późnej kiły układu nerwowego, to zadaniem naszym jest raczej nie pozwolić na rozwinięcie się tych cierpień, niż leczyć rozwinięte. W tym względzie duże znaczenie ma badanie płynu mózgowordzeniowego („4 odczyn” Nonne-Appelta), gdyż pozwala rozpoznać ukryte cierpienia mózgu i rdzenia w okresie, poddającym się leczeniu.

c) K. Jaczewski (Lublin) stosuje leczenie przymiotu przetworem Ehrlicha od pierwszych nieomal chwil ukazania się tego leku, gdyż już w październiku 1910 miał sposobność otrzymać 20 tubek „606” wprost od jego wynalazcy. Pierwiastkowo stosował salwarsan w zawieszynie oleistej (ol. sezami), wstrzykując dawki 0·1—0·2—0·3, później zaś śródżylnie metodą Weintrauba. Ostatnimi czasy postuguje się wyłącznie zgęszczonymi rozczyńcami neosalwarsanu. Jak dotąd, nie spostrzegł ani jednego przypadku śmierci, ani też zaburzeń, któreby mogły budzić obawę o życie chorego, w szczególności zaś nie spostrzegł powikłań ze strony narządu wzrokowego, o których wspomniał kol. Pański. Mówca tembardziej to podkreśla, że opiera się na materiale szpitala, gdzie obok oddziału dla chorych wenerycznych istnieje i oddział oczny. Opisywane przypadki niepomyślne, które kończyły się śmiercią, możnaby podzielić na dwie kategorie. W jednej z nich możnaby się skłaniać ku przypuszczeniu, że śmierć mogła być skutkiem zbyt silnego odczynu ogniskowego sprawy swoistej; objawy występują już wkrótce po wstrzyknięciu. W drugiej zaś grupie domyślać się można poniekąd działania toksycznego; objawy mózgowo występują dopiero po paru dniach pozornego zdrowia. Aż dotąd J. nie zetknął się w praktyce z żadną z tych kategorii — wypowiedziane przypuszczenie opiera wyłącznie na przypadkach z piśmiennictwa. — Neosalwarsan stosuje bardzo często, lecz zarówno w dawkowaniu, jak i metodzie stosowania kieruje się pewnymi odchyleniami od reguł ogólnie przyjętych. Przedewszystkiem więc z obawy przed nadmiernym odczynem ogniskowym, zwłaszcza gdy choroba trwa już czas pewien, nie przepisuje od razu „914”, lecz podaje uprzednio ewentualnie rtęć i jod.

Stosuje dawki małe: Nr I, Nr II, rzadko Nr III, w odstępach 7 — 10 — 14-dniowych po kilkakroć nietylko z obawy przed toksycznymi właściwościami leku, lecz i dla innych jeszcze powodów. Spostrzegał bowiem wybitnie skuteczne działanie małych dawek nawet w bardzo ciężkich przypadkach przymiotu złośliwego. Takie przypadki nasuwają orientację szczególną i pobudzają do zwrócenia myśli w kierunku doszukiwania się analogii z powszechnie znanym stosowaniem chininy w trzeciaczce ongi i obecnie. Zamiast dużych dawek podajemy obecnie małe dawki chininy; byle zachowany był pewien obrachunek co do okresu napadu gorączki, skutek pomyślny jest prawie niezawodny. Otóż rodzi się pytanie, czy i w przymiocie nie należałoby dążyć do analogicznych stosunków, respective do wyszukania chwili odpowiedniej dla podania leku w tym, a nie innym okresie rozwoju pasorzyta, przez co możnaby naprawdę osiągnąć „therapiam sterilisantem magnam”. W leczeniu początkowych okresów władu rdzenia Jaczewski spostrzegał ustępowanie objawów podmiotowych, nawet bezład ruchów znikał, utrzymywało się to polepszenie nawet czas dłuższy (ponad 2 lata). Przedmiotowo zaś nie stwierdził J. ani razu powrotu odruchów lub zniknięcia innych klasycznych objawów choroby.

d) Prelegent (Kazimierz Perłowski) odpowiedział w sposób następujący: Co do neurorecydyw, Wechselman nie widział ich wcale (25.000 przypadków), Flinger zaś w drugim okresie przymiotu widział 44 razy na 600 przypadków i wobec tego nie radzi nawet stosować salwarsanu w tym okresie. Co do leczenia chorób układu nerwowego salwarsanem, zdania są podzielone, coraz częściej jednak spotykamy w piśmiennictwie wzmianki, że przy umiejętnym leczeniu osiągnąć można poprawę; własnego doświadczenia P. nie posiada. Co się tyczy poruszanej przez kol. Leyberga sprawy wlewań neosalwarsanu, to nieznaczne niedokładności techniki mogą wywołać (przy wstrzyknięciu do tkanki podskórnej) bądź ropowicę, bądź co najmniej nacieki, utrudniające następne wlewania; należy stosować przyrząd Hauptmanna, który od tych powikłań poniekąd zabezpiecza. Wysokie dawki rtęci nie są pożądane, gdyż, jak dowiedli liczni badacze (Hahn, Kostenbader), zamiast wzmacniać siły ochronne ustroju, zmniejszają je i osłabiają. W odpowiedzi kol. Jaczewskiemu zaznacza P., że pomimo stosowania dość dużych dawek salwarsanu nie miał powikłań; próbę Wassermanna, o ile jest dodatnią, uważa za pewną, ujemna zaś niczego nie dowodzi.

3) Józef Maybaum (Łódź):

O wczesnem rozpoznaniu raka narządów trawienia.

Liczba chorych na raka wzrasta z roku na rok; rak porywa coraz więcej ludzi młodych. Dopóki brak leczenia swoistego i środków zapobiegających tworzeniu się i rozpowszechnianiu raka, należy raka operować. Operacja może dać wynik pomyślny tylko, jeżeli dokonana jest wcześnie. Wczesne rozpoznanie raka jest możliwe przez: 1) uważne wysłuchanie skarg chorego i uwzględnianie wszelkich najdrobniejszych objawów przedmiotowych i podmiotowych; 2) skrupulatne badanie, szczególnie obmacanie brzucha „głębokie”; 3) badanie treści żołądka naczczo i po śniadaniu próbnem; 4) badanie kału co do krwi utajonej; 5) prześwietlanie żołądka i jelit; 6) wziernikowanie; 7) badanie odbytnicy palcem.

Dyskusja. a) A. Zawadzki (Warszawa) sądzi, że wszelkie dotychczasowe sposoby rozpoznawania raka są niedostateczne, gdyż wykrywają guz w okresie, już nie nadającym się do operacji. Lekarz domowy w razie najmniejszego podejrzenia

co do owrzodzeń w narządach trawienia powinien wzywać chirurga; chirurg niezawsze, nawet podczas operacji, określić może charakter stwierdzonego owrzodzenia;— rozstrzygającym jest dopiero badanie anatomopatologa, który zamraża podejrzaną cząstkę tkanki i przygotowuje natychmiast preparat barwiony, by jeszcze w czasie operacji dać odpowiedź chirurgowi; obmacywanie zaś, nawet najbardziej dokładne, stwierdza obecność guza wtedy już, gdy chorego uleczyć niepodobna. Wobec tego należałoby uświadamiać ogół, czem grozi zwłoka w operacji.

b) B. Dziemski (Lublin) w sprawie wczesnych objawów raka żołądka zaznacza, że niezawsze daje się zauważyć stopniowe zmniejszenie ilości kwasu solnego, częstokroć przeciwnie bywa nadkwaśność, co wraz z dodatnim odczynem utajonego krwawienia upoważnia do rozpoznania wrzodu żołądka. Praktyka wskazuje jednak, że dokonana gastroenteroanastomoza nie przynosi choremu korzyści, gdyż chodzi tu o rakowe owrzodzenie żołądka. Co do odczynu utajonego krwawienia, pamiętać należy, że przy zgłębnikowaniu żołądka błona śluzowa ulega obrażeniu; niewielkie krwawienie, jakie wówczas powstaje, wystarcza do stwierdzenia odczynu czułymi odczynnikami, co może wprowadzić nas w błąd, zwłaszcza w przypadkach braku soku żołądkowego (achylia). Pamiętać też należy, że niestrawione włókna mięsne dają odczyn dodatni przy badaniu kału co do krwi utajonej.

c) J. Dehnel (Będzin) podkreśla znaczenie stopniowego zmniejszania się ilości kwasu solnego, według Gluzińskiego.

d) Fidler (Radom) zapytuje prelegenta, czy stosował metodę Abderhaldena w celu wczesnego rozpoznawania raka; zgadza się z Dziemskim co do konieczności usunięcia mięsa z diety chorego na 3 dni przed badaniem kału co do krwi utajonej.

e) I. Watten (Łódź) podnosi wartość rentgenoskopii i rentgenografii w rozpoznawaniu raka żołądka w bardzo wczesnych nawet okresach; metoda ta jest dotąd niewątpliwie najlepszą, badanie jednak dokonane być musi przez bardzo doświadczonego rentgenologa. Należy przeto starać się, by powstawały gęściej pracownice rentgenologiczne i by wcześniej kierowani byli do rentgenologa chorzy z objawami „kataru żołądka”, który—u chorych po czterdziestce, a nieraz i wcześniej—zależy bardzo często od raka.

f) Prelegent (J. Maybaum) odpowiada, że 1) objaw zmian wydzielniczych (heterochylia) jest nader ważnym w rozpoznawaniu nowotworu, o czym mówił w odczycie; 2) próba Abderhaldena nie może liczyć na rozpowszechnienie w praktyce prowincjonalnej; 3) kwas mleczny jest tylko objawem zastoju z powodu zwężenia odźwiernika, lecz o charakterze zwężenia nie mówi; 4) rentgenoskopia jest niezmiernie ważna w rozpoznawaniu raka, lecz tylko współzręcznie z wynikami różnych sposobów badania mogą jej dane zaważyć na szali rozpoznania. W końcu powtarza M., że rak jest na równi z gruźlicą kłęską społeczną i walka z tą chorobą jest naszym obowiązkiem społecznym.

Z powodu nieobecności W. Chodźki przewodniczący udzielił głosu M. Arnstajnowi (Lublin), który odczytał pracę:

Braki w wykształceniu lekarzy prowincjonalnych Królestwa Polskiego i środki zaradzenia złemu.

Już na poprzednim Zjeździe Prowincjonalnym kolega Bronisław Sawicki, poruszając sprawę kształcenia lekarzy, stwierdził małe przygotowanie, z jakim u nas przeciętnie lekarz do praktyki przystępuje. Jeżeli tu mówię specjalnie o lekarzach

prowinjonalnych, to nie dlatego, bym uważał, iż wykształcenie ich więcej luk niż wykształcenie lekarzy stołecznych przedstawia. Zarówno w wielkich miastach, jak i w małych zakątkach znaleźć można lepiej lub gorzej przygotowanych do swego zadania lekarzy. A przecież i prowincja nie jednego dzielnego i znanego pracownika na polu medycyny wydała. Ale praktyka prowincjonalna stawia lekarzowi zadania bardziej skomplikowane, wymaga odeń wszechstronniejszej umiejętności, dając jednocześnie gorsze warunki materialne i umysłowe. Lekarz prowincjonalny musi umieć sobie radzić w najróżnorodniejszych wypadkach i, chcąc choć jakotako odpowiedzieć roli, jaka mu w udziale przypada, powinien by właściwie posiadać „wszelkie specjalności i niektóre inne”, a przynajmniej dobrze posiadać najważniejsze, a w innych, mniej ważnych, orjentować się przynajmniej na tyle, by w razie nagłego wypadku móżdż przedsięwziąć konieczne dla zapobieżenia bezpośredniemu niebezpieczeństwu zabiegi. Musi przede wszystkim znać dobrze akuszerję, sprawnie umieć wykonać związane z tą specjalnością rękoczynę, pedjatrję, choroby wewnętrzne, małą chirurgję, zaś w innych specjalnościach, jak laryngologja, otijatrja, oftalmologja, psychoterapja i t. p. móżdż radzić sobie w wypadkach pospolitych, a w więcej skomplikowanych orjentować się o tyle, by wiedzieć przynajmniej; kiedy dla pacjenta pomoc specjalisty jest niezbędna. Taką wszechstronność i zdobyć i utrzymać na należytych poziomie wogóle nie łatwo; wymaga zatem praktyka na prowincji przygotowania zarówno teoretycznego, jak i praktycznego bardzo gruntownego. Pragnąc wyświetlić jak się ta sprawa w rzeczywistości przedstawia, należałoby właściwie rozesać kwestjonarjusz do wszystkich lekarzy prowincjonalnych z pytaniami: jaką przeszli szkołę średnią, jaki uniwersytet, czy i jak długo pracowali w klinikach lub szpitalach przed rozpoczęciem praktyki, czy znają jaki język obcy, jaką posiadają biblijotekę, jakie pisma prenumerują, czy i jakie braki zauważyli w swem wykształceniu i co czynią, by im zapobiedz. Zachodziła jednak obawa, że ankieta tego rodzaju, jako dotykająca zbyt osobistych spraw, rozbije się o brak szczerości i niechęć wykazania swoich braków ze strony lekarzy. Po dojrzałym namysle postanowiłem wtedy ułożyć kwestjonarjusz tak, by, nie dotykając osobiście nikogo, dał nam pojęcie braków wykształcenia najbardziej odczuwanych przez lekarzy prowincjonalnych a także tych luk, jakie zauważyć mogli w przygotowaniu fachowem ci z lekarzy stołecznych, którzy stykają się z lekarzami prowincjonalnymi. Pozatem pytania moje miały na celu wyświetlenie przyczyn, powodujących owe braki i znalezienie środków mogących podnieść poziom wykształcenia teoretycznego i praktycznego lekarzy prowincjonalnych.

Ankieta brzmiała:

1. Jakie są braki lekarzy prowincjonalnych w Królestwie a) w wykształceniu ogólnem? b) w wykształceniu fachowem? c) w dziedzinie Pańskiej specjalności?
2. Czy mniejsze lub większe wykształcenie zależne jest od uniwersytetu do którego lekarz uczęszczał?
3. Jakie Szanowny Pan proponowałby środki zaradcze?
4. Czy po ukończeniu uniwersytetu studja powtórne i od czasu do czasu powtarzające się są konieczne?
5. W razie niemożności perjodycznego odświeżania wiadomości na uniwersytetach, czy nie mogłyby temu zadaniu podołać większe szpitale lub towarzystwa lekarskie i w jaki sposób?
6. Czy nie należałoby wydawać pisma lekarskiego polskiego, specjalnie poświęconego samokształceniu lekarzy prowincjonalnych?

Rozesłałem ogółem kwestjonariuszy 250. Z tych 119 do Warszawy, a 131 na prowincję. Odpowiedzi otrzymałem z Warszawy 18, z prowincji 43, z tych jedna zbiorowa z Tow. Lek. Polskiego; razem 61. Taki rezultat uznać musimy za bardzo pomyślny i dowodzący znacznego zainteresowania się daną sprawą. Ktokolwiek u nas podejmował jakąś ankietę wie, z jaką niechęcią spotykają się u nas zwykle tego rodzaju przedsięwzięcia. Jeden z kolegów Warszawskich zapewnił mnie, że na rozesłany w swoim czasie do lekarzy kwestjonariusz, nie otrzymał ani jednej odpowiedzi! Sądzę, iż zainteresowanie się moją ankietą przypisać trzeba w znacznej części temu, iż porusza sprawę, mającą duże społeczne znaczenie. Lekarze bowiem polscy nie zamykają się w ciasnym obrębie własnej specjalności, czujni na potrzeby społeczeństwa, gotowi są w każdej chwili przyłożyć rękę do wszelkiego czynu mającego dobro społeczne na celu. Otrzymałem odpowiedzi stanowiące całe memorjały, zarówno od kolegów prowincjonalnych, jak i od znanych powag stołecznych. Była między nimi nawet koperta ze stemplem pałacu Taurydzkiego. Niech mi wolno będzie na tem miejscu złożyć serdeczne podziękowanie tym wszystkim, którzy łaskawą odpowiedzią na kwestjonariusz stali się współautorami mej pracy.

A teraz rozejrzyjmy się w planie ankiety.

Braki wykształcenia ogólnego wymienione w nadesłanych odpowiedziach są następujące:

1. Słaba znajomość nauk przyrodniczych, szczególnie ogólnobiologicznych.
2. Słaba, a właściwie żadna znajomość filozofji, brak filozoficznego elementarnego podkładu myślowego, wytwarzający brak potrzeby szukania genezy i przyczynowości przy ocenieniu spostrzeganych zjawisk, nieumiejętność uogólniania, segregowania, wyciągania wniosków.
3. Nieznajomość logiki, brak wdrożenia do dokładności w działaniu.
4. Słaba znajomość nauk społecznych, co utrudnia działalność obywatelską.
5. Mała znajomość języków obcych i wypływające stąd czerpanie wiadomości z tandetnych przekładów późnionych wydań.
6. Mała znajomość literatury i historii zarówno swojskiej jak obcej.

Pozatem znajdujemy w odpowiedziach jeszcze zarzuty natury raczej moralnej jak: konserwatyzm, zaśniedziałość, zbyt łatwą zastosowalność do poziomu otoczenia, zapoznanie pierwiastków idealnych, no i ostatni choć nie najłżejszy zarzut — karty.

Jak widzimy większość skonstatowanych braków nie stanowi przywileju nie tylko lekarzy prowincjonalnych, ale nawet lekarzy wogóle, da się bowiem zastosować do przedstawicieli naszej inteligencji fachowej wogóle. Nie ulega jednak wątpliwości, że te luki w ogólnym wykształceniu nie tylko obniżają poziom ogólny stanu lekarskiego, ale przyczyniają się też pośrednio do zmniejszenia sprawności fachowej lekarza i zmniejszają wartość pomocy niesionej przezeń chorej ludzkości.

Przechodząc do braków specjalnie lekarskich, odpowiedzi na kwestjonariusz stwierdzają jednogłośnie niedostateczne przygotowanie kliniczne i laboratoryjne, niedostateczne przystosowanie nabytej wiedzy (przeważnie teoretycznej) do napotykaných wypadków, słabe wiadomości z diagnostyki (braki nawet w rozpoznawaniu chorób wewnętrznych) i terapii ogólnej, małą znajomość analizy chemicznej i nowych metod badania, dochodzące nawet do nieorientowania się w wynikach badania, dokonanego przez kogo innego. Pozatem lekarzom prowincjonalnym naj-

dotkliwiej daje się odczuwać niedostateczna znajomość praktycznego położnictwa i operacji położniczych, małe obeznanie z praktyczną pedjatrją, brak wprawy nieraz w najprostsze rękoczyny, bardzo powierzchowna znajomość niektórych specjalności, jak okulistyki, laryngologii, chorób przemiany materji, chorób umysłowych i nerwowych, a nadewszystko niedostateczna sprawność w zakresie tak niezbędnej dla lekarza prow. chirurgji.

Pojedyncze głosy konstatują pozatem:

1. Nieznajomość *pharmacopieae pauperum* i przepisywania leków zastosowanych do praktyki proletarcjackiej.

2. Nieznajomość działania na rozmaite organy i w rozmaitych warunkach używanych w lecznictwie środków.

3. Małą znajomość higieny i lekceważenie przepisów higieniczno-dyjetetycznych.

4. Małe obeznanie z zależnością objawów żołądkowo-kiszkowych od innych organów i symptomatologią chorób przewodu pokarmowego.

5. Lekceważenie pedjatrji, jako czegoś drobnego. Jak dowcipnie pisze, znany w literaturze pod pseudonimem Janusza Korczaka, kolega G.: dla dorosłych medycyna, dla dzieci medycynka, dla dorosłych rycyna, dla dzieci rycynka.

6. Lekceważenie **nauki medycyny**, przenoszenie nad nią **sztuki leczenia**, często bezkrytyczne stosowanie nowych i najnowszych metod.

7. Obawę, czy nieumiejętność w wykonaniu niektórych zabiegów, jak np. nakłucia; zwłaszcza lędźwiowe, upust krwi, płukanie żołądka, a także przesadną obawę w stosowaniu niektórych środków, jak naparstnica (z którą zresztą wielu wogóle nie umie się obchodzić), kamfora i t. p., które bywają zapisywane w zbyt małych dawkach u dorosłych,

8. Chaotyczność we wskazaniach do zabiegów chirurgicznych, jak np. w aku-szerji, gdzie kleszcze zakłada się często bez dostatecznych powodów.

9. Małą znajomość i pewne lekceważenie zasad aseptyki.

10. Szablonowość i szematyzm.

11. Wązki pogląd na cierpienia specjalne z zapoznaniem stanu ogólnego.

12. Zbyt szybkie załatwienia chorych nerwowych.

13. Nieznajomość szpitalnictwa i stąd zapoznawanie znaczenia pielęgniarstwa.

14. Tendencję do leczenia objawowego bez uwzględnienia przyczyn choroby, stąd nadmierne stosowanie narkotyków przynoszących chwilową ulgę choremu.

15. Zbyt praktyczny, handlowy pogląd na wiedzę lekarską i jej użytkowanie. „Zwykle myśli się najpierw o tem, co można otrzymać za swoją wiedzę, a potem, dopiero o tem, jak wiedzę swą uczynić odpowiednią, a raczej wypolerować by błyszcząca”, pisze złośliwie jeden z Kolegów.

16. Rażące zaniedbanie diagnostyki lekarskiej, metod perkusji i auskultacji. Oszołomieni nowemi odkryciami na polu bakterjologii, rentgenologii i t. p. lekarze zbyt często pokładają zbyt wielką wiarę w nowych metodach i, polegając zupełnie na tych badaniach (wykonywanych oczywiście nie przez nich) uważają się za zwolnionych po części od przeprowadzenia ścisłej auskultacji i perkusji, najważniejszych jednak przy łóżku chorego.

17. Kolega Bronowski, ordynator szpitala Przemienienia Pańskiego w Warszawie, przez którego ręce w przeciągu lat kilkunastu przeszło z górą 50 młodych z ławki szkolnej lekarzy, a między nimi i wielu prowincjonalnych, t. j. takich, którzy już jakiś czas praktykowali na prowincji, bardzo słusznie zwraca uwagę na

brak umiejętności **badania i myślenia po lekarsku**. Pewien kolega, któremu uczynił ten zarzut, dopiero po kilku miesiącach wspólnej pracy na oddziale szpitalnym zrozumiał o co chodzi i wyraził się bardzo trafnie, **że umieć myśleć po lekarsku, to znaczy umieć oczami mózgu przejrzeć chorego i z tego obrazu wywnioskować jak mu pomódz w jego cierpieniu**.

18. Nieumiejętność wejścia w położenia pacjenta, zrozumienia jego duszy, szczególnie nieumiejętność postępowania z ludem, brak prostoty, cierpliwości, zrozumienia chłopca, warunków jego bytu.

19. Brak idealnego pierwiastku miłości dla chorego i współczucia dla jego cierpień.

Wszystko to składa się na obraz dość niewesoły, a jakkolwiek zarzuty często są niezupełnie sprawiedliwe, a braki tu i owdzie znalezione wieloma dodatnimi rysami się kompensują, nie trudno dostrzedz, że ogólny poziom wykształcenia lekarzy prowincjonalnych koniecznie podniesienia wymaga. Wiemy wszyscy, jak źle przygotowanym do czekających go zadań jest student, udający się wprost z ławy uniwersyteckiej do małego miasteczka, lub osady, a z takich właśnie rekrutują się najczęściej lekarze prowincjonalni, nieposiadający środków materialnych na uzupełnienie studjów teoretycznych dłuższą pracą kliniczną i zmuszeni szukać natychmiastowego zarobku. „Po skończeniu uniwersytetu”, pisze jeden z kolegów prowincjonalnych, „nie miałem pojęcia o chorobach dzieciennych, o badaniu dzieci, nie widziałem ani zapalenie płuc, ani szkarlatyny, ani reumatyzmu stawowego. Jeszcze gorzej było w dziedzinie laboratoryjnej, w najprostszycb badaniach serca i płuc, wszędzie luki, które trudno zapełnić”.

Inny skarży się: „Brak mi było zupełnie znajomości badań analitycznych wydzielin kału, moczu, soku żołądkowego, krwi, nalołów”.

Że badania te nie są bynajmniej przesadzane, wiem z własnego doświadczenia. Ukończyłem Uniwersytet Warszawski w 1882 r. Kurs nasz nie należał do najlepszych; prawie żaden z nas nie pracował u czcigodnego Hoyera, nie umiał przygotować preparatu histologicznego, a jakkolwiek anatomja patologiczna wykładana była świetnie, o przygotowaniu preparatu anatomopatologicznego żaden nie marzył, kurs fizjologii nie zadawał nikogo; z ogólnej patologji mieliśmy tylko pojęcie niezłe o teorii zapaleń Cohnheima, bakterjologia była w zarodku, wewnętrzna klinika nie nauczyła nikogo ani perkussji, ani auskultacji, badania prawidłowego moczu żaden student nie był obowiązany wykonać; chirurgja uniwersytetu warszawskiego rok przedtem z tryumfem święciła dwie pierwsze dokonane szczęśliwie laparotomje, a było to w czasie, gdy zagranicą laparotomja należała już do łatwych operacji, a Bielroth z zegarkiem w ręku w przeciągu 20 minut trudniejszych dokonywał laparotomji; żaden z nas nie umiał nakładać prostego szwu chirurgicznego, ani wykonać najprostszego rękoczynu. W tym samym roku kiedy Semmelweissowi stawiano pomnik, studenci uniwersytetu warszawskiego wprost z prosektozjum chodzili na salę rodzących, a instytut położniczy musiał zamknąć podwoje dla nauki i położnic z powodu zakażeń poporodowych. Z lokalizacji w mózgu wiedzieliśmy tylko o centrum Broca; na psychiatrję nikt nie uczęszczał; laryngologję **pokazał** nam asystent dwa czy trzy razy na swojej krtani; pedjatrji wcale nie było, choroby uszu, żołądka, praktyczne wiadomości z okulistyki, gynecologii nie były wspomniane. Z takim zapasem wiadomości miało się iść w świat i nieść z nimi pomoc,

Czy w następnych pokoleniach lekarzy dużo zmieniło się na lepsze, bardzo wątpię; wiem, że rzadko który umie przygotować preparat anatomo-patologiczny,

rzadko który umie badać krew, władać mikroskopem, bakterjologja szwankuje, a i perkussja i auskultacja nie stoją na należytych poziomach. Przeciętny student niemiecki obowiązkowo wysłuchuje 2 — 3 kur:ów perkussji i auskultacji. W uniwersytetach niemieckich ważnym czynnikiem wykształcenia jest instytucja prywat. docentów; w ten sposób np. w Berlinie wypada jeden wykładający na 9 — 10 studentów, w Halli jeden na 6 — 7. Jak z powyższego widzimy owe rażące braki wykształcenia lekarskiego w znacznej części przypisać trzeba uczelni nieodpowiadającej swemu zadaniu. Na zapytanie „czy mniejsze lub większe wykształcenie zależne jest od uniwersytetu, do którego lekarz uczęszczał?” z 61 otrzymanych odpowiedzi, dziesięć tylko brzmi przecząco. Reszta w dużym stopniu czyni wykształcenie lekarza zależnym od uczelni, w której nauki pobierał. I słusznie, bo jakkolwiek przy dobrych chęciach student nawet w najlichszym uniwersytecie czegoś nauczyć się może, jeśli pracuje w pozauniwersyteckich oddziałach szpitalnych, kółkach samokształcenia, dużo czyta i t. d. to jednak obowiązkiem uczelni jest dać pewien całokształt wykształcenia fachowego, i nie można nazwać normalnym takiego położenia, w którym student wychodzący z uniwersytetu musi wszystkiego uczyć się na nowo, i to takich rzeczy, które każdy słuchacz innego uniwersytetu z ławy szkolnej wynosi.

Oczywiście trzeba umieć korzystać z najskromniejszych nawet danych pracy. Wszak z uniwersytetu Warszawskiego wyszli Dunin, Krajewski, Matlakowski, że tych tylko na razie wymienię, ale ileż wysiłków, ile pracy z ich strony trzeba było by dopełnić wadliwy system nauczania! A przecież tylko nieliczne jednostki zdolne są do takich samodzielnych wysiłków. Większość musi mieć zdolnych i rozumnych kierowników, dających myśl przewodnią ogólną, umiejących zaszczerpić zamiłowanie do wykładanych przedmiotów, ukazać drogi jakimi kroczyć należy, by uzupełnić w dalszym ciągu nabytą wiedzę. Pozatem musi uczelnia dać choć jakie takie przygotowanie praktyczne, a więc dać możność pracy w klinikach, laboratoriach i pracowniach.

W Warszawie za czasów szkoły głównej były wprawdzie fatalne kliniki, brakło pracowni, brakowało niektórych katedr, ale była garstka dobrych nauczycieli; potem zjawily się lepsze kliniki, jakie takie pracownie, ale — zabrakło ludzi.

A oto jaki surowy wyrok na uniwersytet Warsz. wydał Profesor Aszkenazy w swej broszurze o tej uczelni:

„Na podstawie czysto rzeczowej djaagnozy, z całą rozwagą, z całą świadomością ciężaru takiego orzeczenia, nie wahamy się wręcz oświadczyć: nie przyznajemy przy obecnym stanie rzeczy odpowiednim oświadczeniom dyplomowym uniwersytetu Warszawskiego, wedle naszego naukowego sumienia nie możemy im przyznać pełnego wystarczającego waloru wewnętrznego, pełnej równoważnej mocy nostryfikacyjnej, ani we właściwym uczonym, ani też w ściśle zawodowym ich zakresie i znaczeniu”.

Odpowiedzi na kwestjonarjusz jednogłośnie stawiają na najniższym szczeblu, uniwersytety: warszawski i rosyjskie, przyznając znaczną wyższość nad nimi uczelniom: Lwowskiej i Krakowskiej, a także uniwersytetom szwajcarskim, francuzkim i niemieckim, przyczem jedni uważają niemieckie za lepsze od francuzkich, inni przeciwnie uważają francuzkie za najlepsze. Doktor Sokołowski zwraca słuszną uwagę na to, że uniwersytety francuzkie dają dobre przygotowanie tylko tym studentom, którzy zdają tam całkowity państwowy egzamin.

Trzeba też zwrócić uwagę i na to, że student medyk wstępuje na uniwersytet bardzo źle przygotowany do czekających go studjów. Wymagany patent gimnazjalny nie daje absolutnie żadnej gwarancji odpowiedniego przygotowania ani pod względem ogólnym, ani pod względem przyrodniczym. Wiemy dobrze, jak traktowaną była „przyroda” w dawnej szkole średniej. Student pierwszego kursu medycyny, chcąc odnieść jaką taką korzyść z wykładanych przedmiotów, powinien by był rozpocząć naukę przyrody ab ovo. Ale tacy należą do wyjątków. Na ogół student I-go kursu, jak to stwierdzają odpowiedzi na kwestjonarjusz, nietylko nie dopełnia brakujących wiadomości, ale przez cały rok mocno lekceważył sobie te przyrodnicze wykłady, ograniczając się do przestudjowania w końcu roku litografowanych kursów z zoologii, botaniki, mineralogji (razem 5 arkuszy).

Że i ogólne wykształcenie wyniesione z dawnej szkoły średniej nie wiele przyczyniało się do podniesienia poziomu umysłowego, wiadomo powszechnie. Bo jaką korzyść przynieść mogą sucho i powierzchownie traktowane humaniora, nie dające najmniejszego pojęcia o duchu Rzymian i Greków, lub historia tendencyjnie falszywa? Obecnie zaszła oczywiście pod tym względem znaczna zmiana na lepsze, dzięki podniesieniu się programów szkolnych; należałoby tylko położyć większy nacisk na zajęcia praktyczne laboratoryjne.

Ale uczelnia zarówno średnia, jak i najwyższa, nie jest wszystkim i nawet gdy jest najlepsza, nie wszystko dać może. „Lekarza wyrabia nie uniwersytet, lecz życie”, — pisze jeden z kolegów. Jest w tem duża doza prawdy. Zobaczmyż, jak, w świetle odpowiedzi na kwestjonarjusz, przedstawiają się warunki tego życia, które ma „wyrobić” lekarza prowincjonalnego.

Osiadłszy w małym miasteczku lub osadzie, w najskromniejszych warunkach materialnych, w nieustannej pracy zawodowej, nieznający ani święta, ani nawet regularnego nocnego wypoczynku, młody lekarz przymusowo tworzy „wieczne pogotowie ratunkowe”, musi się znać na wszystkim, musi mieć na wszystko gotowe formułki, niema u kogo zasięgnąć rady, niema z kim podzielić się jakąś wątpliwością; jeżeli jest sumienny, uczy się na własnych błędach, wertuje książki, gdy może wyrывa się kiedyś w świat na dalszą naukę, i z czasem po wielu trudach i walkach na dzielnego medyka wyrasta, mamy wszak już takich spory zastęp. Często jednak, gdy praca nad siły przedwcześnie zdrowie stera, gdy warunki materialne na wyjazd dla uzupełnienia i odświeżenia wiadomości nie pozwalają, najlepsze chęci w niwecz idą, młody, pełen niegdyś zapału student, wpada w apatię, zniechęca się do wszelkiej pracy naukowej, praktykę swoją odbywa z musu byle zbyć i byle na utrzymanie zarobić, a wieczorem szuka pociechy — w kartach. A i takich jest wielu, którzy pozbawieni możności kontrolowania swej umiejętności przez styczność z innymi lekarzami i narady koleżeńskie, „wyleczywszy” szczęśliwym trafem jednego, drugiego pacjenta, nabierają wygórowanego pojęcia o swojej własnej wielkości, a pogardy dla wszelkich skomplikowanych i „uczonych” metod i stają się przedstawicielami przysłowicznego typu lekarza-konserwatysty, spadając niemal do poziomu felczeryzmu.

Ale w obecnych warunkach nietylko lekarz osiadły na głębokiej prowincji napotyka trudności w uzupełnieniu luk swego wykształcenia. Nawet w większych trochę miastach, gdzie jest po kilku, lub kilkunastu lekarzy, niewiele okazji do nauki młody lekarz znaleźć może. Jeżeli wziął się do praktyki bezpośrednio po skończeniu uniwersytetu, zaraz na wstępie napotka tysięczne trudności, dające mu

poznać niedostateczność przygotowania, jakie wyniósł z uczelni. Między teorią a praktyką leży przepaść, którą tylko wytrwała praca kliniczna wypełnić może. Że lekarze nasi zdają sobie z tego sprawę świadczy niezbicie obecna ankieta. Wszystkie odpowiedzi jednogłośnie stwierdzają konieczność dłuższej pracy klinicznej, lub szpitalnej bezpośrednio po skończeniu studiów uniwersyteckich, różniąc się jedynie w oznaczeniu długości tego terminowania (od kilku miesięcy do 2 lat). W krajach zachodniej Europy oddawna zwrócono uwagę na potrzebę wydoskonalenia praktycznego; już przy samych egzaminach ostatecznych żądane jest zwykle tak znaczne przygotowanie praktyczne, że studenci chcąc niechcąc muszą pilnie pracować po klinikach, ambulatorjach, odbywać repetycje z asystentami oddziałów, by zadość uczynić wymaganiom egzaminacyjnym. W Niemczech zresztą student po złożeniu egzaminu państwowego dla otrzymania dyplomu musi jeszcze odbyć roczną praktykę w jakimkolwiek szpitalu. Jednym więc z najpilniej wskazanych środków zaradczych byłaby musowa praca praktyczna w szpitalach i klinikach bezpośrednio po skończeniu uniwersytetu. Mówię **musową**, bo jakkolwiek nie w naszej mocy jest utworzenie takiego zastrzeżenia dyplomowego, to jednak można za pomocą nacisku opinii ogólnolekarskiej, towarzystw lekarskich, rezolucji zjazdów i t. p. wytworzyć usus obyczajowy, nie pozwalający lekarzowi mieć się praktyki prywatnej przed odbyciem owego terminu, przynajmniej rocznego. Dane o tem, jak zagranicą zorganizowana została praca praktyczna dla kończących uniwersytet lekarzy, zebrał bardzo skrzętnie kolega Sawicki w przygotowanej na Zjazd Łódzki pracy, do której ciekawych odsyłam.

Drugim środkiem zaradczym powinno być perjodyczne odświeżanie wiadomości co lat parę. Nieustanny postęp nauki, nowe odkrycia, zarówno teoretyczne, jak praktyczne, nowe metody badania, sprawiają, że wiedza, zdobyta na najlepszym nawet uniwersytecie i w najlepszych klinikach, staje się po niej jakimś czasie niedostateczną. To też wszystkie odpowiedzi na kwestjonariusz jednogłośnie uważają wyjazdy na studia co lat kilka za konieczne, przyczem większość zaznacza, że powinny to być studia raczej praktyczno-kliniczne. Dziś już ci z lekarzy, którym pozwalają na to środki materialne, w miarę możliwości wyrwywają się od czasu do czasu zagranicę by korzystać z tak zwanych wykładów wakacyjnych, urządzanych na zachodzie. Mamy takie kursy we Lwowie i Krakowie, cieszyły się one w swoim czasie dużym powodzeniem. Ale wyjazdy na zachód, a nieraz nawet i do Lwowa i Krakowa nie dla wszystkich są możliwe. A przecież nie o jednostki nam chodzić powinno, lecz o ogół lekarzy, a najwięcej właśnie o tych, którym ciężkie warunki bytu pracę samokształceniową utrudniają. Trzeba więc myśleć o tem, by student kończący uniwersytet znalazł sposób zdobycia koniecznej wiedzy praktycznej, a lekarze praktycy — możliwość odświeżania swych wiadomości w kraju, z możliwie małym nakładem materialnym i niewielką stratą czasu. Za takie miejsca nauki praktycznej mogą służyć w pierwszym rzędzie oczywiście szpitale, kliniki i pracownie Warszawskie. Na 61 otrzymanych odpowiedzi 2 tylko wyrażają powątpiewanie co do możliwości otrzymania potrzebnej wiedzy w szpitalach Warszawskich i to z przyczyn raczej technicznych. Zresztą wszyscy zgadzają się na to, że przy dobrej woli możnaby zorganizować zarówno praktyczną pracę dla kończących kurs studentów, jak i kursy wakacyjne dla lekarzy praktycznych. Nie brak ani ludzi, ani szpitali, ani pracowni odpowiednich. Wzory i tu mamy gotowe zagranicą. Myślę, że i szpitale prowincjonalne mogłyby się stać terenem pracy zarówno dla kończących kurs, jak miejscem czerpania świeżego zasobu wiedzy co lat parę dla lekarzy-praktyków.

Inna rzecz, że wymagałoby to pewnych reform w szpitalach, a także powiększenia liczby szpitali, żeby **każdy** lekarz mógł odbyć praktykę szpitalną, wymagałoby to, jak słusznie zaznacza kolega Temerson, zniesienia pewnego rodzaju monopolu i majoryzacji, panujących obecnie w szpitalach. Z reform szpitalnych oczywiście najważniejsze były by: zaopatrzenie tych instytucji we wzorowe pracownice i laboratorja, zreorganizowanie instytucji asystentów, jak to projektował już na zjeździe Łódzkim kol. Sawicki, lepsze uposażenie ordynatorów i naczelnych lekarzy, by nie byli zmuszeni szukać dodatkowych zarobków poza obrębem szpitala, na co słusznie zwraca uwagę kol. Borsukiewicz; od lekarza naczelnego wymagać, jak to radzi kol. Kunig, wytrzymania konkursu, lub zdania egzaminu dodatkowego; kolega Łuniewski proponuje by ordynatorom nałożyć **obowiązek** uczenia młodych adeptów i urządzanie co czas pewien kursów dla lekarzy okolicznych. Spełniłoby się wtedy może i życzenie kolegi Stanisławskiego „by każdy szpital na prowincji, będąc rozsądnikiem kultury higienicznej był zarazem środowiskiem nauki polskiej, pracownią naukową, w której ciągle kształcić się winni lekarze”.

Jakim warunkom powinny odpowiadać kursy wakacyjne i jaka ma być ich treść?

1. Powinny odbywać się w czasie najdogodniejszym dla lekarzy praktyków t. j. w czasie świąt i wakacji.

2. Powinny być krótkie (kursy w Kolonji trwają 10 dni).

3. Powinny być płatne, jak słusznie zwraca uwagę kol. Starkiewicz, by lekarze nie kępowali się myślą, iż zabierają asystentom i ordynatorom czas bez żadnego wynagrodzenia.

4. Treść ich może się składać a) z powtórzenia dawniejszych zasobów wiedzy, b) z nowszych zdobyczy w poszczególnych dziedzinach, z dużym naciskiem na wykonawstwo praktyczne.

5. Powinny unikać rzeczy drobiazgowych, przeznaczonych do rozstrzygnięcia zbyt subtelnych zagadnień nauki i fachu, jak to zaznacza kol. Bronowski. Powinno się bowiem mieć na uwadze, iż nie chodzi tu o posuwanie naprzód nauki, ale o utrzymanie ogółu lekarzy na poziomie nauki ogólnieuropejskiej.

6. Materiał okazowy powinien być zebrany ze wszystkich szpitali, a także z klinik prywatnych, co przy dobrej woli jest zupełnie możliwe.

7. Program powinien być opracowany przez szpitale przy udziale większego koła lekarzy i, jak słusznie zwraca uwagę kol. Hewelke, powinien uwzględnić żądania tych, co z nich korzystać mogą t. j. lekarzy prowincjonalnych.

Niemalą rolę w urządzeniu tych kursów mogą odegrać Towarzystwa Lekarskie obejmując część teoretyczną a także pośrednictwo.

Zdaję sobie dokładnie sprawę z tego, że urządzenie tego rodzaju kursów napotka różnorodne i niemałe trudności: brak funduszy, trudność zebrania od hoc potrzebnego materiału okazowego, nieraz brak prelegentów i t. p. Gdzieindzie takie rzeczy subsydjowane są przez państwo, zarządy miast i t. p. u nas na to liczyć nie można. Na tem polu, jak i na wielu innych, prywatna inicjatywa musi czynić wszystko co jest w jej mocy. A pomoc jest konieczna i to natychmiastowa inaczej grozi nam, jak to zaznacza kol. Rzętkowski, spadnięcie do poziomu pielęgniarzy i felczerów. Pomimo różnych przeszkód i ograniczeń, jakim podlegamy, moglibyśmy zrobić daleko więcej niż by się zdawać mogło, trzeba tylko umieć korzystać z tego co jest, choćby wyzyskując istniejące już placówki. Weźmy np. takie Towarzystwa Lekarskie prowincjonalne. Czyż nie mogłyby się one przy odro-

binie dobrej woli stać naprawdę ogniskami wiedzy lekarskiej, budząc w swoich członkach zamiłowanie do zawodu, utrzymując kontakt między nimi za pomocą pogadanek, starając się o odpowiednie wykłady za pomocą wymiany prelegentów i t. p.? Obejmując przytem wszystkich lekarzy danej prowincji — **należenie do Towarzystwa Lekarskiego** powinno być **obowiązkowe**. Odczyty czy to teoretyczne, czy to kazuistyczne w Tow. Lek. powinny się odbywać według pewnego wspólnie ułożonego programu, tak, żeby każde posiedzenie stanowiło pewien całości kształt, a nie tak, jak to się dziś dzieje, że jednego i tego samego wieczoru odczytuje się i pokazuje różnorodne rzeczy, nie mające najmniejszego związku ze sobą, co znacznie zmniejsza korzyść umysłową, jaka mogłaby być osiągnięta gdyby praca była planowo z góry ułożona.

Pozatem mogą Tow. Lek. także przyczynić się do rozwoju czytelnictwa, układając katalogi najniezbędniejszych książek dla kolegów prowincjonalnych, chcących założyć sobie większą czy mniejszą bibliotekę podręczną, tym zaś, którym ograniczone środki na kupno większej ilości książek nie pozwalają, Tow. Lek. powinny, jak to zaznacza kol. Kaczyński, ułatwiać dostanie książek i pism bez zbytniego obciążania budżetu za pomocą uzyskiwania ulg w księgarniach i wypożyczania na czas oznaczony kolegom prowincjonalnym droższych wydawnictw. Kolega Rotkiel zwraca uwagę na potrzebę tanich wydawnictw. W każdym razie, tym czy innym sposobem, trzeba przeciwdziałać koniecznie temu „wstrętowi do drukowanego słowa”, który stanowi prawdziwą bolączkę stanu lekarskiego na prowincji, a przynajmniej ułatwić czytelnictwo tym, którym brak jedynie środków a nie dobrej woli.

Z innych środków podniesienia poziomu lek. prow. zaznaczę tu jeszcze, proponowane przez kolegę Stanisławskiego, urządzenie małych kótek lekarskich wszędzie, gdzie jest tylko kilku lekarzy i kwartalne przynajmniej zjazdy lekarzy z bliżej położonych osad i miasteczek, wskazane przez kol. Maybauma. Taka częsta wymiana myśli, udzielanie sobie nawzajem spostrzeżeń z praktyki, mogłyby niewątpliwie stać się niemałą podniętą do pracy. Koledzy Rechniowski i Goldberg zwracają słuszną uwagę na to, że trzeba koniecznie agitować w kierunku specjalizacji lekarzy prowincjonalnych. W mieście, gdzie pracuje 2—3 lekarzy, pewne dziedziny byłyby oczywiście wspólne, ale każdy z nich mógłby się pozatem wydoskonalić w jednej jakiejś specjalności np. oftalmologii, otolaryngologii, ginekologii i t. p. jest to możliwe nawet w stosunku do lekarzy pojedynczych, mieszkających w bliskim względnie promieniu jeden od drugiego. W takich warunkach nawet urządzenie podręcznego pokoju operacyjnego mogłoby się opłacić.

Jednym ze środków podniesienia poziomu wykształcenia fachowego lekarzy prowincjon. mogłoby też być odpowiednio prowadzone pismo. Na zapytanie, czy stworzenie nowego pisma samokształceniowego dla lekarzy prowincjon. jest pożądane, 43 głosy oświadczyły się za potrzebą takiego organu, przyczem 31 z nich obstaje za kreowaniem zupełnie nowego organu, a 12 proponuje zreformowanie któregoś z istniejących pism i zastosowanie go do potrzeb samokształcenia lekarzy prowincjon. 18-tu kolegów tylko uważa pismo tego rodzaju wogóle za zbyteczne.

Co do treści pisma, to prawie wszyscy uważają, iż powinno ono być prowadzone w przeważnie praktycznym kierunku, że powinno zawierać rzeczy ustalone praktyką i dające się w praktyce prowincjonalnej zastosować, że nie powinno wkraczać na pole dociekań czysto teoretycznych. Powinno zamieszczać referaty zbiorowe, stanowiące przegląd postępów w różnych dziedzinach umiejętności.

Kolega Kozłowski proponuje, żeby lekarze specjaliści drukowali w piśmie poglądy na znaczenie nowych odkryć i metod, krytyczną ocenę dotychczasowych metod diagnostycznych i terapeutycznych, a także nowych podręczników. Kazuistyka według niego powinna być zupełnie wyłączona, jak również prace zbyt specjalne, a streszczenia prac powinny być połączone zawsze z oceną krytyczną. Kolega Seweryn Sterling zwraca uwagę, że pismo samokształceniowe nie powinno być organem pouczania lekarzy prowincjon. przez lekarzy wielkomięjskich, lecz służyć musi do wzajemnego pouczania się kol. prowincjon. Kolega Maybaum również uważa, iż powinno być wydawane i zasilane przez lekarzy prowincjon., na wzór byłego „Czasopisma Lekarskiego”, które bardzo przyczyniło się do podniesienia poziomu umysłowego lekarzy prowincjon. Kolega Szczepaniak przypomina potrzebę zaprowadzenia w piśmie działu informacyjnego, odpowiedzi na pytania w kwestiach wątpliwości, skrzynki zapytań, która wytworzyłaby kontakt z czytelnikami. Pismo mogłoby także dostarczać dzieła naukowe dla lek. prowincjon. za wynagrodzeniem. Kolega Sochacki zwraca uwagę na potrzebę omawiania w piśmie spraw etycznych i zawodowych. Pismo takie powinno być miesięcznikiem, lub kwartalnikiem, a program powinien być ułożony przez poważne grono lekarskie. Kolega Harusiewicz proponuje by program był układany na Zjazdach Lek. Prowincjon., lub na perjurycznych zjazdach delegatów wszystkich Towarz. Lekarsk. Prowincjon.

Zarówno stworzenie takiego nowego pisma, jak powiększenie i zastosowanie do wyżej wymienionych potrzeb któregośkolwiek z istniejących wymaga dużych środków materialnych.

Zagranicą pisma lekarskie utrzymują się głównie z ogłoszeń różnych środków leczniczych. U nas, jak słusznie zaznacza kol. Sterling, na to liczyć nie można za biedniejszy na to, by tak wiele leków kupować, więc się fabrykantom podtrzymywanie pism polskich ogłoszeniami nie opłaca. Kolega Rzętkowski proponuje, by subskrypcją zapewnić pismu tysiąc prenumeratorów na 3 lata z ceną 15 rub. rocznie; zapewniwszy pismu w ten sposób na dłuższy czas byt, możnaby program należyście przeprowadzić. Wydaje mi się to możliwe do wykonania, a w każdym razie stosowniejsze niż proponowane przez kilku kolegów kołatanie o wsparcie do Kasy Mianowskiego. Hasłem bowiem naszym powinna być **samopomoc**, oparta na zrzeczeniu się i spółdzielczości, jak najszerzej pojętej. Nie czekając, aż gdzieś, kiedyś, jakieś „siły wyższe” opieki i pomocy swej nam użyczą, musimy dziś, tu, i zaraz ująć we własne ręce tak palącą sprawę podniesienia poziomu wykształcenia naszego, nie licząc na żadne poparcia z zewnątrz, ufni w potęgę „gromady”. Rozwój spółdzielczości w ostatnich czasach dowiódł niezbitą potęgę zbiorowości. Tę więc siłę zbiorową do sprawy naszej zaprzędz należy.

Streszczam się: wszelkimi siłami do poprawy obecnego stanu dążyć należy. Odkładając sprawę uniwersytetu do lepszych czasów, powinniśmy tymczasem wszystkie wysiłki skierować ku uzupełnieniu braków wykształcenia lekarzy prowincjonalnych za pomocą tych środków, jakie leżą w zakresie dostępnym dla nas, a mianowicie:

1. Starać się o rozszerzenie działalności prowincjonalnych towarzystw lekarskich, opracowanie programu dla nich, objęcie nimi wszystkich lekarzy.
2. Ponieważ szpitale mają się stać terenem nauki przyszłych pokoleń kształcących się lekarzy, należy starać się o rozwój i reformę szpitali, domagając się niezmordowanie lepszego wynagrodzenia lekarzy szpitalnych, zaprowadzenia inter-

nów, prosektorów, pracowni, laboratoriów, a także konkursów, lub dodatkowych egzaminów dla lekarzy naczelnych.

3. Ustanowić pewnego rodzaju usus moralny, aby studenci, kończący kurs, obowiązkowo odbywali praktykę szpitalną, przynajmniej roczną, i aby każdy lekarz praktykujący obowiązany był przynajmniej co trzy lata odświeżyć swe wiadomości za pomocą kursów wakacyjnych.

4. Starać się o pomoc materialną dla kończących kurs lekarzy, nie mogących z powodu braku środków odbyć studjów praktycznych.

5. Starać się o pozwolenie na założenie „Towarzystwa samokształcenia lekarzy”, któreby zajęło się organizacją czytelnictwa, roku praktyki, wykładów wakacyjnych, stypendjów i stworzeniem pisma, ewentualnie zastosowaniem jednego z istniejących do potrzeb samokształcenia lekarzy prowincjonalnych.

6. Zachęcić lekarzy na dalszej prowincji do możliwego uwzględnienia specjalizacji, a także do perjodycznych zebrań organizowanych między najbliższymi sąsiadami.

7. Wyłonić komisję stałą, złożoną z delegatów, któraby, zanim „Towarzystwo samokształcenia” dojdzie do skutku, nawiązała układy z uniwersytetami w Krakowie i Lwowie w celu zastosowania tamtejszych kursów do wyżej wymienionych potrzeb, któraby nawiązała stosunki z instytucjami naukowymi i redakcjami lekarskich pism Warszawskich w celu pośredniczenia w ukazywaniu chętnym miejsc do pracy w szpitalach, klinikach i laboratoriach, któraby gromadziła fundusze i miała obowiązek moralnej kontroli nad wykonaniem uchwał zjazdu.

III POSIEDZENIE

(w poniedziałek 1 czerwca 1914 r. o godz. 9 rano).

Prezydjum: J. Szawelski (Siedlce), J. Puterman (Sosnowiec), S. Sitkowski (Radzyń); sekretarze: Borsukiewicz, Prussak, Wąsowski.

1) **Dyskusja** nad wnioskami z odczytu M. Arnsztajna (z Lublina) **co do zaradzenia brakom w wykształceniu lekarzy prowincjonalnych** (podanymi w poprzednim sprawozdaniu).

a) J. Zawadzki (z Warszawy) zaznacza, że podział lekarzy na wielkomiejskich i prowincjonalnych nie jest słuszny: nauka zdemokratyzowała się i jest dostępna zarówno dla lekarzy warszawskich, jak i prowincjonalnych; niema i nie może być różnic pomiędzy lekarzem warszawskim, a łódzkim i lubelskim. Lekarze polscy naogół stoją na wysokości zadania, a że są wśród nich ludzie, którzy nie chcą pracować, to zarówno w Warszawie, jak na prowincji zależy to tylko od cech osobnika i uogólnieniom nie podlega. Pisma lekarskie robią, co mogą; wszystkie stawiają sobie za zadanie kształcenie lekarzy, lecz nie jest bynajmniej wskazane, by unikać miały kazuistyki, która jest podstawą naszej wiedzy klinicznej. Nie mogąc dla braku czasu omówić wszystkich wniosków prelegenta, zaznacza mówca,

że zakładanie nowych pism jest niemożliwe, choćby ze względów materialnych. Towarzystwo samokształcenia jest mrzonką niewykonalną w obecnych warunkach, powinny zająć się tem Towarzystwa lekarskie; prelegentów łatwiej sprowadzić, niż lekarzom prowincjonalnym jeździć na kursa.

b) A. Puławski (z Warszawy) sądzi, że prelegent za mało krytycznie przedstawił odpowiedzi na rozesłaną ankietę: obraz, przez niego przedstawiony, byłby wielce przygnębiający, gdyby był prawdziwy. Prawdą jest, że lekarze nasi pracują w warunkach ciężkich, że trudno im się kształcić i utrzymywać na wyższym poziomie wiedzy i zadań społecznych; trudności te jednak są pokonywane, czego dowodem są choćby Zjazdy, sumienne prace w pismach lekarskich, ulepszanie szpitali i t. p. Wszyscy żyjemy w warunkach trudnych, nienormalnych, odczuwając nieraz brak... tlenu, lecz jak względne beztlenowce mamy nadzieję, że ów tlen na nas spłynie. Samokrytyka jest dobra i potrzebna, nie należy jednak wpadać w Weresa-jewszczyznę! Zadaniem naszym byłoby ułatwić to ciężkie życie lekarzy, oszczędzić im utraty sił, jakie ponoszą dla zdobywania tego, co gdzieindziej łatwo przychodzi, o czem myśli państwo, gminy i t. p. Można przeto zgodzić się na niektóre wnioski prelegenta, lecz z pewnemi zmianami; co do pisma n. p., to stwarzanie organu, poświęconego specjalnie samokształceniu, byłoby zbyteczne, wszak próby podobne nie udały się już dla braku autorów i prenumeratorów. Każde z istniejących pism może łatwo ramy swe rozszerzyć i odpowiedzieć stawianym żądaniom, o ile znajdzie poparcie autorów i odbiorców.

c) Br. Sawicki (z Warszawy) znajduje, że szeroka dyskusja, stawianie ostatecznych wniosków na zebraniu ogólnem, nie doprowadzą do celu i proponuje wybranie komisji, któraby zajęła się sprawą i zrobiła to, co uzna za możliwe.

d) K. Rozenfeld (z Częstochowy sądzi, że gdyby nawet obraz, odmalowany przez prelegenta (M. Arnsztajna), uznać za zbyt jaskrawy, zgodzić się trudno, abyśmy mogli uważać się za stojących na wysokości zadania: Towarzystwa lekarskie w większości przypadków nie mogą spełniać należycie swych zadań i w przyszłości dążyć należy do podniesienia ich poziomu naukowego. Czytelnictwo również rozwinięte jest słabo, tworzenie zaś organu prowincjonalnego z wielu względów byłoby trudne. Należy prosić redakcje pism istniejących o uwzględnianie kierunku praktycznego, odpowiadającego potrzebom lekarzy prowincjonalnych.

e) St. Rechniowski (z Piotrkowa) staje w obronie lekarzy prowincjonalnych, uważając, że postawione im zarzuty są mało lub wcale nie uzasadnione. W szczególności nieuzasadniony jest zarzut co do niższego stopnia wykształcenia ogólnego lekarzy prowincjonalnych: na wykształcenie ogólne składają się wszak czynniki takie, jak wrodzone zdolności i upodobania, wychowanie, wykształcenie szkolne, wreszcie zawodowe wykształcenie uniwersyteckie; wszystkie te czynniki nie mają nic wspólnego z późniejszym stanowiskiem lekarza prowincjonalnego, względnie wielkomięjskiego. — Co do braków fachowych lekarzy prowincjonalnych, przyznać można, że nie mając pomocy naukowej (pracownie chemiczne, bakteriologiczne i t. p.), nie mogą oni częstokroć zebrać materiału, jaki jest potrzebny choćby do prawidłowego rozpoznania choroby. Zato lekarz prowincjonalny doprowadza do większej nieraz od stołecznego doskonałości dostępne dla siebie metody badania (wzrok, słuch, czucie). Wreszcie podnieść należy, że lekarz prowincjonalny chcąc nie chcąc musi być w warunkach swej pracy działaczem i pod tym względem przewyższa stanowczo lekarzy wielkomięjskich.

f) A. Szczepaniak (z Radomia) zauważył w odczycie prelegenta intencję nadania pracy lekarza prowincjonalnego większego rozpędu dla osiągnięcia korzyści przez całe społeczeństwo. U nas natomiast istnieje wśród lekarzy intencja do podziału chorych na kategorie, na obywateli pierwszej i drugiej klasy i t. p. Tu mówca przeszedł do szeregu ogólnikowych określeń, co wywołało na sali liczne głosy, że przemówienie jego niema związku z tematem rozpraw; wobec tego że upłynęło przepisane w regulaminie 5 minut, przewodniczący oddał głos następnemu mówcy.

g) S. Sterling (z Łodzi) stawia ankiecie prelegenta jedyny zarzut: należało zapytać także, jakie są zalety lekarza prowincjonalnego, wówczas odpowiedź wypadłaby równie różowo, jak ciemną się stała, gdy zapytano o braki lekarzy. Jedną z cnót lekarzy prowincjonalnych jest rozwój „talentów” lekarskich: pozbawieni możliwości korzystania z pomocy diagnostyki technicznej, rozwijają oni w sobie doskonałą wrażliwość, spostrzegawczość i t. p. — Tak zw. samokształcenie lekarzy prowincjonalnych może być osiągnięte nie zapomocą dostarczania w pismach monografii, popularyzujących medycynę, lecz przez umożliwienie i zachęcanie do pracy literackiej samodzielnej. Opracowanie jednego tematu nieraz więcej nauczy, aniżeli przeczytanie całego tomu; taką pracę podjąć powinno jedno z pism lekarskich istniejących lub osobno w tym celu stworzonych.

h) J. Puterman (z Sosnowca), przedstawia opracowany przez siebie i S. Weinziehera następujący wniosek w sprawie podniesienia poziomu naukowego lekarzy prowincjonalnych.

„Zważywszy, że lekarze prowincjonalni, obarczeni działalnością czysto praktyczną i niemający zresztą możliwości pracować naukowo, wobec braku na prowincji odpowiednich warsztatów pracy, mogą śledzić za rozwojem nauki lekarskiej tylko zapomocą odpowiedniej lektury lub wymiany spostrzeżeń w Towarzystwach lekarskich; że jednak najwięcej nadaje się do tego połączone z odpowiednimi demonstracjami żywe słowo osób, pracujących naukowo i temsamem stojących zawsze na wysokości opracowywanych przez nich działów nauki lekarskiej; — byłoby bardzo pożądanem, aby koledzy, odpowiadający wymienionym warunkom, zechcieli zorganizować odpowiedni komitet prelegentów, którzyby za pewnem wynagrodzeniem wygłaszali w Towarzystwach lekarskich prowincjonalnych systematyczne odczyty z uprawianych przez nich dziedzin wiedzy lekarskiej.

i) M. Arnsztajn odpowiada: Należy zapobiegać temu, by uchwały Zjazdów nie pozostawały na papierze. Towarzystwo samokształcenia zapewne prędko i łatwo do skutku nie dojdzie ze względów formalnych, lecz dążyć doń powinniśmy; tymczasem byłby pożądanym wybór odpowiednich ludzi, którzyby zajęli się sprawą samokształcenia lekarzy; gdyby zachodziły nawet przeszkody formalne, zrażać nas nie powinny. Istniejącej prasie lekarskiej prelegent zarzutów nie czyni, wiedząc, w jak trudnych pracuje warunkach. Organ, poświęcony samokształceniu, uważa za potrzebny: lekarz na prowincji musi mieć pismo, które odpowiadałoby jego potrzebom, pisma takie wydawane są wszak tam, gdzie lekarze mają do rozporządzenia uniwersytety, akademje praktyczne i t. p., czego my nie posiadamy. Ankieta i odczyt nie miały na celu nagany dla lekarzy prowincjonalnych, lecz wskazać miały, w jakich warunkach odbywa się praca umysłowa i fachowa lekarzy prowincjonalnych, i znaleźć sposoby dopomożenia tym lekarzom w ich wysiłkach na drodze samokształcenia.

D-r G. Wiszniewski (z Siedlec).

Metoda Calot'a w leczeniu gruźlicy chirurgicznej na podstawie przypadków, spostrzeganych w ostatnim trzyleciu w szpit. N. M. P. w Siedlcach.

„Gruźlica nie znosi noża, który leczy b. rzadko, często stan pogarsza, a zawsze sprowadza kalectwo”. (Calot)

Każda metoda lecznicza ma swe zalety i wady, i nie można wymagać, by była panaceum, by dała więcej, niż dać jest w stanie. Metoda Calot'a nie jest nawet nowa, a wiadomo, że każdy zabieg nowy w lecznictwie, byle był nieszkodliwy, daje lepsze wyniki. Na poparcie tego przytoczyć można Alberta Mathieu, który zauważył znakomite działanie na stan ogólny chorych gruźliczych w szpitalu systematycznych zastrzykiwań co 5 dni 1,0 roztworu soli fizjologicznej—ten środek cudowny nazwano „*antiphymose*” W r. z. w sierpniu byłem uczestnikiem kursów wakacyjnych dla lekarzy w instytucie d-ra Calot w Berck-Plage. Przedtem zwiedziłem uzdrowisko powszechne dla dzieci gruźliczych w Leysin w Szwajcarii, gdzie gruźlicę kostną leczy naświetlaniami słonecznymi. Widziałem w instytucie d-ra Calot b. wiele przypadków zupełnie wyleczonej gruźlicy stawu biodrowego, choroba Potta z zachowaniem całkowitej sprawności ruchowej, nie mówiąc już o gruźlicy kości długich.

W Leysin widziałem przypadki wyleczenia przetok w gruźlicy stawu biodrowego po dwóch latach naświetlań słonecznych, nie udało mi się jednak zobaczyć ani jednego przypadku wyleczonej choroby Potta. Najogólniej rzecz biorąc, metoda Calot'a, jest metodą *par excellence* zachowawczą. Otwierać ognisko gruźlicze jest to podług niego otwierać naościęż wrota śmierci. Leczenie polega na unieruchomieniu za pomocą aparatów ortopedycznych, gipsowych, celluloidowych, na stosowanie wstrzykiwań przekształcających (*injections modificatrices*) i na przebywaniu chorych o każdej porze dnia i roku na brzegu morskim. Stosując wszystkie te czynniki jednocześnie, jesteśmy dopiero w możności osiągnąć wyniki d-ra Calot'a.

Prof. Rubin, Coyon, Fiessinger i Laurence objaśniają w ten sposób działanie wstrzykiwań przekształcających: przedewszystkiem płyny te nie działają jako antyseptyki, antyseptyka bowiem ropni gruźliczych jest takim samym złudzeniem, jak antyseptyka kiszki. Wstrzyknięte płyny powodują dopływ obfitych leukocytów wielojądrowych, niszcząc te leukocyty, uwalniają zaczyny: lipazę, mającą własność niweczenia otoczki tłuszczowej lasecznika, następnie zczyn proteolityczny (proteazę), trawiący ciała białkowe, wzgl. samą istotę lasecznika Kocha.

W leczeniu ze względu na wyniki rozróżniamy dwie postaci gruźlicy kostnej: zamkniętą i otwartą. W gruźlicy zamkniętej wyleczenie jest pewne, powiada Calot, w gruźlicy otwartej zachodzi obawa przed zakażeniem, zwyrodnieniem skrobiowatym kiszki i przed uogólnieniem sprawy chorobowej. Skład płynów przekształcających jest następujący: 1) Naphtholi camphorati 2,0, Glycerini 12,0; 2) Olei olivarum 70,0, Aetheris 30,0, Creosoti 5,0, Guajacoli 1,0, Jodoformii 10,0. Każdego z tych płynów zastrzykujemy od 2,0 do 12,0 stosownie do wieku osobnika i pojemności ropnia. Wogóle należy zastrzyknąć dwa razy mniej płynu, niż zdołało się wyciągnąć ropy. Stosujemy naftol kamforowy w przypadkach, gdzie ropień zawiera ropę gęstą i twarde masy, mogące zatkać otwór w igle; rozmiękają one pod wpływem 2—3 zastrzyknięć naftolu. Zazwyczaj zastrzykujemy 7—8 razy w odstępach

10—12-dniowych. Do przetok gruźliczych Calot zaleca zastrzykiwać pastę o następującym składzie: 1) Phenoli camphorati, Naphtoli camphorati aa 6,0, Guajacoli 15,0 Jodoformii 20,0, Lanolini (sive Spermaceti) 100,0; 2) Phenoli camphorati, Naphtoli camphorati aa 3,0, Guajacoli 8,0, Jodoformii 10,0, Lanolini (Spermaceti) 100,0. Pierwszą z tych past dwa razy mocniejszą stosujemy do przetok o małej pojemności w ilości 10,0 dla dzieci i 20,0 dla dorosłych. Pastę Nr. 2 wstrzykujemy do przetok o dużej pojemności w ilości podwójnej. Do przetok zakażonych nie zastrzykujemy past, natomiast nakłuwamy i opróżniamy z ropy.

Technika zastrzykiwań: do stawu skokowego wkłuwamy igłę z przodu od kostki zewnętrznej lub wewnętrznej w linii międzystawowej; do kolana: na zewnątrz lub wewnątrz od górnego kąta rzepki; do stawu biodrowego pod linią poprzeczną, przeprowadzoną przez wzniesienie łonowe na 1 — 2 centymetry na zewnątrz od tętnicy udowej na głębokość 3 — 4 centymetrów u dzieci i 5 — 6 centymetrów u dorosłych. Nie należy zapominać o zgięciu kończyny mniej więcej pod kątem 30° po wkłuciu igły w celu zwiększenia pojemności stawu. Do stawu barkowego na 1 cent. nazewnątrz od końca górnego wyrostka kruczego, do stawu łokciowego: kąt zewnętrzno-górny wyrostka łokciowego na 2 cent. od rolki.

Co się tyczy techniki sporządzania aparatów ortopedycznych celluloidowych i gipsowych systemem Calot'a, to z braku czasu nie będę się nad nią rozwodził. Interesujący się tą sprawą znajdą te szczegóły w ortopedji („*Orthopedie indispensable*”) Calot'a.

T A B L I C A I.

Gruźlica kostna i stawowa zamknięta.

	Wyzdrowień	Polepszeń	Bez polepszenia		Śmierć	Razem	Wyzdrowiało %	Polepszeń %	Bez polepszenia		Śmierć %
			Nie zgodziło się na leczenie	Nie dokończyło leczenia					Nie zgodziło się na leczenie	Nie dokończyło leczenia	
Adenitis tbc.	32	3	2	11	—	48	66,0	6,2	4,1	22,9	—
Gonitis tbc.	2	16	6	9	—	33	6,0	48,4	18,1	27,2	—
Coxitis tbc.	—	6	14	3	—	23	—	26,0	60,8	13,0	—
Morbus Potti	2	11	6	3	—	22	9,0	50,0	27,2	13,6	—
Tbc. tarsi et metatarsi . . .	2	3	2	—	—	7	28,5	42,8	28,5	—	—
Tbc. carpi et metacarpi . .	—	4	—	—	—	4	—	100,0	—	—	—
Tbc. articul. humero-scapularis	—	2	—	1	—	3	—	66,0	—	33,3	—

Przejdziemy teraz do rozpatrzenia wyników stosowania metody w naszym szpitalu w ostatnim trzyleciu. Najwięcej mieliśmy w tym czasie przypadków zapalenia gruźliczego gruczołów (48), z tych 32 wyzdrowienia; nie dokończyła kuracji czwarta część chorych. W przypadkach zapalenia gruczołów wyższość metody nad

zabiegiem krwawym polega na tem, że nie mamy tu do czynienia z bliznami zniekształcającymi i z nawrotami sprawy chorobowej. Z kolei najwięcej mieliśmy przypadków gruźlicy stawu kolanowego — 33, z tych wyzdrowień i polepszeń 18 i tych, którzy nie zgodzili się na nałożenie gipsu lub nie dokończyli kuracji — 15. Przypadków zapaleń stawu biodrowego naliczyliśmy 23, polepszeń — 6, nie zgodziło się na nałożenie gipsu lub nie dokończyło kuracji — 17; choroby Potta mieliśmy 21, gorset gipsowy nałożyliśmy w 13 przypadkach z wynikiem pomyślnym polepszenia lub wyzdrowienia, nie zgodziło się na nałożenie gorsetu 8 osób. Gruźlicy stępu i stawu skokowego leczylimy 7 przypadków, z tych wyzdrowienie i polepszenie otrzymaliśmy u 5 chorych, nie zgodziło się na leczenie — 2. Z trzech przypadków gruźlicy stawu barkowego w dwóch mieliśmy polepszenie, jeden chory nie dokończył leczenia. W 4 przypadkach gruźlicy kości napięstka i pięści mieliśmy 4 polepszenia.

T A B L I C A II.

Gruźlica otwarta.

	Wyzdrowień	Polepszeń	Bez polepszenia		Śmierć	Razem	Wyzdrowiało %		Bez polepszenia %		Śmierć %
			Nie zgodziło się na leczenie	Nie dokończyło leczenia			Polepszeń %	Nie zgodziło się na leczenie	Nie dokończyło leczenia		
Adenitis fistulosa	18	2	—	3	—	23	78,2	8,6	—	13,0	—
Tbc. femoris fistula	2	4	—	—	—	8	25,0	50,0	—	25,0	—
Gonitis fistulosa	1	4	—	2	—	7	14,2	57,1	—	28,5	—
Tbc. tarsi et metatarsi fistul.	1	2	—	2	—	5	20,0	40,0	—	40,0	—
Tbc. antibrachii fistul.	—	2	—	—	—	4	—	50,0	—	50,0	—
Coxitis fistulosa	—	—	1	3	—	4	—	—	25,0	75,0	—
Morbus Potti.	—	1	—	1	—	2	—	50,0	—	50,0	—
Tbc. articul humero-scapularis	—	1	—	1	—	2	—	50,0	—	50,0	—
Tbc. cubiti fistulosa	—	2	—	—	—	2	—	100,0	—	—	—
Tbc. carpi et metacarpi fistul.	1	—	—	1	—	2	50,0	—	—	50,0	—
Tbc. humeri fistulosa	—	1	—	1	—	2	—	50,0	—	50,0	—

Druga tablica świadczy o wynikach stosowania metody w gruźlicy otwartej. W gruźlicy gruczołów chłonnych z przetokami mieliśmy przypadków 23, wyzdrowienie i polepszenie notowano w 18, nie skończyło leczenia 3 chorych; gruźlicy kości udowej z przetokami naliczyliśmy 8 przypadków, z których w 6 otrzymaliśmy wyzdrowienie lub polepszenie, 2 chorych nie dokończyło leczenia. Z 7 przypadków gruźlicy kolana z przetokami zanotowano polepszenie i wyzdrowienie w 5, nie skończyło leczenia—2. Na 5 przypadków gruźlicy stępu i śródstopia polepszeniem i wyzdrowieniem zakończyło się 3, nie skończyło leczenia 2 chorych. Wszyscy 4 chorzy z zapaleniem stawu biodrowego z przetoką nie chcieli poddać się leczeniu. W gruźlicy przedramienia z przetokami (4) w połowie otrzymaliśmy polepszenie, a połowa nie skończyła leczenia; choroby Potta gruźlicy stawu barkowego, kości ramiennej, łokcia i napięstka z przetokami mieliśmy po 2 przypadki.

Z zestawienia tych 2 tablic wypada: 1) odsetka gruźlicy otwartej w naszym materiale stanowi 30,8 wszystkich przypadków gruźlicy, zanotowanych w ciągu ostatnich trzech lat, co nie jest zbyt wiele, jeżeli weźmiemy pod uwagę niechęć naszego ludu, z którego przeważnie rekrutują się nasi chorzy szpitalni, do leczenia wogóle, a do leczenia chirurgicznego w szczególności następnie małą kulturę tego ludu, skłonnego raczej do korzystania z usług felczerów lub znachorów, co stwierdza duża względnie odsetka chorych wstępujących do szpitala z przetokami, spowodowanymi przez cięcia felczerów i 2) że przetok zakażonych z gorączką i zwyrodnieniem skrobiowatym trzew brzusznych mieliśmy stosunkowo niewiele, tak, że do leczenia ogromnej większości przypadków byliśmy w możności zastosować wstrzykiwania past Calot'a z wynikiem już wspomnianym.

Przy rozpatrywaniu tablicy I uderza duża odsetka chorych, którzy nie zgodzili się na nałożenie opatrunku unieruchamiającego gipsowego (73,9 proc. np. w zapaleniu stawu biodrowego i 42,8 proc. w chorobie Potta), z powodu uprzedzenia, że opatrunek gipsowy sprowadza „schnięcie” kończyn. Walczyć z tem uprzedzeniem trudno, gdyż wiadomo, że zmiany skóry i tkanki podskórnej, więzów, odwapnienie kości, zaniki mięśni w następstwie zbyt długiego stosowania opatrunków gipsowych wymagają długotrwałej kuracji następczej, na co naszego włościanina ani stać, ani nie ma on do tego chęci. Dużą odsetkę chorych, którzy nie skończyli leczenia (54,4 proc. nap. w gruźlicy stawu kolanowego) objaśnić można długiem z konieczności leczeniem, a co za tem idzie, zwiększonymi kosztami leczenia, a następnie nieszczególnymi warunkami lecznictwa naszego szpitalnego wogóle.

Porównyując wyniki leczenia gruźlicy stawowej i kostnej w naszym szpitalu w ogłoszonych przezemnie przypadkach w 1911 r. na zjeździe lekarzy prowincjonalnych w Łodzi z wynikami, otrzymanymi w ostatnim tryleciu, dochodzimy do wniosku, że dzięki metodzie Calot'a postąpiliśmy jednak znacznie naprzód.

W tablicy I np. z r. 1911 mieliśmy, stosując najrozmaitsze metody i zabiegi krwawe, w chorobie Potta zaledwie 9 proc. polepszeń, a w gruźlicy stawu biodrowego 8 proc. polepszeń, gdy tymczasem teraz w pierwszej osiągnęliśmy 61,9 proc. polepszeń, w drugiej zaś 26 proc. Zaznaczę jeszcze, że w porównaniu z dziesięcioleciem, za przeciąg którego ogłosiłem statystykę (przypadków 292) i ostatnim tryleciem (przypadków 201), liczba chorych na gruźlicę chirurgiczną zwiększyła się więcej, niż wdwójnasób.

Rzecz prosta, że zbyt małym rozporządzałem materiałem, za mało czasu upłynęło, odkąd zaczęliśmy stosować tę metodę, jednak w świetle liczb nie ulega zdaje się wątpliwości, że metody zachowawcze w leczeniu gruźlicy kostnej, jak dotychczas, dają wcale niezłe wyniki. Jeżeli statystyką można czego dowieść, to najbardziej przekonująca pod tym względem jest statystyka samego Calot'a. W szpitalu Cazin w Berck-Plage od 1895 r. do 1905 r. leczyło się 176 chorych na gruźlicę kolana, 77 — na gruźlicę stawu skokowego, 18 — z gruźlicą innych stawów stopy, 8 — z gruźlicą ramienia, 15 łokcia i 17 napiętka. Wszystkie te przypadki zostały wyleczone w ciągu jednego roku serją 12 wstrzyknięć z wyjątkiem 7 przypadków, których leczenie wymagało od 2 do 3 lat, i gdzie wypadło zastosować 2 serje wstrzyknięć przekształcających, a w 4 przypadkach wypadało powtarzać zastrzykiwanie 3 razy. Ani jednego zejścia śmiertelnego, ani jednej amputacji lub rezekcji. W 9 — 10 przypadków zachowana została zupełna ruchomość stawu.

Jeżeli weźmiemy dla porównania statystykę Garrégo, który gruźlicę leczy zachowawczo i operuje, ogłoszoną w r. z. „Beiträge zur klinischen Chirurgie”, to

z 178 chorych na gruźlicę stawu biodrowego 67,9 proc. leczył zachowawczo, 28,8 proc. chorych było poddanych zabiegowi krwawemu. Z leczonych zachowawczo zmarło 33,9 proc., w 50,5 proc. przypadków wyniki były dobre, 38,5 proc. wyniki średnie i 1,8 proc.—wyniki złe, a z 52 rezekowanych śmiertelność wynosiła 46 pr. 13,5 proc. wyników dobrych, 38,5 proc. średnich i 1,9 proc. złych. Garré uważa przeto rezekcję za zabieg, który należy wyjątkowo tylko stosować w schorzeniu stawu biodrowego. Inna jest statystyka Garrégo w gruźlicy kolana; rezekcji tego stawu dokonał on w 268 przypadkach, śmiertelność wynosiła 2,24 proc., w 3,73 pr. należało dokonać amputacji następczych, 6,74 proc. nastąpiły nawroty, a w 87,73 proc. dało się osiągnąć trwałe wyleczenie. Garré zatem jest zdecydowanym zwolennikiem zabiegu krwawego w gruźlicy kolana nawet u dzieci. Z 216 chorych na gruźlicę stawu skokowego Garré leczył zachowawczo 32 chorych i doszedł do wniosku, że leczenie zachowawcze tego stawu rzadko daje dobre wyniki; z 97 przypadków, w których dokonał „*resectionem tibio-tarsalem*”, w połowie przypadków osiągnął b. dobre wyniki; w 31,2 proc. — dobre i tylko w 12,5 proc. złe. Śmiertelność następcza (gruźlica płuc, charłactwo) wynosiła 8 proc.

Już wspomniałem, że Calot zawdzięcza doskonałe wyniki swej metody tej okoliczności, że o każdej porze dnia i roku zaleca swym chorym pobyt w zupełnym spokoju na brzegu morskim. Wpływ leczniczy powietrza morskiego pozwala na wielki dopływ promieni świetlnych, a wpływ soli i jodu wzmacnia skuteczność leczenia.

Na zjeździe lekarzy prowincjonalnych w Łodzi wypowiedziałem myśl, że chorych na gruźlicę kostną nie należałoby przyjmować do szpitali ogólnych, gdzie leczenie pozostawia tak wiele do życzenia, lecz należy zbudować w odpowiednim miejscu sanatorium-szpital, zaopatrzone we wszystkie potrzebne do walki z gruźlicą chirurgiczną środki. Na posiedzeniu chirurgicznym Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego w d. 23 stycznia r. z. kol. Zembruski wystąpił z podobnym wnioskiem, który został poparty przez obecnych; wybrano nawet komisję z kol. Kijewskiego, Łapińskiego, Sawickiego i Zembruskiego w celu opracowania tego wniosku. Miejmy nadzieję, że niezadługo wniosek kol. Zembruskiego i mój przejdzie z dziedziny marzeń do dziedziny rzeczywistości. Połączone usiłowania naszego społeczeństwa i lekarzy stworzą gdzieś w lasach instytut na wzór instytutu doktora Calot'a.

Dyskusja: a) L. Zembruski: Sprawa leczenia gruźlicy chirurgicznej stanowi prawdziwą bolączkę nie tylko lekarzy prowincjonalnych, lecz i w miastach większych, należy się przeto wdzięczność prelegentowi za poruszenie tego tematu. Leczenie gruźlicy chirurgicznej w szpitalach wielkomiejskich daje złe wyniki, stan chorych poprawia się natomiast, gdy ich umieszczamy na wsi; im dalej od miasta położony jest szpital, tem większe osiąga powodzenie w leczeniu gruźlicy kostnej. Leczenie gruźlicy chirurgicznej trwa naogół długo (6—8 lat), w naszych warunkach jeszcze dłużej, co wywołuje u chorych niezamożnych i mniej kulturalnych zniechęcenie do lekarzy i uciekanie się do pomocy felczerów, znachorów i t. p. Jedyną radą na tak smutny stan rzeczy byłoby stworzenie w Królestwie Polskiem odpowiedniego sanatorium (projekt ten już istnieje); tymczasem możliwe jest współdziałanie lekarzy miejskich z wiejskimi. Co do zabiegów, Z. radzi stanowczo zaniechać kąpeli systematycznych zwłaszcza w gruźlicy wielkich stawów i kręgosłupa; stosowanie w tych razach kąpeli jest wprost błędem zawodowym.

b) J. Gliński (z Łaska zgadza się, że w gruźlicy stawu biodrowego leczenie zachowawcze daje lepsze wyniki; co do stawów kolanowego, skokowego i łokciowych, przemawia za poleconem przez Wrześniowskiego (z Częstochowy), szerokiem otwarciem stawów i wyskrobaniem wszystkich ognisk; wpływa to znacznie na lepsze odżywienie chorych, uwolnionych od ogniska gruźliczego. U dzieci lepiej jest istotnie unikać noża. — Przesady naszego ludu należy zwalczać, zachęcając do racjonalnego leczenia.

c) Br. Sawicki (Warszawa) podnosi, że jednym z najważniejszych czynników leczenia gruźlicy miejscowej jest klimat; stąd prowincja znajduje się istotnie w lepszych warunkach niż Warszawa, gdyż Warszawa nie może dać chorym odpowiedniego powietrza. Wobec tego jednak, że zbyt mało lekarzy naszych zajmuje się sprawą leczenia gruźlicy, brak nam danych co do wyników, jakie w naszym klimacie dać może leczenie zachowawcze i brak wskazówek, jak należałoby u nas przystosować do warunków klimatycznych i kulturalnych zalecane gdzieindziej sposoby. Stąd zasługa prelegenta, że zajął się tą sprawą. S. zwraca dalej uwagę, że prelegent nie przytoczył w odczycie wieku leczonych (co wpływa na wynik leczenia) i nie zaznaczył, czy prócz metody Calota stosował inne sposoby, jak naświetlania słoneczne, wynoszenie chorych na powietrze i t. p.

d) Prelegent (E. Wiszniewski) dziękuje poprzednim mówcom za dopełnienia jego odczytu. Co do metody otwartego leczenia gruźlicy stanów, uważa ją za niebezpieczną; przypadki Wrześniowskiego, leczone tą metodą z dobrym skutkiem, uznano za niegruźlicze. Lekarz może i powinien walczyć z przesądem ludu, nie może jednak pokrywać kosztów leczenia chorych, którzy ze względów materialnych nie mogą lub nie chcą leczyć się długo. Uwagi Sawickiego co do znaczenia wieku chorych nie podziela w zastosowaniu do metody Calota, gdyż ta metoda w gruźlicy zamkniętej daje bez względu na wiek $\frac{9}{10}$ dobrych wyników (z zachowaniem ruchomości stanów). Co do lepszych warunków leczenia w szpitalach prowincjonalnych, ulegamy tu bodaj złudzeniu wobec opłakanego stanu higienicznego tych szpitali.



Sfigmomanometria w praktyce codziennej

według referatu na II zjeździe lekarzy prowincjonalnych w Lublinie w r. 1914

p o d a ł

Dr. Stanisław Sitkowski, lekarz szpitala w Radzynie.



Współczesna medycyna opiera się na fizjopatologii. Klasyczne metody badania klinicznego, mające na widoku stwierdzenie zaszłych pod wpływem chorób zmian anatomicznych, już nam dziś nie wystarczają. Zadaniem stokroć ważniejszym jest wykrycie zaburzeń w czynnościach danego narządu, zrozumienie, w jaki sposób na-

rząd ten, ewentualnie organizm chory, umie zastosować się do zaszłych zmian anatomicznych, jak żyć dalej potrafi, pomimo ich istnienia, a nieraz i zupełnej nieusuwalności — jednym słowem, chodzi nam dużo więcej o dynamikę niż o statykę. Stąd też od lat z górą 30 dążność na całym obszarze medycyny do badania zaburzeń czynnościowych, stąd też — konsekwentnie — na miejscu dawniejszego nihilizmu terapeutycznego większa sprawność metod leczniczych i, bezsprzecznie, ich znacznie lepsze rezultaty.

Ze wszystkich narządów — narząd krążenia krwi najwcześniej począł być badany w tym kierunku, ale dopiero wprowadzenie poligrafii, a przede wszystkim sfigmomanometrii pozwoliło dojść do ostatecznych niemal granic poznania funkcji tego narządu. Z tych nowych metod badania właśnie sfigmomanometria (mierzenie ciśnienia krwi w naczyniach) posiada najdonioślejsze znaczenie.

Ciśnienie krwi w naczyniach jest wynikiem współdziałania trzech czynników — sił: pracy serca (skurczu lewej komory), elastyczności naczyń i oporów na obwodzie (głównie nerki i terytorjum n. splanchnici). Współdziałanie to da się ująć w następujące określenie: „ciśnienie krwi jest to siła, wytwarzana przez skurcz serca, podtrzymywana przez elastyczność naczyń, a regulowana przez opory na obwodzie” (Galavardin). Do najwyższego poziomu ciśnienie dochodzi w końcu skurczu lewej komory, do najniższego — w chwili, odpowiadającej końcowi rozkurczu. Pierwszy — to faza skurczowa, albo krócej, maximum (Mx), drugi — faza rozkurczowa — minimum (Mn). Mx wyraża sumę wszystkich czynników ciśnienia, Mn zaś współdziałaniu dwóch: elastyczności naczyń i oporów na obwodzie. Różnica tych poziomów, t. zw. ciśnienie tętna (PP—p—pression albo PD—pulsdruck) może być, z pewnymi zastrzeżeniami, uważaną za wyraz samej siły skurczu serca (lewej komory), — w każdym bądź razie jest ona doń proporcjonalną.

Już z tych określeń, jak cennych danych oczekiwać możemy od sfigmomanometrii. Naturalnie, spotkać nas mogą zarzuty, że 1) oprócz wyżej wymienionych czynników na poziom ciśnienia wpływać mogą inne, jak lepkość krwi, nieuchwytna gra wazomotorów, indywidualność badacza i t. d.; — 2) mierzenie ciśnienia w jednej, a właściwie nawet w odcinku tylko jednej tętnicy (a brachialis), nie może dać pojęcia o stosunkach w całym krwiobiegu; 3) poziomy ciśnienie już w ciągu kilku godzin pod wpływem rozmaitych okoliczności ulegać mogą znacznym wahaniom i t. p. Na to jednak odpowiemy: 1) codzienna obserwacja dowodzi, że wpływ tych innych czynników jest wogóle nieznaczny, nie jest tak nieuchwytny, prawie zawsze daje się ocenić, wyeliminować, i w ostatecznym wyniku mamy do czynienia tylko z owymi 3-ma głównymi czynnikami; — 2) też same zarzuty były stawiane w swoim czasie wszystkim prawie innym metodom badania, choćby n. p. termometrii, gdzie także z części musimy sądzić o całości, a czyżbyśmy się mogli na tej zasadzie wyrzec mierzenia temperatury ciała??; — 3) dla otrzymania możliwych do przyjęcia danych koniecznym jest i tu, jak i w innych metodach, zachowanie pewnych określonych warunków: tej samej metodyki, pozycji badanego, czasu badania i t. d.; — wreszcie 4) równie błędem byłoby ograniczać badanie krążenia do samej tylko sfigmomanometrii, jak badanie chorób gorączkowych do termometrii. Mierzenie więc ciśnienia krwi ma zupełne prawo obywatelstwa u łóżka chorego. Czy jednak nie można się tu obejść bez specjalnych przyrządów, czy dobrze wyszkolony palec nie da nam potrzebnych wskazówek i nie uniezależni nas od balastu skomplikowanych przyrządów? Wszak z bardzo poważnej strony (Huchard) zaznaczono, że wrażenie dotykowe wraz z różnicą, ilości tętna w jednostce

czasu przy zmianie pozycji pacjenta z leżącej na stojącą—pozwała zdać sobie sprawę z wysokości ciśnienia. Aby od razu rozstrzygnąć tę kwestję dość jest spojrzeć na załączone tu rysunki. (Patrz fig 1 i 2.)

Fig. 1 i 2 przedstawiają zestawienie t. zw. sfigmogramów absolutnych z odpowiednimi krzywymi tętna. Tak więc nawet czuły przyrząd, jak tętnopis, nie daje najmniejszego pojęcia o ciśnieniu. Cóż więc można powiedzieć o wrażeniu dotykowym, na które składa się bardzo wiele czynników, jak samociśnienie, kaliber naczynia, stan jego ścianek i t. d. Zresztą, przyjąwszy nawet, że dobrze wyszkolony palec zdoła się zorientować w wysokości ciśnienia, to jednak może tu być mowa jedynie o ciśnieniu skurczowym (Mx), ocenienie Mn na tej drodze jest, oczywiście, zupełnie wykluczone. Tymczasem — określanie tylko Mx wystarczyć nie może i opieranie się tylko na nim prowadzi zawsze prawie do ciężkich błędów. Dla ilustracji tego przyłączam 3 sfigmogramy absolutne, o jednakowym prawie Mx (Galaverdin). (Patrz fig. 3, 4 i 5.)

Przy jednakowym Mx mamy w tych 3 wypadkach z zupełnie innymi stanami do czynienia. Fig. 3 przedstawia sfigmogram absolutny od chorego na nefritis subacuta z ciężkimi uremicznymi objawami. Fig. 4 — nefritis chronica w stanie zupełnie dobrym. Fig. 5 — insuf. oartae w okresie zupełnej kompensacji, bez żadnych objawów niepokojących. Różnice te wykrywa właśnie poziom Mn, tak różny w tych 3 wypadkach: niezmiernie wysokie w I-ym Mn (130) dowodzi kolosalnych oporów na obwodzie, a zupełnie nieodpowiednia do tego poziomu wielkość PP (30) wskazuje na zupełnie niedostateczną (pomimo Mx — 160!) siłę serca; w II-gim wypadku PP (70) jest zupełnie dostateczna — stąd brak wszelkich objawów niepokojących, w III-cim wreszcie kolosalna wprost wielkość PP (95) w stosunku do niskiego Mn (55) wskazuje na „uciekanie krwi z powrotem” przez niedomykające się zastawki orty i jest cechą zupełnie charakterystyczną dla tej wady.

Jasnym jest chyba teraz, że bez sfigmomanometrii nie podobna jest się obejść, jeśli chodzi o prawdziwe zrozumienie zaburzeń cyrkulacyjnych, jasnym się staje także, jakim warunkom odpowiadać powinien przyrząd do mierzenia ciśnienia.

Przyrządy typu Basch'a i Potain'a jako określające tylko Mx, należą już do archiwum, oscylometr Pachor'a, skomplikowany, drogi, a — co najważniejsza nie zawsze dający wyraźne rezultaty, nie nadaje się do praktyki codziennej. Najlepszym dotąd pozostaje aparat Riva-Rocci z szerokim 12 ctm. mankietem v. Recklinghausena i z manometrem sprężynowym. Szerokość mankieta odgrywa tu kolosalną rolę. Oryginalny mankieta Riva-Rocci, który posiada tylko 6 ctm. szerokości, żeby zacisnąć arterję do zupełnego zniknięcia jej światła, musi być nadęty znacznie wyżej poziomu ciśnienia w arterji — daje więc cyfry zbyt wysokie i nie zawsze jednakowe. Gwarancję cyfr, najbliższych rzeczywistości, daje tylko szeroki, najmniej 12 ctm., mankieta. Potwierdziły to doświadczenia Otfried'a, Müller'a i Blauel'a (mierzenie ciśnienia podczas amputacji przedramienia bezpośrednio w arterji i pośrednio za pomocą szerokiego mankieta.) Pozatem wązki 6 ctm. mankieta sprawia badanemu dokuczliwy ból. Manometr rtęciowy (w oryginalnym Riva-Rocci) jest niewygodny do przenoszenia i znacznie mniej czuły od sprężynowego. Dla tych powodów sam sobie skonstruowałem aparat w ten sposób: z szerokim mankietem v. Recklinghausena połączyłem mały (wielkości zegarka kieszonkowego) manometr sprężynowy od sfigmomanometru Potain'a, (którym operowałem do roku 1896). Manometr ten (wyrób Galante'a) jest tak czuły, że wyraźnie widać na

nim oscylacje, jak na przyrządzie Pachon'a, i można na nim i tą drogą określać Mx i Mn. Do nadymania mankietu używam pojedynczej piłki gumowej i uważam ją za znacznie praktyczniejszą od podwójnej.

Określamy Mx, nadymając mankieta aż do zniknięcia pulsu w a. radialis — chwila znikania (ev. zjawiania się przy obniżeniu ciśnienia) pulsu odpowiada poziomowi Mx. Mn określamy albo za pomocą palpacji a. brachialis tuż pod dolnym brzegiem mankietu (metoda Ehret'a), albo za pomocą wysłuchiwania fonendoskopem art. w zgięciu łokcia (metoda Korotkow'a). Chwila, w której przy podnoszeniu ciśnienia w mankiecie wyczuwamy palcem pierwsze mocne, wibrujące niezmiernie charakterystyczne uderzenia tętna, albo w art. zgięcia łokcia słyszymy pierwszy mocny, jakby uderzenie młotka, także niezmiernie charakterystyczny ton, — odpowiada poziomowi Mn. Ja, osobiście, używam zawsze metody wysłuchowej, kontrolując ją od czasu do czasu palpacyjną lub obserwacją oscylacji na moim manometrze. Na określenie Mx i Mn zużywam nie więcej, jak 2 minuty.

Badania całego szeregu autorów (u nas Janowski i jego asystenci) wykazały, że za normę ciśnienia (cyfry sprowadzam od aparatu Riva-Rocci - v. Recklinghansen) uważać należy: dla Mx 110—130, dla Mn 70—90, dla PP 40—60, mm. Hg. Cyfry te jednak nie mają znaczenia absolutnego. Mx, jak o tem już wspomniałem, jest sumą z głównych czynników (serce, naczynia, opory) — nie może więc ono samo dać żadnego pojęcia o rzeczywistych stosunkach, panujących w narządzie krążenia. Mn wyraża współdziałanie dwóch z nich: elastyczności naczyń i oporów na obwodzie. Dopiero więc zestawienie Mx z Mn pozwala na dokładniejsze zorjentowanie się. Im poziom Mn jest wyższy, tem większą pracę ma przed sobą serce, różnica poziomów musi być większą (PP), i — co za tem idzie, Mx odpowiednio wyższe — i vice versa. Słowem, w warunkach normalnych, wielkości te powinny być w prostym do siebie stosunku. Wszelkie odchylenia od tego stosunku dowodzą zaburzeń w narządzie krążenia. Istotę zaś zaburzeń wykrywamy dopiero, zestawiając dane sfigmomanometryczne z objawami ze strony narządów, związanych ściśle z krążeniem, a więc płuc, wątroby, a przede wszystkim nerek.

Wzajemny wpływ stanu nerek na ciśnienie i tego ostatniego na funkcje nerek oddawna nie ulega wątpliwości, ale aż do ostatnich czasów istniało tu wiele sprzeczności i punktów ciemnych. Trudno było do zrozumienia, dla czego np. u ucfrtyków pomimo dużego ciśnienia i polyurii istnieją nieraz obrzęki, dla czego — odwrotnie — spadkowi ciśnienia towarzyszy często poprawa, znikanie obręzków i białka, dla czego wreszcie w wadach serca pod wpływem leczenia (digitolis etc) stan się poprawia, obrzęki i zastoje przy zwiększonej diurezie ustępują, a ciśnienie często zamiast podnosić się — spada. W świetle sfigmomanometrii sprzeczności te znajdują prawie zupełne wyjaśnienie. Prace mianowicie szkoły Francuskiej, szczególnie zaś A. Martinet'a, dowiodły, że diureza jest proporcjonalną nie do wysokości Mx, ale do ciśnienia tętna PP i u ludzi normalnych wynosi nie mniej, niż 250 ctm.² na 1 ctm. PP, a więc przy PP — 40 — 60 mm (4—6 ctm.) 1000—1500 ctm.³ na dobę i że za stan niewątpliwie patologiczny uważać należy, jeśli ilość ta spada poniżej ctm.³. Z drugiej strony — podniesienie się poziomu Mn wyżej normy (wyżej 90 mm) jest właśnie wyrazem przeszkód w nerkach i, pomimo dużego w tych razach PP, diureza nie dochodzi do swej normy, choć na dobę bywa 1500 — 2000.

Cały szereg moich własnych obserwacji potwierdza to w zupełności. Jeden np. z moich nefrytyków przy formule ciśnienia $250/140$ a więc przy PP — 110 i przy

2000 ctm.³ moczu na dobę czuje się bardzo źle: duszność mocznicowa, bóle głowy, nudności, obrzęki i t. d. Pod wpływem leczenia (drastica, ograniczenie ilości płynów, diuretica) po kilku dniach ma formułę $^{170}/_{10}$ i 1600 ctm.³ moczu na dobę, a objawy ciężkie znikają zupełnie. Otóż owa polyuria, 2000 na dobę, w zestawieniu z ówczesnym PP jest, w gruncie rzeczy, oligurią, gdyż $2000 : 11 = 181$, a 1600 przy PP = 70 jest stosunkiem znacznie lepszym (228). W innym wypadku wyraźna poprawa szła w parze z następującą ewolucją formuły : $^{160}/_{110} — ^{130}/_{110} — ^{120}/_{80}$ (stan zupełnej poprawy). W wypadku znów wady serca formuła $^{127}/_{90}$ w okresie asystoliae przeszła w okresów zupełnej eusystoliae w $^{100}/_{40}$.

Jednym słowem, w cierpieniach serca i nerek jedynie zestawienie Mn i PP z ilością dobową moczu daje nam klucz do dokładnego zrozumienia stanu. Opieranie się tylko na samej diurezie prowadzić może do błędów: owa banalna polyuria w nephritis interst. chr. widziana pod tym kątem okaże się najczęściej naprawdę oligurią. Z drugiej strony, spadek Mx, towarzyszący często znikaniu obrzęków, zwiększonej diurezie i ogólnej poprawie, nie jest więcej zagadką: jest on warunkowany obniżeniem Mn, a więc PP nie tylko nie ulega redukcji, ale przeciwnie, wzrasta najczęściej, gdy zaś nie wzrosło, to wobec niższego Mn (zmniejszonych oporów) staje się zupełnie dostateczną wielkością.

Wpływ stanu płuc na obrazy sfigmomanometryczne bywa rozmaity w zależności od rodzaju cierpień płucnych. Chroniczne choroby płucne, wytwarzające przeszkody w małym krwiobiegu, jak phtisis fibrosa, emphysema, peribronchitis etc., wywołują zastój w żyłach, odbijający się przez vena cava inf. i na nerkach. Stąd stałym zjawiskiem bywa znaczne podniesienie się Mn przy normalnym, albo nieco tylko na normę wyższym Mx — wielkości i więc PP są zwykle znacznie mniejsze od normy, i pacjent cierpi na duszność, choć ciśnienie jego pozornie jest normalne, o ile lekarz ogranicza się tylko do badania Mx. Dłuższa obserwacja tych stanów dowodzi, że rzeczywista poprawa następuje tu tylko wtedy, kiedy Mn ulegnie długotrwałemu spadkowi, poprawa zaś występująca przy podniesieniu Mx jest krótkotrwałą i zawsze wątpliwą. Załączona tu grafika jednego z moich emphysematyków potwierdza to w zupełności. (Patrz fig. 6.)

Nie udawało się w tym wypadku osiągnąć trwalszego obniżenia Mn, które zawsze było około 90 mm. — poprawa, pod wpływem cardiaca, bywała zwykle krótkotrwałą i tylko wtedy, kiedy Mx dochodziło do 130, większa zn. poprawa zjawiała się, kiedy Mx doszło do 130, a Mn spadło do 80,

Sfigmomanometryczne stany tu są podobne do okresu asystoliae w wadach serca: i tu jednym z pierwszych objawów poczynającej się dyskompensacji jest podnoszenie się Mn, i tu także rzeczywista poprawa następuje tylko wtedy, kiedy uda się ten wysoki poziom Mn trwale obniżyć.

Przykład: 17-letnia chora z insuff mitralis. (Patrz fig. 7.)

Inaczej zachowują się chroniczne sprawy płucne, będące wynikiem pierwotnych cierpień mięśnia sercowego i zjawiające się w późnych okresach przerostu (degeneratio, dilatatio etc.). W tych wypadkach po długim okresie zupełnego wyrównania słabnie przedewszystkiem lewy przedsionek, ulega on rozszerzeniu i nie jest w stanie opróżnić dostatecznie małego krwiobiegu, w którym wskutek tego stagnuje znaczna ilość krwi, warunkująca zastoje, obrzęki tkanki płucnej. Dopóki jednak prawa komora spełnia swą pracę w dostatecznej mierze, zastój w dużym krwiobiegu nie dochodzi do skutku, przeszkody nie są zwiększone i wskutek zatrzy-

mania dużej ilości krwi w płucach jest w nim (dużym krwiobiegu) stosunkowo mniej krwi. Stąd, — zamiast podniesienia Mn — mamy poziom Mn normalny, albo nawet niższy od normy. W rezultacie mamy przed sobą pozornie paradoksalny obraz: normalny albo nawet (wskutek wciąż jeszcze trwającego przerostu lewej komory) wyższy od normy poziom Mx, bardzo niski Mn — a więc duże PP — a jednocześnie wyraźne objawy niedomogi serca w postaci dyspnoë d'effort, uporczywego kaszlu, szczególnie w pozycji leżącej, zastoju i obrzęku płuc i t. d. Otóż zestawienie tej wyraźnej niedomogi serca z normalnym jakoby obrazem sfigmomanometrycznym lepiej niż Roentgen i perkusja — wskazują, że przyczyna stanu tego jest wyczerpanie lewego przedsionka w następstwie przerostu. Potwierdza to jeszcze zwykła u takich pacjentów skarga na uczucie ucisku na tchawicę i przełyk („jakbym się czym udławił”). Później normalna formuła ciśnienia dowodzi, że potrzeba tu większych wielkości PP, aby lewa komora była w stanie wyrównać zastój w lewym przedsionku, co udaje się osiągnąć przez strofant, a lepiej jeszcze przez małe dawki digitalisu. Oba te środki tonizują mięsień sercowy i na tej drodze podnoszą Mx. — Jedną z moich pacjentek tej kategorii przy formułe $130.140/50-70$ czuje się źle, poprawa występuje kiedy formuła bywa $150-160/50-60$.

W gruźlicy płucnej spotykamy wogóle obniżenie obu poziomów wskutek zapewne, jak i we wszystkich chorobach infekcyjnych, działania toksyn na nadnercza, zmniejszenia adrenaliny — skąd utrata przez naczynia tonusu normalnego. — W ostrem zapaleniu płuc znajdowałem zwykle utrzymywanie się Mn mniej więcej na dolnej granicy normy i znaczny spadek Mx. Np., u b. silnego młodego pacjenta formuła była $90/60$, u wątłej pacjentki $110/60$. Dowodzi to działania toksyn w pierwszym rzędzie na mięsień sercowy i w zupełności potwierdza racjonalność zapobiegawczego tonizowania serca w tej chorobie.

Wątroba jest właściwie uchyłkiem prawego przedsionka. Tam więc, gdzie wskutek jej cierpień, wywołujących zastój w wena portae (cirrhosis—carcinoma etc.), prawy przedsionek pozbawiony zostaje dużej ilości krwi, stagnującej w rozgałęzieniach v. portae, — istnieją warunki do obniżenia Mn i naturalnie także Mx hypertensio, więc postać ta idzie zawsze w parze z hypotensio Mx i Mn. W obserwowanych przeze mnie wypadkach było to zwykłym zjawiskiem. Np., w wypadku cirrhosis hepatis z ascites formuła była $70/50$. Tam, gdzie formuła jest inną, zachodzą zapewne jakieś inne komplikacje. Tak, np., w innym wypadku cirrhosis formuła przed punctio była $150/100$, a po punctio (około 7 litrów) $130/100$. Ale była tu wyraźna nephritis chr.

W ogólnych chorobach infekcyjnych na pierwszy plan występuje znaczny spadek Mn, a w wypadkach b. ciężkich Mn stoi tak nisko, że wogóle nie daje się określić. W ostatniej epidemii tyfusu plamistego w Radzynie (Styczeń, Luty i Marzec 1916 r.) stale to konstatowałem, i wszędzie tam, gdzie Mn nie dawało się określić, rokowanie było prawie bezwzględnie złe, choć **dane** objawy pozornie dawały pewną nadzieję. Mx zwykle dochodziło do 100—120, Mn rzadko przekraczało 70. Zauważę mimochodem, że opierając się na tych danych oddawna w tyfusie plamistym stosuję w każdym nieco cięższym wypadku systematyczne leczenie strychniną-sparteina (2 razy dziennie podskórnie: strychnini nitrici 0,001 i + sparteini 0,03), i zawsze wydaje mi się, że rezultaty są znacznie lepsze, niż przy innych metodach leczenia. Tak, np., w jednym wypadku w chwili wstąpienia chorego do szpitalu formuła była $80/50$ — stan b. ciężki, kończyny sine, zimne, po

kilku dniach mieliśmy pewną poprawę przy formule $93/50$, a około 14 dniu choroby (wciąż sparteina-strychnina) $100/70$ jeszcze przed spadkiem 1^0 i zupełną już poprawę.

Opierając się na rozumowaniach powyższych, jesteśmy w stanie wyosobnić cały szereg typów sfigmomanometrycznych równie ważnych dla rozpoznania, rokowania i leczenia, jak typy gorączkowe.

W naturalny sposób typy te dzielą się na dwie główne grupy: typy hipertenzyjne (wysokie Mx) i hypotenzyjne (nizkie Mx). Na grupę pierwszą składa się trzy typy: a) hypertensio vera: bardzo wysokie Mx (powyżej 160—170, wyższe nad normę Mn (90 — 100), znacznie przekraczające normę wielkości PP (powyżej 60 nieraz 100 — 150) i duża diureza, t. j. na 1 ctm. PP wypada na dobę więcej niż 250 ctm.³ moczu, b) hypertensio relativa: również b. wysokie Mx (nieraz wyżej 250), bardzo wysokie Mn (powyżej 100, nieraz 140 — 160), a więc PP pomimo wysokiego Mx jest względnie małe — co zaś najważniejsza, diureza jest tu znacznie mniejsza od normy, t. j. znacznie mniej niż 250 ctm.³ na 1 ctm. PP. c) hypertensio spuria: Mx wysokie nieraz wyżej 250, Mn jeszcze wyższe niż w hypertensio relativa, PP wobec tego mniejsze od normy (niżej 50 — 40), a diureza b. mała — znacznie mniej niż 200 ctm. na 1 ctm. PP.

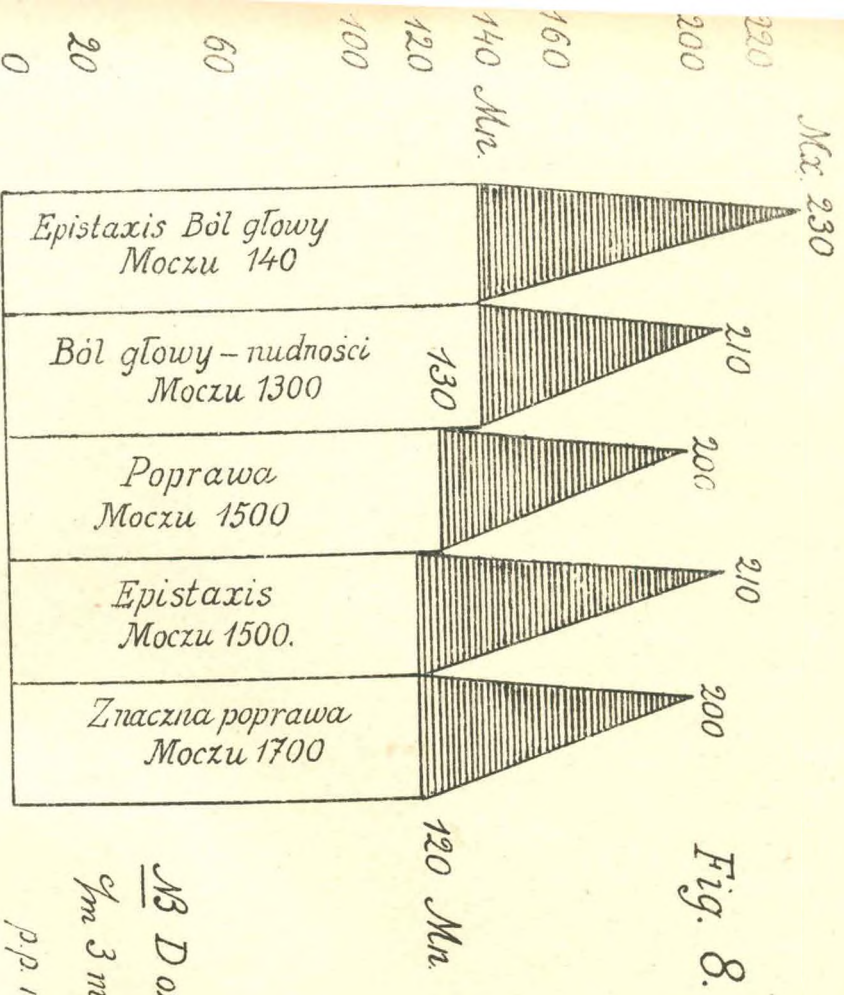
Typ pierwszy — hypertensio vera spotykamy najczęściej u naszych pacjentów gabinetowych. Są to osobniki dobrej tuszy, doskonale wyglądające, zasiągający porady naszej z powodu dolegliwości t. zw. neuroartrytycznych, zawrotów głowy, szumu w uszach i t. p. Są silni, wytrwali na wysiłki fizyczne, apetyt im dopisuje, piją jeszcze więcej, oddają dużo moczu o wysokim ciężarze gatunkowym, zjawia się czasami przejściowo albumin — albo nawet glikozurja. Słowem — to typ znany dawniej pod nazwą plethora vera, dziś przeważnie zaliczony do prasklerozy. Są to, w każdym bądź razie, kandydaci na sklerotyków i, o ile za pomocą odpowiedniej kuracji, polegającej głównie na odpowiedniej dyjecie i higienie, skasowaniu nadużyć wszelkiego rodzaju, nie usuną tego pozornie nadmiaru zdrowia i siły — prędzej, czy później stają się rzeczywistymi sklerotykami. Wysokie Mx i PP, duża diureza są tu wyrazem zupełnego, poniekąd nawet nadmiernego przystosowania się zdrowego jeszcze organizmu do zmienionych już patologicznie warunków, wyrażających się podniesieniem nad normę Mn. Jeden z moich pacjentów typowy neurastenik, dotknięty przeróżnymi fobiami ma formułę $160/100$ z diurezą 1800 (a więc na 1 ctm. PP — 300 ctm.³ — polyuria). Miewa on jednak często drętwienia palców, zawroty głowy, mocz jego ma ciężar gatunkowy 1017 — stoi on więc już blisko rzeczywistej sklerozy. Często ta hypertensio vera zjawiać się może także w postaci krótkotrwałych paroksyzmów pod wpływem różnych nadużyć, głównie u t. zw. artrytyków. Mam w dłuższej obserwacji pacjentkę z typową diathesis urica. Zwykłą jej formułą jest $130/80$. Otóż pod wpływem bezsennych nocy, obfitych i wybrednych kolacji i t. p. zjawiają się napady extrasystole, lekkiej anginae pectosis, zawrotów głowy i t. p., a brane wtedy ciśnienie daje formułę: $170/100$. $200/110$! Spokój, ograniczenie diety, wreszcie bromki zwykle dość szybko ten stan przejściowej hipertensio vera usuwają. Prawdopodobnie, paroksyzmy takie zależą od spazmu drobnych naczyń w terytorjum n.splanchnici (gefässkrisen).

Typ drugi — hypertensio relativa jest już wyrazem zupełnie patologicznych stanów. Pomimo bardzo wysokiego Mx, znacznie nieraz wyższego niż w hypertensio vera, duże, większe od normy wielkości PP są tu już niedostateczne dla przewyciężenia oporów, wyrażających się w bardzo wysokim także Mn, a — co

najważniejsza — diureza wcale nie odpowiada tym wielkościom, gdyż zawsze tu na 1 ctm. PP wypada nam mniej niż 250, nieraz mniej niż 200 ctm.³. Bardzo tu więc wysokie Mx jest, naprawdę, jeszcze zanizkie w stosunku do przeszkód, jakie powinny być przewyżczone — jednym słowem, brak tu już zupełnego przystosowania się do zmienionych warunków. Dlatego też nazywam stan ten *hypertensio relativa*. Stan ten stale spotykamy u wierutnych arteriosklerotyków i nefrytyków chronicznych. Typowy przykład takiego stanu przedstawia chory, którego grafikę tu załączam. (Patrz fig. 8.)

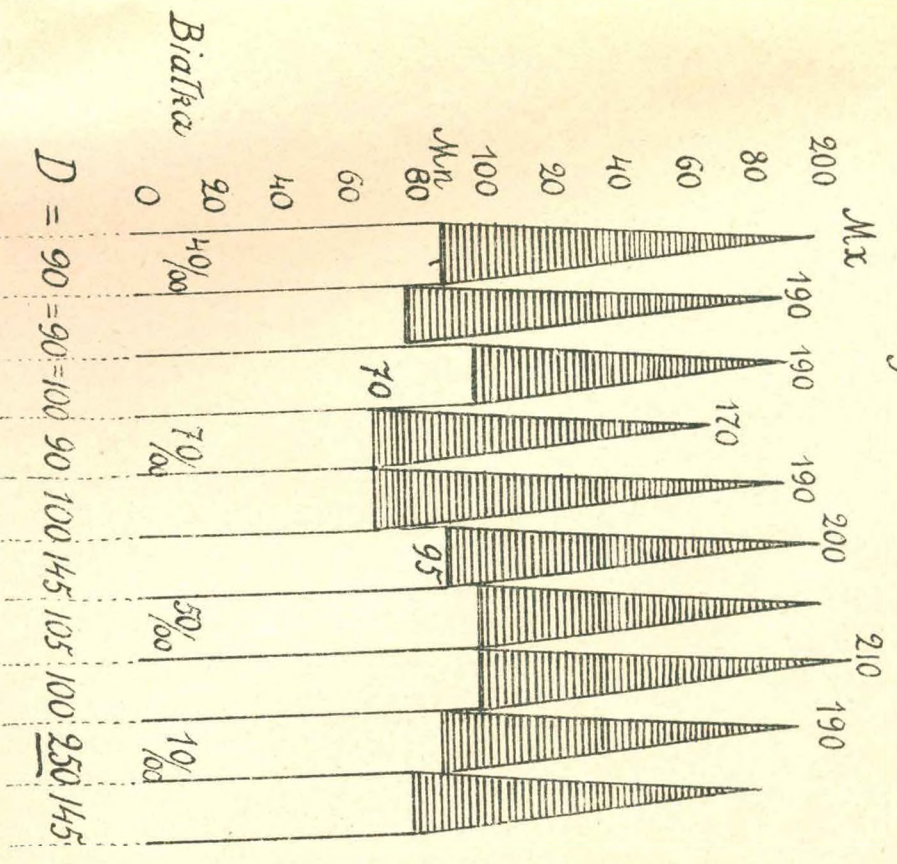
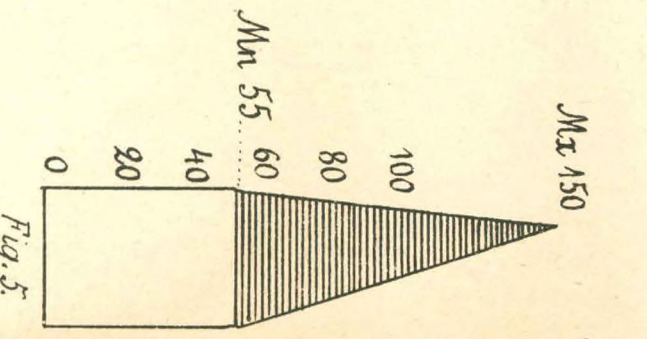
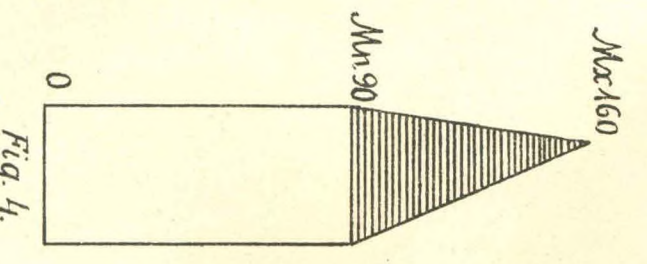
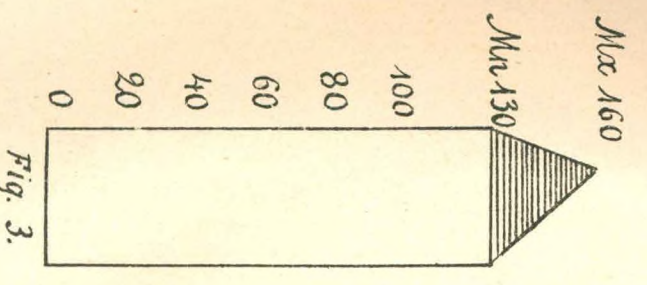
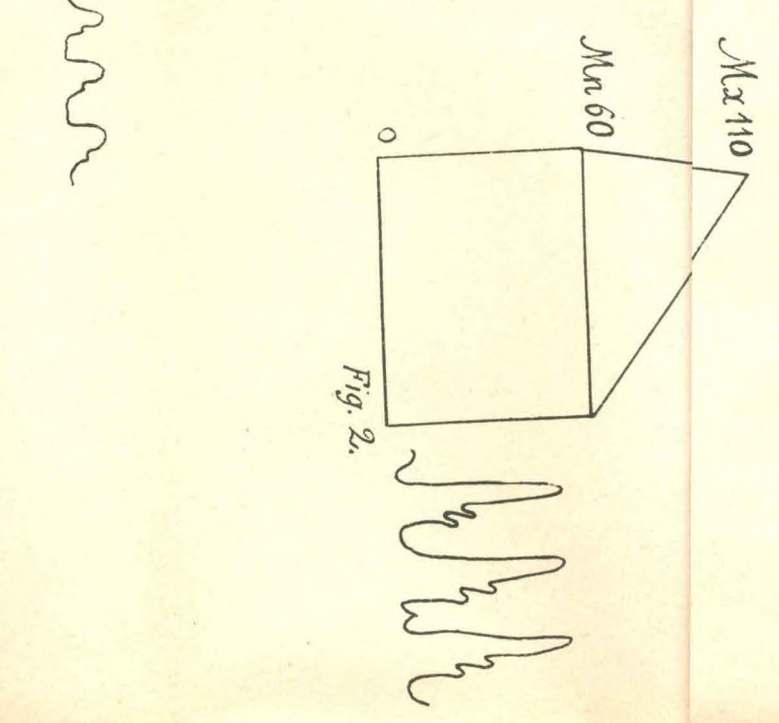
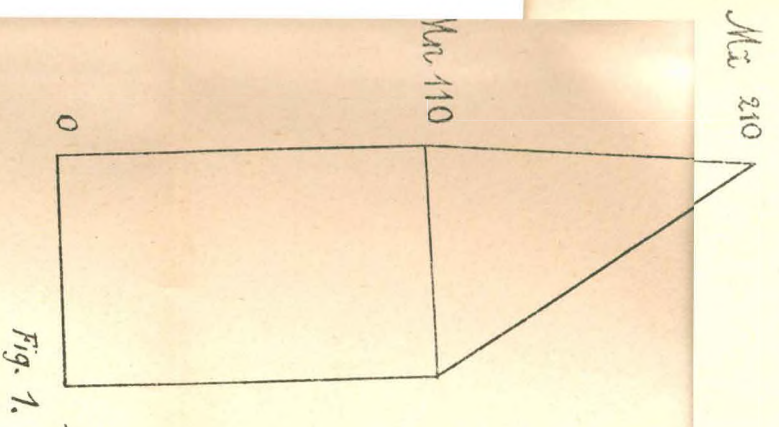
Chory ten, 48-letni mężczyzna, przybył do szpitala w Radzynie z powodu upartych krwotoków nosowych, nie ustępujących zwykłym środkom. Dokuczały mu też bóle i zawroty głowy, nudności. Zbudowany i odżywiany dobrze. W anamnesie nic wyraźnego. Badanie nerek na białko, cylindry, chlorki, wydzielanie methylenblau cały czas zostaje ujemne (chlorki do 17,0 na dobę), methylenblau (po wstrzyknięciu w mięśnie 1 ctm.³ 5% roztworu), zaczyna wydzielać się po 1 godzinie, a przestaje po 80 godzinach, białka ani cylindrów niema. Jednak, diureza w stosunku do PP, jest stale niżej normy (D — 155 — 214) i Mn wciąż jest bardzo wysoka (140 — 120). Oprócz tego, jak tylko Mx przekracza 200, — zjawiają się przykre objawy (epistaxis, bóle głowy etc.) Na tej zasadzie musimy dojść do wniosku, że naczynia chorego (przynajmniej w jamie nosa) nie są dość elastyczne, 2) naczynia w nerkach (glomeruli) są także mało elastyczne, i światło ich jest zwężone — czyli, że diagnoza nasza brzmieć powinna: *arteriosclerosis, nephritis hypertensiva arteriosclerotica (glomerulitis?)*. Stąd dla terapii droga wyraźna: wszystkie wysiłki powinny być skierowane ku obniżeniu Mn, a więc ograniczenie do możliwego minimum przyjmowania płynów, *drastica* i *diuretica* grupy *theobromin'y*, przedewszystkiem zaś dezintoksykacja — zmniejszenie dowozu białka i ograniczenie wysiłków fizycznych (toksyczne produkty zmęczenia).

Owe pojęcie *nephritis hypertensiva* bez białka, bez cylindrów, bez zatrzymania chlorków, jest nowe: bez sfigmomanometru stany te uważane były dawniej za czystą arteriosklerozę, tymczasem niedostateczna diureza występująca na jaw dopiero przy zestawieniu dobowej ilości moczu z PP, wyraźnie dowodzi, że jednak nerki tu cierpią, i że cierpienie ich polega na zmniejszonej przepuszczalności względem wody, czego — oczywiście — prostym następstwem będzie *retentio* wody we krwi — *plethora aquosa*. Takie pojmowanie sprawy uchroni nas od kolosalnego błędu terapeutycznego, jakim jest stosowanie w tych stanach jodu, błędu niestety, tak rozpowszechnionego, że każdy prawie chory tej kategorii nie unika tego „specyfiku od arteriosklerozy”, a nieraz sam nawet go sobie ordynuje. Tymczasem, owe stosowanie jodu przy arteriosklerozie ma teoretyczne uzasadnienie w „rozrzedzającym krew działaniu”, — więc, o ile tego rodzaju wpływ jod, rzeczywiście, posiada — jest zupełnie wskazany w *plethora sanguinae*, a więc przy *hypertensio vera* — nigdy zaś tam, gdzie i tak krew jest „rozrzedzona”, a więc nigdy przy *hypertensio relativa*. Zresztą, uważna kliniczna obserwacja oddawna już wskazywała, że pewna grupa sklerotyków źle, albo wcale nie znosi jodu (katary, obrzęki powiek, obrzęki krtani! pogorszenia istoty sprawy). Otóż prawie napewno twierdzić można, że owi nieznoszący jodu arteriosklerotycy — są już nefrytykami hipertenzyjnymi, a *hypertensio* ich to *h. relativa*. Wybitniej jeszcze stan ten występuje u prawdziwych (białkomocz, cylindry, obrzęki) nefrytyków. Fig. 9 dotyczy takiego właśnie nefrytyka chronicznego. (Patrz fig. 9.)



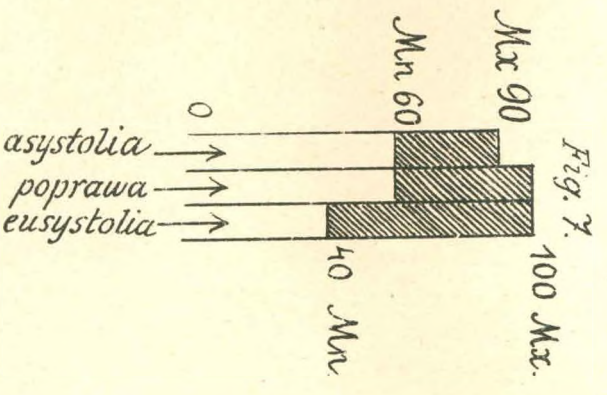
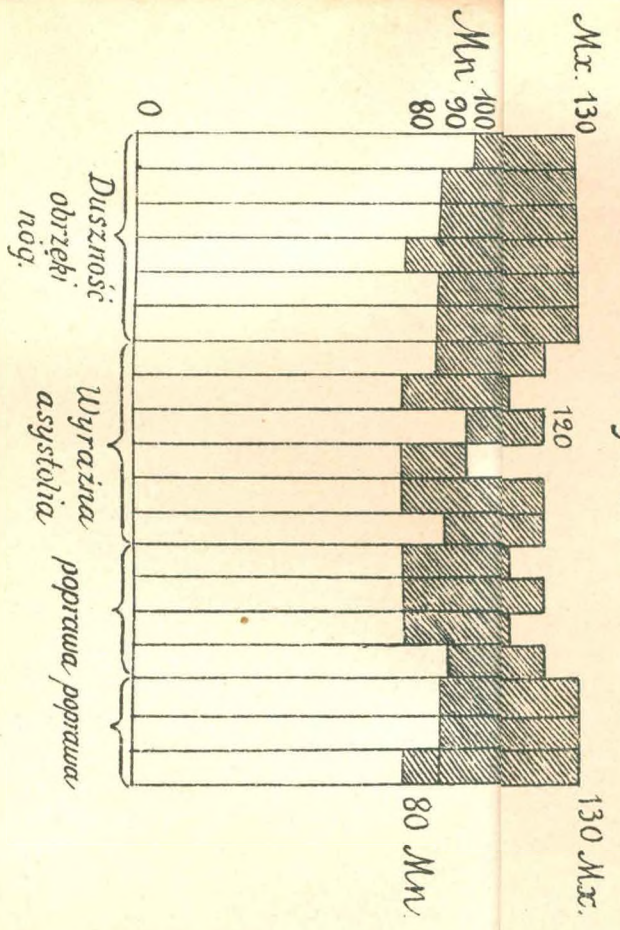
\overline{M} D oznacza ilość
cm 3 moczu na 1 cm
p.p. na dobę.

$D = 155 (=163) = 214 \quad 166 (=212)$



$D = 90 = 90 = 100 \quad 90 \quad 100 \quad 145 \quad 105 \quad 100 \quad 250 \quad 145$

Fig. 6.



Chory ten (37 lat) przybył do szpitala z objawami typowej nephritis chronica hydropigena. I tu widzimy znaczną wysokość Mx (200 — 210) i znaczną wielkość PP (wyżej 100), ale diureza jest jeszcze gorsza niż w poprzednim wypadku, co — naturalnie — nie wymaga komentarzy wobec klasycznych objawów chr. zapalenia nerek.

Gorzej jeszcze przedstawiała się sprawa u pacjenta, od którego załączam tu zamiast grafiki kolejne formuły:

1.	$230/130$	— napad drgawek	mocznicowych	PP = 100
2.	$240/140$	— epistaxis	—	D = 100 PP = 100
3.	$180/90$	—	} znaczna	D = 155 PP = 90
4.	$190/95$	—		D = 172 PP = 95
5.	$200/90$	—	} poprawa	D = 173 PP = 110

Wypadek ten był poważną formą nephritis hydriurica (dawniej nephritis intestinalis chr.) z mocznicowymi objawami (raz nawet doszło do drgawek), moczu na dobę 1000 — 1900 o niskim ciężarze gat. Wyrażna poprawa nastąpiła dopiero po spadku obu poziomów.

W późniejszych okresach tych samych cierpień Mn podnosi się jeszcze wyżej, Mx trzyma się na bardzo wysokich cyfrach, ale prędzej lub później skutek wyczerpania spada ona do normy, a nieraz i niżej. Wobec tego PP bywa znacznie mniejsze i także często spada niżej normy, diureza zaś jest wtedy znacznie niższa od 200 ctm.³ na 1 ctm. PP. Jest to już stan zupełnej niedomogi nerek i serca, i hypertensio, gdy jeszcze ictnieje, jest tylko pozorną — dla tego nazywam ten typ hypertensio spuria. Dla ilustracji tych stanów przytaczam znów formuły ciśnień z własnej obserwacji. Chora 62 letnia przywieziona do szpitala w drgawkach mocznicowych z anurią (kilkadziesiąt ctm.³ wydobytego kateterem moczu o ciężarze gat. 1023 z dużą ilością białka) miała formułę $210/170$, a więc PP przy 210 Mx zaledwie 40. Inny pacjent (takie uraemia — exitus laetalis) $250/160$. W ostatnich dniach obserwowana uraemia (nephritis hydriurica) $210/50$, a po venesectio $190/130$ — exitus laetalis. O ile jednak uda się w tych wypadkach znacznie obniżyć Mn, to choć nieraz ulega redukcji i Mx, a więc i wielkość PP, — to stan się może poprawić na dłużej. Tak było, np., z chorym na nefritis hydropigena (K. Jlczuk 52 lata, kolejne formuły jego były:

- 1) $160/110$ obrzęki, duszność.
- 2) $130/110$ — bez zmiany.
- 3) $120/80$ — zupełna poprawa.

(NB są to formuły kolejne, ale nie zawsze codzienne. W tym np. wypadku te trzy pomiary były dokonane w znacznych odstępach czasu jedna po drugiej).

Tam, gdzie przy wysokim Mn, poziom Mx stoi niezbyt wysoko, wyraża to już niedostateczność serca i jest b. złym objawem.

Tak, np., 59 letni chory (Radczuk) z nephritis chr. mixta i niewydolnością serca przedstawiał następujący obraz:

- 1) $140/110$ — wyraźna asystolia, obrzęki, duszność.
- 2) $150/110$ bez zmiany.
- 3) $150/100$ — wyraźna poprawa.
- 4) $180/130$ — b. źle, kompletna asystolia.
- 5) $170/80$ — ani śladu obrzęków, ani duszności, zupełna poprawa.

Albo znów inny wypadek. Chora 42 lat. (Niebrzegowska) insuficientia mitralis.

1. $\frac{140}{120}$ — asystolia.
2. $\frac{160}{90}$ — zupełna poprawa.
3. $\frac{140}{90}$ |
4. $\frac{150}{90}$ | — pogorszenie.

U innego znów nefrytyka (arteriosklerosis — nephritis hypertensiva — obrzęki) podczas ciężkiego napadu anginae pectoris formuła = $\frac{150}{110}$, a więc PP zaledwie 40. Jak widzimy, typ ten — hypertensio spuria — jest codziennym zjawiskiem w późniejszych okresach arteriosklerozy (komplikacje ze strony nerek i serca), w chronicznych nefrytach (hydriurica i hypertensiva) i w wadach serca wtórnych i pierwotnych (w tych ostatnich rzadko bywa wysokie Mx) w okresie hypo i asystolii. Widzimy tu, jak pomimo wysokiego Mx, istnieją wyraźne objawy niedomogi serca. Tu właśnie walczą owe, oddawna znane, ale bez obrazów sfigmomanometrycznych nierozumiane stany niedoskurczu, przebiegające z wysokim ciśnieniem t. zw. hochdruckstanung. W świetle też tylko sfigmomanometrii znajduje zupełne wyjaśnienie oddawna przez wybitnych klinicystów (Potain, u nas Dunin, Janowski i inni) zaobserwowany fakt, że najgorzej się czują i najcięższym najczęściej napadom (angina pectoris, oedema plm. etc.) podlegają ci z arteriosklerotyków, którzy miewają prawie normalne albo nawet niższe od normy ciśnienia (naturalnie klinicyści owi mają na myśli tylko Mx). Wobec wysokiego zawsze u tych chorych Mn — norma albo niższe od normy Mx jest właśnie wyrazem niewydolności serca, i ta niewydolność jest zapewne przyczyną owych ciężkich napadów. Wyżej cytowany mój pacjent w chwili napadu anginae pectoris miał formułę $\frac{150}{110}$, a dla poziomu Mn = 110, PP = 40 jest stanowczo za małe, ukrwienie więc m. sercowego jest słabe, a ischemia daje znać o sobie bólem. Stąd też rokowanie u tego rodzaju chorych musi być wątpliwe, a stosowanie środków kojących, jak morfina; niesłychanie ostrożne, pomimo zaś normalnego Mx gwałtownie wskazane są tonicardiaca (kamfora, kofeina), łapobiegawczo zaś środki obniżające Mn i tonizujące mięsień sercowy, więc grupa teobrominy i małe dawki digitalisu.

Tyle co do stanów hipertenzyjnych. W stanach hypotenzyjnych spotykamy następujące typy; 1) Mn leży w granicach normy, Mx zaś ulega spadkowi, PP wobec tego jest znacznie mniejsze, niż w normie; 2) Mn jest znacznie wyższe niż normalnie, a Mx — w granicach normy lub cokolwiek wyżej, PP — małe; 3) Mn spada bardzo nisko, tak że nieraz niepodobna go określić, Mx spada prawie proporcjonalnie do Mn, także w ostatecznym wyniku PP bywa prawie normalnej wielkości; 4) Mn spada znacznie niżej normy nie tak jednak nisko, jak w typie poprzednim, a Mx stoi wysoko nieraz przekracza górną granicę swej normy, skąd naturalnie — PP jest bardzo duże.

Pierwszy typ — nazwę go: hypotensio vera wyraża wyczerpanie serca pierwotne przy lraku wzmożonych oporów na obwodzie. Widujemy go najczęściej w ostrem zapaleniu płuc, a także przy hypertensio portae (cirrhosis, carcinoma hepatis), o ile niema komplikacji ze strony nerek. Kilka przykładów przytoczyłem już wyżej. Tak, jeden z moich pneumoników miał formułę $\frac{90}{60}$, inna znów chora $\frac{110}{60}$, w wypadku carcinomatis hepatis z ascites formuła była $\frac{70}{50}$. Tam, gdzie przy pneumonii występuje na plan pierwszy ogólna infekcja (wysoka t^o, prostracja, bredzenie i t. d.), jak to bywa przy przeumoniach centralnych i wierzchołkowych, spadkowi znacznemu ulega i Mn, jak to stale miewa miejsce w ciężkich infekcjach,

i wtedy typ ten przechodzi w typ 3-ci — hypotensio praecipue diastolica. Tak, jedna z moich chorych z *praeumonia superior dextra* na 6-ty dzień choroby miała formułę $70/30$. Typ drugi — hypotensio relativa — wyraża niedostateczne przystosowanie się serca do wzmożonych oporów. Spotykamy ten typ w chronicznych chorobach płuc (*emphysema, bronchitis et peribronchitis chr., phtisis fibrosa etc.*), a także i przede wszystkim w pierwotnych wadach serca w okresie niedoskurczu. Wyżej na fig. 6 przedstawiłem grafiki jednego z takich emphysematyków, a na fig. 7 chorej na wadę serca i dałem tam odpowiednie komentarze, — nie będę więc nudził czytelnika powtarzaniem ich, zaznaczę tylko, że ten drugi typ jest wręcz przeciwny pierwszemu: o ile tam zmniejszenie wielkości PP zależy od samej pompy — serca, o tyle tu przyczyną stanu patologicznego są znacznie zwiększone przeszkody — opory na obwodzie. Stąd i postępowanie lecznicze powinno być inne. W pierwszym wypadku należy starać się o wyzyskanie zapasowych sił serca — więc *tonicardiaca larga manu* (tu znajduje teoretyczne uzasadnienie dawno stwierdzony pożyteczny wpływ kamfory i *digitalis* w dużych dawkach przy *pneumonia crouposa*), w drugim — naszym głównym zadaniem musi być dążenie do obniżenia Mn, t. j. do zniżenia nadmiernych przeszkód (*diuretica, purgantia, ev. depletio*, a także i tu duże dawki *digitalisu*, które niewątpliwie drogą zwiększonej diurezy przez rozszerzenia naczyń nerkowych, wywołują spadek Mn).

Trzeci typ — hypotensio praecipue diastolica — wyraża zmniejszenie oporów na obwodzie, wskutek czego serce, że się tak wyrażę, bije w próżnię, i w konsekwencji praca jego, choć *sfigmomanometr* wykazuje tu dla PP wielkości prawie normalne (40 — 60 mm), jest zupełnie niedostateczną. Stan taki obserwujemy przede wszystkim w ogólnych chorobach infekcyjnych. Podczas ostatniej epidemii tyfusu plamistego w Radzynie (styczeń — kwiecień 1916 r.) stale to obserwowałem. Tak, np. formuły $100/40$, $90/30$, $120/40$ konstatowałem codziennie. Wypadki, w których Mn spadało jeszcze niżej do 20 — 30 mm należały do najcięższych, tam zaś, gdzie Mn wogóle nie udawało się określić więc niżej 20 mm, rokowanie było bezwzględnie złe — i odwrotnie podnoszenie się Mn do cyfr normalnych było pierwszym objawem rzeczywistej poprawy, pomimo trwania wysokiej temperatury, zajęcia *sensorium etc.* Przyczynę tego stanu należy widzieć w utracie tonus'u naczyń pod wpływem toksyn bakteryjnych (zatrucie tkanki chromafinowej, brak *adrenaliny?*). W każdym bądź razie z faktu tego wypływają ważne dane prognostyczne i ważniejsze jeszcze wskazania lecznicze. Jeśli wielkość PP nie jest zbyt mała, a tylko Mn spada nisko — niebezpieczeństwa szukać należy w niskim tonusie naczyń, a nie w sercu. Więc na pierwszym planie powinny stać środki tonizujące system nerwowy i naczynioruchowy. Stale z tego względu stosuję *strychninę* (*Strychnini nitrici 0,001* podskórę 2 — 3 razy dziennie). Stosuję ją od wielu lat, i zawsze wydaje mi się, że efekt jest wyraźny. Obok niej stosuję naturalnie zabiegi *hydropatyczne* w postaci krótkotrwałych chłodnych kąpiei (26 — 25°R) i systematycznych, co 3 — 4 godziny, obcierań zimnych całego ciała. Tam, gdzie i PP jest małe (znaczący spadek Mx), konieczne są *tonicardiaca*: *sparteina, kamfora, kofeina; digitalis* mniej mi się wydaje wskazanym, a gdzie niema komplikacji ze strony płuc, nawet przeciwwskazany, gdyż dodatnie działanie jego polega w wadach serca właśnie na obniżeniu Mn. Co do *adrenaliny*, to jest to najpotężniejszy ze środków tonizujących naczynia, ale — niestety — działanie jego trwa zbyt krótko, a przy komplikacjach ze strony płuc, tak częstych właśnie przy tyfusie plamistym, jest wprost przeciwwskazany, gdyż łatwo w tych okolicznościach wywołać może obrzęk

dłuc. Wobec tego adrenalinę stosuję względnie rzadko, tylko przy braku powyższego przeciwwskazania i tylko w postaci wlewań podskórnych 300 — 500 ctm.³ roztworu fizjologicznego soli z dodatkiem 1 ctm.³ 1⁰/₁₀₀ roztworu adrenaliny. Przy tej metodzie leczenia miałem podczas ostatniej epidemii tyfusu plamistego w szpitalu małą śmiertelność, gdy jednocześnie chorzy leczeni w domach, po wsiach, nawet w znośnych warunkach higienicznych, ale bez systematycznego stosowania strychniny i hydroterapii, umierali w przerażający sposób. Czwarty typ — hypotensio diastolica c. norma aut hypertensio Mx — jest objawem zupełnie charakterystycznym dla insuficientia valv. aortae. Wskazuje on na „uciekanie krwi” przez niezamykające się kłapy aorty z powrotem do serca i zupełnie wyjaśnia znany oddawna fakt, że chorzy na tę wadę względnie długo, w każdym bądź razie znacznie dłużej, niż chorzy na inne wady serca, cieszą się zupełną kompensacją, ale zato pierwsza ich asystolia jest zwykle i ostatnią; powrotu kompensacji nie udaje się zwykle osiągnąć, i giną oni znacznie prędzej niż np. chorzy na stenosis lub insuf. mitralis, którzy latami całymi walczą skutecznie z bardzo częstymi napadami asystolii. Jeden np. z moich pacjentów miał formułę ¹⁴⁰/₄₀, a w okresie asystolii ¹⁴⁵/₇. Owo wielkie PP, jak w danym wypadku 100, wobec niskiego poziomu Mn, trwające latami musi doprowadzić nawet silną lewą komorę do wyczerpania, gdyż i tu mamy owo „bicie serca w próżnię”, jak w chorobach infekcyjnych, ale trwające wciąż. Więc asystolia, będąca tu wyrazem wyczerpania lewej komory, będzie tu najczęściej ostateczną. Typ ten obserwowałem także czasami i w chorobie Basedow’a, tak np. w jednym wypadku formuła była ¹⁶⁰/₆, ale wobec istnienia kilku szmerów w moich wypadkach, nie mogę pozbyć się myśli, że wypadki te były komplikowane właśnie niedomykalnością ujścia aorty.

Tak więc, posiłkując się obok innych metod badania sfigmomanometrią, co nie jest w codziennej praktyce ani trudne, ani nie pochłania zbyt wiele czasu, jesteście w stanie daleko głębiej wnikać w istotę zaburzeń cyrkulacyjnych, wytworzyć sobie pewne typy sfigmomanometryczne, znakomicie ułatwiające nam orientowanie się w rozpoznawaniu, rokowaniu i leczeniu. Czy typy, wyżej przeze mnie opisane są pewne i stałe, to jest rzeczą badaczy, więcej odemnie powołanych do zgłębienia tej sprawy.

* * *

Celem mego referatu na II zjeździe lekarzy prowincjonalnych w Lublinie w r. 1914 było zwrócenie uwagi kolegów praktyków na cennosc tej metody badania, która według mnie oddawna już powinna była przejść z laboratoriów klinicznych do praktyki codziennej. Od wygłoszenia mego referatu upłynęło dwa lata. Przez ten czas materiał mój wzrósł znacznie, referat uległ znacznemu rozszerzeniu, typy sfigmomanometryczne ledwie naszkicowane wówczas dziś nabrały większego wypuklenia. W tej formie podaję pracą moją uwadze i krytyce Szanownych Czytelników i tuszę sobie, że blizkim jest czas, kiedy również nie będziemy mogli obchodzić się bez sfigmomanometru, jak dziś bez termometru.

Literatura.

Dr. Lonis Gallavardin, La tension artesielle en clinique Paris 1910 P. Steinheil Editenr.

Dunin T. Gazeta lek. 1904. Ciśnienie krwi przy stwardnieniu naczyń.

Janowski Wł. Współczesne metody badania serca Warszawa 1910.

Prof. Dr. Edmund von Neusser. Dyspnoë und cyanose Wien und Leipzig 1907.

Prof. E. Romberg. Choroby serca (tłomaczenie rosyjskie Petersburg 1912.

H. Huchard. Les maladies du coeur leur traitement Paris 1908.

H. Huchard. Consultations médicales. Meladie sdu Coeur et arteriosclerose Paris 1910.

Dr. Alfred Martinet, Clinique et thérapeutique circulatoires. Paris 1914.

Dyskusja: a) K. Rozenfeld (z Częstochowy) sądzi, że badanie ciśnienia krwi może dać wyniki pewne tylko przy systematycznym powtarzaniu badania: badanie jednorazowe wobec ożywionej gry nerwów naczynioruchowych może być powodem wniosków nieściślych. Określenie ciśnienia krwi oddaje niezaprzeczone usługi w rozpoznawaniu początkowego okresu stwardnienia tętnic, w zapaleniu nerek przewlekłym i w niedomykalności zastawek tętnicy głównej. Badanie systematyczne ciśnienia tętna w chorobach serca i stwardnieniu tętnic może nawet dawać ważne wskazówki w rokowaniu. Jednoczesne badanie lepkości krwi w celu określenia sprawności mięśnia sercowego, jak to twierdzi Martinet, jest zbyt cenne, mówca przekonał się w badaniach własnych, że przy jednakowym ciśnieniu krwi stan lepkości może być zupełnie różny i wyprowadzane stąd wnioski bardzo niepewne.

b) S. Sterling (z Łodzi) zaznacza, że badanie ciśnienia krwi jest doskonałą metodą rozpoznawczą, lecz samo przez się nie jest dostateczne w rozpoznawaniu i rokowaniu. Co do techniki, przyrząd Riva-Rocci najlepszy jest do określania maximum, do minimum lepszy bez porównania jest przyrząd Pachona.

c) J. Szawelski (z Siedlec) wnosi, że w przyszłości większa liczba lekarzy stosować powinna badanie ciśnienia krwi i tętna.

d) Prelegent (St. Sitkowski) zgadza się z wyjaśnieniami mówców.

Następnie **W. Chodźko** (Czerwony Dwór) odczytał pracę p. n.:

Zadania lekarza-praktyka w dziedzinie psychiatrii.

W opinii przeważającej większości lekarzy-praktyków psychiatria ciągle jeszcze uważaną jest za teoretyczną jedynie gałąź wiedzy lekarskiej, zaś praktyczna jej wartość sprowadza się jakoby do tego tylko, aby niebezpiecznego dla otoczenia chorego usunąć spośród społeczeństwa i unieszkodliwić. Tymczasem jednakże na każdym niemal kroku swej działalności praktycznej spotyka się lekarz z zagadnieniami natury czysto psychiatrycznej, czy to jako lekarz domowy, czy jako lekarz szkolny, więzienny, wojskowy, powiatowy, miejski i t. p. i niejednokrotnie wyrokuje w ostatniej instancji nie tylko o losie chorego, ale i o losie całego szeregu pokoleń. Śmiało powiedzieć można, że niema gałęzi wiedzy lekarskiej, któraby miała większą wagę ogólnospołeczną, niż psychiatria i niema gałęzi, w której ignorancja zaważyłaby silniej na losach ludzkich. Dodam jeszcze, że właśnie lekarz praktyk, a nie specjalista psychiatra, najwięcej ma okazji do interwencji w sensie ściśle psychiatrycznym, zarówno w dziale higieny społecznej i osobniczej, jak i w leczeniu spraw psychopatologicznych, ostrych, szybko przemijających, objawowych (np. w prze-

biegu chorób zakaźnych), wreszcie początkowych okresów chorób organicznych. Ten obszerny zakres możliwości wkłada z drugiej strony na lekarza-praktyka poważny obowiązek i surową odpowiedzialność, stąd zaś wypływa konieczność zapoznania się bardziej gruntownego z naszą gałęzią lecznictwa.

Sprawa dziedziczności w praktyce lekarskiej.

Najważniejszą bodaj sprawą, z jaką spotyka się lekarz-praktyk na każdym kroku, jest zagadnienie dziedziczności. Zakres faktycznego oddziaływania lekarza jest w naszych przynajmniej stosunkach niesłychanie ograniczony, niemniej jednak lekarz nie może usunąć się ze stanowiska doradcy i nauczyciela: — nie mogąc niczego zakazać, powinien jednak zapobiegać i ostrzegać przed niebezpieczeństwem.

Doświadczenie nauczyło nas, że obarczenie dziedziczne odgrywa bardzo poważną rolę w powstawaniu zaburzeń umysłowych, ale nie możemy twierdzić, aby jakiś pojedynczy przypadek cierpienia umysłowego w dalszej rodzinie dawał nam prawo do stawiania ponurych przepowiedni. Natomiast, jeżeli w pewnej rodzinie w linii prostej powtarzają się przypadki chorób umysłowych albo ciężkich nerwic tak ze strony ojca, jak i matki, albo też obok obarczenia psychopatologicznego matki występuje alkoholizm ojca, wtedy — z rzadkimi wyjątkami—możemy rokować niepomyślnie co do potomstwa. Zjawia się zatem przed lekarzem zagadnienie dopuszczalności, albo zakazu małżeństwa. Prawodawczo sprawa ta w Europie nie dojrzała jeszcze. A jednak wzrastające niewątpliwie zainteresowanie szerszych kół społecznych dla sprawy dziedziczności, może obudzone przez coraz żywszy ruch kobiecy i studja nad dziećmi, pozwoli mieć nadzieję, że głos lekarza niezadługo już może zdobędzie wagę rozstrzygającą w tych sprawach, w których obecnie decyduje poważnie albo jednostronny motyw uczuciowy, albo chłodne wyrachowanie. Jakież stanowisko zająć powinien lekarz, o ile będzie zapytany o zdanie w sprawie małżeństwa i jakie zasady ma popularyzować w społeczeństwie w tej sprawie? Otoż musimy dokładnie uprzytomnić sobie, że małżeństwa między osobami, z których każda jest ciężko obarczoną dziedzicznie **w linii prostej** muszą być **bezwzględnie zakazane**; wykluczyć należy również, jako nienadające się do związku małżeńskiego, osobniki, dotknięte **ciężkimi defektami**, obarczone **skłonnościami kryminalistycznymi, pociągami do pijaństwa, b. wybitnie impulsywne**, oraz ujawniające zupełnie **wyraźne braki intelektualne**. Należy zastanowić się również b. poważnie, o ile zapytają nas o możliwość zawarcia związków małżeńskich, tak często spotykani, szczególnie wśród warstw zamożniejszych ludzie z charakterem dziwacznym „oryginały”, których niezdolność dopasowania się do towarzysza życia stwarza szereg najprzykrzejszych konfliktów i ciężko odbija się na wychowaniu dzieci i dla których kłótniowość i napastniczość stanowi wprost niezbędną potrzebę i sposób wyładowania nagromadzającej się energii życiowej. Oczywiście lżejsze anomalje charakteru nie stanowią przeszkody do małżeństwa, o ile druga strona jest psychicznie zupełnie zdrową, a nawet takie połączenie może przyczynić się do poprawienia rasy i do usunięcia objawów zwyrodnienia w następnym już pokoleniu. Z tego punktu widzenia słusznym jest obyczaj zakazywania małżeństw między krewnymi, gdyż lekkie anomalje obu stron w potomstwie mogą się sumować i dawać w wyniku ciężkie przypadki głuchoniemoty, idjotyzmu i t. p. Oczywiście jest rzeczą, że lekarz w żadnym razie nie może dać swej aprobaty małżeństwu, w którym jedna strona jest dotkniętą chorobą umysłową, albo ciężką nerwicą.

Nie tylko pośród publiczności, ale i między lekarzami często daje się słyszeć zdanie, że padaczka u dziewcząt może się poprawić, albo wyleczyć przez małżeństwo. Jest to oczywiście mniemanie z gruntu **błędne** i zarówno **zgubne** dla małżonków, jak i dla ich potomstwa. Wiemy jak ciężko przebiegają ciążę i porody, połączone z drgawkami, wiemy też i o tem, że padaczka dziedziczy się bezpośrednio. Że przesąd ten doprowadzać może i do nadużyć, miałem tego dowód w swojej praktyce szpitalnej (Kochanówka): w leczeniu naszym znajdował się epileptyk, który ożenił się tylko dlatego, że zainteresowana osoba wytłumaczyła mu, iż wyleczy się z padaczki, o ile z nią się ożeni; skutek był wręcz przeciwny, gdyż spokojny dotąd epileptyk, mogący pracować samodzielnie, musiał być oddanym do szpitala z powodu coraz gwałtowniejszych komplikacji psychopatycznych.

Istniejący na wsi zwyczaj żenienia umysłowo niedorozwiniętych chłopaków ze zdrowymi dziewczętami ze względów gospodarczych stawia nieraz lekarza w trudnej pozycji, szczególnie jeżeli już przyszły na świat dzieci nieślubne; lekarz powinien w tych wypadkach zalecić ulegalizowanie związku ze względu na los dzieci, które w warunkach prawnie zabezpieczonych, a więc i staranniej chowane mają większe szanse uniknięcia najbardziej groźnych i przykrych następstw obarczenia dziedzicznego.

Jak się ma zachować lekarz wobec osobników, które przechodziły poprzednio chorobę umysłową, a w chwili danej są zdrowe? Jeżeli zaburzenia psychiczne wystąpiły w związku z przyczynami zewnętrznymi, jak: choroby zakaźne, zatrucia, cięższe urazy, choroby przemiany materji, krwi, płasawica, miały charakter przejściowy, nie pozostawiły żadnych trwalszych śladów i jeżeli od wybuchu zaburzeń umysłowych przeszła dostateczna liczba lat, w takim razie nie należy obawiać się szkodliwych następstw dla potomstwa. Jeżeli jednak zaburzenia psychiczne powtarzają się kilkakrotnie wśród jednych i tych samych okoliczności zewnętrznych, wskazywałoby to już na zmniejszenie odporności układu nerwowego i nakazywałoby zachować się ostrożniej w sprawie aprobowania projektowanego związku małżeńskiego.

Bezwarunkowo, z punktu widzenia lekarskiego, **nie wolno** nam aprobować małżeństwa osobnika, który będąc w danej chwili normalnym, cierpi na okresową, manjakałno-depresyjną psychozę, albo znajduje się w okresie zwolnienia w przebiegu otępienia wczesnego, porażenia postępującego, czy też otępienia miażdżycowego („skleroza mózgowa”).

Ze stanowiska psychiatrycznego zaprotestować również musimy energicznie przeciw małżeństwom osób wyczerpanych fizycznie, przeciw zbyt częstym porodom, przeciw zbyt dużej liczbie dzieci, (gdyż najmłodsze z liczego potomstwa najłatwiej ulegają zaburzeniom umysłowym), przeciw zawieraniu małżeństw w wieku zbyt późnym, albo zbyt wczesnym, przeciw małżeństwom niewyleczonych syfili-tyków i pijaków.

Walka z alkoholizmem.

Stanowisko lekarza wobec sprawy alkoholizmu winno być bezwzględnie wyraźne i zdecydowane, a zasady zwalczania tego **największego wroga ludzkości i źródła cierpień całych pokoleń**, niezłomnie stosowane. Nie wolno lekarzowi traktować tej sprawy z pobłażliwą obojętnością: nie wpadając w ton kaznodziejsko-moralizatorski, powinien on na każdym kroku propagować abstynencję, gdziekolwiek danem mu jest działać w większym środowisku.

Statystyki szpitala „Kochanówka” pod Łodzią z ostatnich lat 10 stale ujawniały potworny wprost odsetek: u 50% bezmała naszych pacjentów, alkohol był przyczyną ich cierpień, albo wprost, albo, co częściej, pośrednio, przez obarczenie dziedziczne i możemy z całą stanowczością twierdzić, że alkohol dostarcza przeszło połowę zaludnienia lecznic i szpitali psychiatrycznych. Sprawa alkoholizmu jest tak dokładnie oświetloną liczbowo, że zastanawiać się nad nią szerzej uważam za zbędne; dodam tylko, że alkoholizmowi rodziców zawdzięczamy do 60% ogólnej liczby epileptyków, ogromną większość idiotów i bardzo wielki odsetek tak rozpowszechnionej psychozy, jaką jest „otępienie wczesne” (dementia praecox). Agitacja lekarza za abstynencją będzie tym skuteczniejszą, im bardziej poprzec ją będziemy mogli żywym przykładem własnym, w tym względzie, niestety, grzeszą lekarze b. często i zbyt pobłaźliwie traktują kolegów, oddających się zgubnemu nałogowi. Wytworzenie surowszych poglądów na lekarzy pijaków, wśród ogółu kolegów, byłoby dla wielu czynnikiem hamującym. Tu pozwolę sobie zwrócić uwagę, że obowiązkowe alkoholizowanie się, uprawiane na zjazdach lekarskich w postaci t. zw. „bankietów” winno być regulaminowo skasowane, nasze zjazdy lekarskie winny pod tym względem dać dobry przykład innym naszym korporacjom i zrzeszeniom, złożonym z ludzi, najczęściej nieświadomych złego, jakie sobie i krajowi wyrządzają.

Aby zakończyć ze sprawą alkoholizmu, muszę jeszcze zaznaczyć, że alkoholik chroniczny bezwarunkowo żenić się nie powinien, jeżeli zaś już się ożenił, nie powinien mieć dzieci. Z drugiej strony musimy najenergiczniej dążyć do zaniechania zwyczaju odbywania hucznych wesel z nadużyciem na nich alkoholu, gdyż jak wiadomo, dzieci poczęte w stanie upojenia alkoholowego rodziców, najczęściej są psychicznie nie normalne i dają uderzająco wielki odsetek osobników ze zбочzeniami w sferze etycznej.

Wzrastające używanie alkoholu przez kobiety, winno być uważane za jedno z najgroźniejszych niebezpieczeństw dla przyszłości rasy i najusilniej zwalczane.

Zadania profilaktyki osobniczej.

Zadania psychiatryczne lekarza-praktyka nie ograniczają się do stosowania powyżej podanych ogólnych zasad profilaktyki rasowej i rodowej — i w zastosowaniu do profilaktyki osobniczej niezbędnem jest dla niego kierowanie się względami psychiatrycznymi.

Ciąża może się stać źródłem poważnych cierpień umysłowych zarówno matki, jak i przyjść mającego na świat dziecka: choroby mózgowie powstawać mogą u płodu wskutek cierpień zakaźnych matki, odnoszonych przez nią urazów, zatruc, b. silnych, albo długotrwałych wzruszeń o przykrem zabarwieniu, dlatego to higiena ciąży ma dla przyszłej umysłowości dziecka pierwszorzędną wagę. Używanie alkoholu winno być ciężarnym **absolutnie** wzbronione; w razie zachodzącej potrzeby może i powinna być stosowaną kuracja rtęciowa, którą płód zwykle b. dobrze znosi. Sprawie przerwania ciąży ze wskazań psychiatrycznych poświęcili niedawno b. wyczerpującą i ścisłą pracę, prof. Piltz (z Krakowa) i asystent kliniki, kol. Landau. Wywody ich, które w zupełności podzielam, dadzą się streścić jak następuje: „ze **względu na zdrowie matki** zgodzić się można na przerwanie ciąży w tych wypadkach, kiedy występuje w okresie ciąży psychoza, która już poprzednio w tymże „okresie pojawiła się i wywierała zły wpływ na stan psychiczny pacjentki: z psychoz, choz zaś występujących w okresie ciąży po raz pierwszy, tylko psychozy płasawicze i eklamptyczne są wskazaniem do przerwania ciąży.” Ze **względu na**

jakość potomstwa klinicyści krakowscy formułują swoje wnioski dosłownie jak następuje: „Na dokładniejsze rozpatrzenie zasługuje już obecnie i sprawa wska-
„zań do przerwania ciąży, ze względu na jakość mającego się urodzić płodu. Tego
„rodzaju wskazania powinnyby być brane w rachubę w przypadkach ciężkiego zwy-
„rodnienia, lub dziedzicznego obarczenia obojga rodziców, albo też nawet i jed-
„nego z nich, w przypadkach „idjotyzmu, w ciężkich postaciach głupowatości
„(imbecillitas) i w długotrwałych idjopatycznych chorobach umysłowych (np. psy-
„chozach okresowych maniakalno-depresyjnych, pomieszania) a zwłaszcza wtedy,
„gdy rodzice ci wydali już na świat kilkoro bądź umysłowo chorych, bądź zwy-
„rodniałych dzieci. Żądanie to nasze, dla którego domagamy się i **ustawowego**
„**unormowania**, nie ma być jednak dyrektywą dla stosowania spędzania płodów
„na wielką skalę we wszystkich przypadkach, wymienionych właśnie chorób, prze-
„ciwnie, domagamy się, ażeby w każdym z tych przypadków rozstrzygały dopiero:
„nasilenie samej choroby, czas jej trwania i inne towarzyszące chorobie okolicz-
„ności o potrzebie wzniesienia poronienia ze względu na jakość mającego urodzić
„się płodu”. Pozwoliłem sobie zatrzymać się dłużej nad tym ustępem ciekawej
pracy krakowskiej, ze względu na to, że tu po raz pierwszy ze strony lekarzy pol-
skich rozległ się głos, żądający prawnego nakazu w kierunku przerwania ciąży. Ze
względu na dążenia eugeniki nowożytnej (**Galton** i jego szkoła), wystąpienie to
winniśmy energicznie popierać. Nie będę tu rozwodził się nad higieną porodu, dje-
tetyką pierwszego roku dziecka, ogólnymi zasadami wychowawczymi, poruszę tylko
parę szczegółów mniej znanych, albo dopiero w ostatnich czasach odpowiednio
wyjaśnionych. A więc zbyt długi poród, połączony z asfiksją, użycie kleszczy mo-
że spowodować poważne obrażenia opon i mózgu dziecka i w następstwie cier-
pienie umysłowe, — znaną jest rzeczą częstsze występowanie głupowatości u dzieci
pierworodnych. Poród przedwczesny również często powoduje zatamowanie roz-
woju intelektualnego dzieci, a nawet może odegrywać poważną rolę w powstawa-
niu choroby Little’a. Odżywianie dziecka mlekiem matczynym jest tak ważnem dla
ogólnego rozwoju, że znany psychiatra Näcke nie waha się w zasadzie wymagać,
aby karmiły swoje dzieci nawet umysłowo chore kobiety: — w psychozach prze-
wlekłych nie potrzebujemy obawiać się stąd żadnej szkody dla dziecka, gdyż nie
może tu być mowy o przenoszeniu się choroby za pośrednictwem mleka; oczy-
wiście nie pozwolimy karmić dziecka matce, która cierpi na psychozę ostrą i mo-
głaby zadać dziecku uszkodzenia albo też przechodzi chorobę zakaźną z komplika-
cjami psychicznymi; nie możemy również zgodzić się na karmienie, jeżeli matka
cierpi na t. zw. **psychozę laktacyjną**, t. j. wtedy, kiedy sama procedura karmie-
nia wpływa na matkę niekorzystnie.

Do jakiego stopnia odżywianie wpływa na układ nerwowy, możemy przekonać
się choćby z tego, że 50% idjotów jest zarazem rachitykami. Badania rodaka na-
szego Kazimierza Funka dowiodły, że choroby tak ciężkie układu nerwowego jak
beri-beri i pellagra (a również m. in. i krzywica) powstają wskutek braku w pokar-
mach specjalnych substancji białkowych, t. zw. witaminów, zawartych w łusce zia-
ren roślin mącznych. Zaburzenia odżywcze odgrywają poważną rolę w powstawaniu
t. zw. spazmofilii, której wyrazem jest do pewnego stopnia **eklampsya** dziecinną;
pozatem należy zawsze mieć na uwadze, że nawet pozornie lekkie zaburzenia
nerwowe u dzieci mogą maskować ciężkie choroby układu ośrodkowego, jak np.
padaczka może występować pod postacią omdleń, zawrotów głowy, senności, stra-
chów nocnych, migreny i t. p. Wobec wielkiej plastyczności mózgu dziecięcego

i skłonności dzieci do naśladownictwa należy zawsze żądać, aby umysłowo i ciężej nerwowo chorzy członkowie rodzin byli usuwani z otoczenia domowego, — często bowiem rozmaite dziwactwa i zбочenia dzieci, przypisywane dziedziczności, są tylko wynikiem przystosowania się ich do dziwactw i zбочeń dorosłego otoczenia.

Zadanie lekarza w zakresie higieny wychowawczej.

Lekarza domowego obowiązkiem jest nakłaniać rodziców, aby nie traktowali po dyletancku spraw wychowawczych i aby starali się choćby przez czytanie zapoznać się z ogólnymi zasadami pedagogiki; zwracać należy rodzicom uwagę, że dzieci mają prawo do tego, aby ich nie poddawano próbom i eksperymentom, urągającym najelementarniejszym pojęciom naukowym. Wpływy błędnego wychowania odbijają się szczególnie dotkliwie na t. zw. jedynakach i jedynaczkach i na dzieciach wdów i wdowców.

W okresie szkolnym winien lekarz zwalczać stanowczo zgubny zwyczaj zbyt wczesnego rozpoczynania nauki i podniecania ambicji dzieci w kierunku pospiesznego pochłaniania jak-największej liczby przedmiotów nauki szkolnej. W szczególności zasługują na baczną uwagę lekarzy znane i częste fakty naginania celów wychowawczych do względów ambicji i kariery z pogwałceniem naturalnych zdolności i tendencji dziecka; pamiętać musimy, że tylko kształcenie rzeczywiście istniejących uzdolnień stwarza człowieka zupełnie normalnego i zadowolonego z życia i z siebie. Jeżeli wychowanie racjonalne tak wielką odgrywa rolę w życiu zdrowego dziecka, tym większy nacisk położyć musi lekarz na jego stosowanie względem dziecka o konstytucji psychopatycznej; poza zбочeniami cielesnymi dzieci takie uderzają nas zwykle wyraźną dysharmonją i dysproporcją władz psychicznych, brakiem zrównoważenia, wzmoczoną pobudliwością, szybkim męczeniem się, zaburzeniami w sferze popędów i uczuć, wybujałością fantazji, niezdolnością przystosowania się do środowiska, często skłonnościami antyspołecznymi. Jednakże i w stosunku do tych nieszczęśliwych, cierpiących nie za swoje winy istot, my lekarze nie możemy poddawać się zniechęceniu, gdyż wiemy jakie tryumfy święci obecnie pedagogika indywidualna, oparta na doświadczeniu psychiatrycznym. Cała nowa gałąź szkolnictwa, jaką są np. t. zw. „szkoły pomocnicze”, wyrosła na tle zabiegów lekarzy szkolnych o los tych właśnie dzieci. Nie możemy też zgodzić się ze zdaniem tych kolegów naszych, którzy stając na wązko pojętym stanowisku teorii doboru naturalnego, uważają tego rodzaju wyjątkowe metody pedagogiczne, chroniące dzieci psychopatyczne, — za szkodliwe społecznie, jako powodujące wytwarzanie niedołęgów i zwiększanie balastu dla społeczeństwa, gdyż jak słusznie mówi Bleuler, wśród tych ludzi, którzy popychają ludzkość naprzód, jednostki psychopatyczne nie stoją bynajmniej na ostatnim planie. Dlatego zadaniem pedagogiki psychicznej, musi być popieranie rozwoju wszystkich pierwiastków zdrowych i normalnych, a hamowanie instynktów antyspołecznych i tłumienie chorobliwej pobudliwości w duszach psychopatów.

Stanowiące osobną kategorię dzieci psychopatycznych, t. zw. „cudowne dzieci”, winny być chronione przed jednostronnym i zbyt pospiesznym dojrzewaniem intelektualnym, a za zbrodnię wprost uważać należy wyprowadzanie ich na arenę publiczną, która je demoralizuje, ze względów jedynie ambicji, albo korzyści materialnych.

Do obowiązków lekarza szkolnego należy, aby nie brał za wynik lenistwa, uporu i innych przywar tego, co bywa jedynie wynikiem zbyt szybkiego męczenia

się u dzieci psychopatycznych, — do tych objawów należy np. **nieuwaga**. Szczególniejszą opieką otaczać winien lekarz szkolny t. zw. dzieci psychosteniczne, u których przeważają przykre zabarwienia uczuciowe, — dzieci te odznaczają się szczególną skłonnością do samobójstw, wychowywanie ich wymaga wiele słodczy, taktu i spokoju.

Znaną jest rzeczą przedwczesny rozwój instynktu płciowego u dzieci psychopatycznych, — nawet nieznaczne i same przez się obojętne wypadki wywołują u nich często podniecenie płciowe; między innymi takie podniecenie może być wywołane przez bicie w pośladki i dlatego należy unikać wymierzania kar tego rodzaju.

Wbrew utartemu mniemaniu, wiemy obecnie, że masturbacja nie jest przyczyną, ale raczej, o ile jest gwałtownie uprawiana, stanowi objaw zaburzeń umysłowych; wiemy też obecnie, jak bardzo rozpowszechnioną jest masturbacja wśród młodzieży dorastającej. Hoche przytacza zdanie pewnego księdza katolickiego, który twierdził kategorycznie, że przez 30 lat Kapłaństwa, nie spowiadał ani jednego młodego chłopca, który by nie przyznał się do krótszego, albo dłuższego uprawiania masturbacji. Nie sam fakt masturbacji zatem jest dowodem stanu patologicznego osobnika, ale rodzaj i natężenie jej stosowania. Dlatego to tak niezwykle ważną jest w tym okresie rola lekarza, jako doradcy, uświadamiającego w sprawach płciowych; większość wykroczeń młodości polega przecież przeważnie na nieświadomości. Wszelka zmiana psychiczna, występująca u osobnika w okresie dojrzewania w postaci stopniowego osłabienia zdolności umysłowych, niezwykle rozróżnienia, nieumotywowanej zmienności usposobienia, obniżenie pojęć etycznych, — powinna być dla lekarza domowego i szkolnego sygnałem alarmowym, gdyż możemy tu mieć do czynienia z rozpoczynającą się straszną psychozą wieku dojrzewania, z t. zw. „otępieniem wczesnym” (dementia praecox). Zastosowane w odpowiednim czasie wypoczynek i unikanie wysiłków umysłowych i fizycznych, oraz wzruszeń mogą tu uczynić wiele dobrego.

Jeżeli lekarz jest proszonym o radę w sprawie wyboru zawodu, winien uprzytomnić sobie, że osobniki psychopatyczne nie mogą oddawać się zajęciom, połączonym z wielkimi wysiłkami fizycznymi i dużą odpowiedzialnością, jak również pracom, nie pozwalającym na konieczne przerwy odpoczynkowe.

Potężne przeobrażenia, zachodzące w ustroju w okresie dojrzewania, zmuszają lekarza do wzmoczonej czujności; nieumotywowane zamachy samobójcze, związane z przejściowymi i dziwacznymi zmianami usposobienia, zdarzają się niezwykle często u psychopatów w tym właśnie okresie życia; zjawia się **skłonność do masturbacji albo też przedwczesne wybryki płciowe**.

Profilaktyka u osobników dojrzałych.

Profilaktyka psychiatryczna u ludzi dojrzałych przede wszystkim musi być zwróconą w kierunku uświadamiania ich co do skutków kiły i alkoholizmu. Powszechnie znane są hekatomby, jakie kładzie wśród ludzi najczynniejszych i najpożyteczniejszych dla społeczeństwa wład rdzenia i porażenie postępujące, te najstraszliwsze pochodne kiły. Szczególniej podkreślać należy na każdym kroku, że **syfilityk, nadużywający alkoholu**, narażony jest z największą pewnością na następcze porażenie postępujące, albo wład rdzenia. Służba wojskowa jest dla wielu naszych włościan pośrednikiem zarażenia kiłowego, — dlatego wdzięcznym bardzo byłoby zadaniem lekarzy powiatowych i miejskich, czynnych przy poborze,

uświadamianie i ostrzeżenie młodzieńców, wyruszających do wojska bez doświadczenia życiowego, przed niebezpieczeństwem, jakie im grozi.

Ostatnie czasy przyniosły nam szereg cennych i ciekawych studjów nad psychologią przestępcy i więźnia, — dowiedziono, że t. zw. więzienia celkowe stają się dla wielu obarczonych dziedzicznie osobników punktem wyjścia zaburzeń umysłowych, połączonych z omamami i urojeniami. Dlatego lekarze więzienni winni bardzo ostrożnie traktować wskazania do zamknięcia w osobnej celi i wymagać przerwania natychmiastowego tego rodzaju kary w razie spostrzeżenia jakichkolwiek objawów podejrzanych, np. uporczywej bezsenności. Regularna i interesująca praca jest najlepszym środkiem zapobiegawczym przeciw psychozom u więźniów.

Lekarze kolejowi, fabryczni, biurowi winni zwracać baczną uwagę na zapobieganie przemęczeniu i znużeniu, wywoływanemu przez pracę zawodową i tak często pociągającemu za sobą ciężkie objawy neurasteniczne i psychosteniczne, — zapewnienie pracownikom niezbędnych przerw wypoczynkowych i żądanie dla nich urlopów jest ich naturalnym lekarskim obowiązkiem.

Życie małżeńskie w chwili obecnej staje się coraz częściej źródłem ciężkich zaburzeń nerwowych dla obojga małżonków w związku z nadużyciami i nieprawidłowościami stosunków płciowych. W tym kierunku nie powinien lekarz domowy ustawać w protestowaniu przeciw t. zw. „coitus interruptus”, który jest źródłem nerwic sercowych i psychoz, oraz nerwic lękowych, szczególnie często u kobiet.

Osobnikom nerwowym i psychopatycznym, szczególnie kobietom i dziewczętom, skłonnyim do mistycyzmu i sensacyjności, winien lekarz bezwarunkowo zabraniać zajmowania się spirytyzmem, okultyzmem, hipnotyzmem, rozmaitą t. zw. „wiedzą tajemną”. Epidemie psychiczne biorą często swój początek w tych właśnie, z pozoru niewinnych zabawach.

Zakażenie psychiczne występuje często w rodzinach psychopatycznych, — dlatego nie jest wskazanem np. pielęgnowanie chorej umysłowo matki przez córkę, albo współżycie intelektualnie słabych krewnych z paranoikiem, który łatwo opanowuje swoje umysłowo niedołężne otoczenie, dzięki głębokiej wierze i przekonaniu, z jakim wygłasza swoje urojenia i pomysły chorobliwe.

W okresie przekwitania oczekują na lekarza nowe zadania: u kobiet w tym czasie pojawiają się często psychozy o typie lękowo-depresyjnym, które można znacznie złagodzić, zapewniając im odpowiedni spokój i leczenie. U mężczyzn miazdzyca powoduje zaburzenia nerwowe i psychiczne podobnego typu, pamiętać należy, że w wieku starszym, szczególnie u mężczyzn, w związku z wyjściem do emerytury, albo zaprzestaniem zwykłego zajęcia, następuje szybko upadek intelektualny, gdyż pierwiastki nerwowe nagle przestają być podtrzymywane w swoim napięciu przez odpowiednią czynność, — dlatego to powinniśmy domagać się aby i starcom zapewniono odpowiadające ich siłom zajęcia.

Lekarz-praktyk wobec umysłowo chorego.

Pozwoliłem sobie nieco dłużej zatrzymać się nad zagadnieniami profilaktyki psychiatrycznej, gdyż stanowi ona niewątpliwie najwrdzieńniejszy teren pracy dla lekarza-praktyka. Zastanówmy się z kolei, jakie zadania oczekują tegoż lekarza, kiedy przypadek postawi go wobec już rozpoczynającej się psychozy.

W tym razie musimy żądać, aby jego przygotowanie psychiatryczne dawało mu możliwość: 1-o dość wczesnego stwierdzenia, że zbliża się wybuch choroby umysłowej; 2-o dość wczesnego skierowania pacjenta do specjalisty albo do zakładu specjalnego; 3-o ustrzeżenia pacjenta od zamachów samobójczych a rodziny i najbliższego otoczenia od możliwej napaści ze strony pacjenta; 4-o zwrócenie uwagi rodziny na konieczność dość wczesnego ograniczenia pacjenta pod względem cywilno-prawnym (rozporządzania majątkiem).

Jeżeli do gabinetu lekarza zjawia się osobnik, uskarżający się na niewyraźne i nieokreślone dolegliwości „nerwowe”, jako to bóle głowy, osłabienie ogólne, przygnębienie, obniżenie zdolności do pracy, uporczywą bezsenność, sensacje hipochondryczne — nie powinniśmy zadawać się rozpoznaniem nerwowości czy neurastenii i zalecać mu rozrywki albo podróże, zbyt często bowiem przytrafić się nam może tak niemiła niespodzianka, że tenże „nerwowy” pacjent w kilka tygodni po bytności u lekarza wyskakuje przez okno z wagonu kolejowego, dopuszcza się grubej awantury na ulicy, zakupuje nagle 200 parasoli albo 20 samochodów, podpisuje weksli na dziesiątki tysięcy, doprowadzając rodzinę do kompletnej ruiny majątkowej i t. p...; pomijam już tę okoliczność, że nie zastosowanie w czasie odpowiednim właściwego leczenia odbija się fatalnie na dalszym przebiegu cierpienia.

Ażeby się od takich niespodzianek zabezpieczyć, winniśmy w każdym przypadku podejrzanym postarać się o zebranie jaknajdokładniejszych wywiadów i przeprowadzić ściśle badanie stanu cielesnego pacjenta. Osobnika podejrzanego o chorobę umysłową winniśmy poddać dozorowi — wiemy przecież, jak często w początkowych okresach psychoz zdarzają się samobójstwa; wiemy, jak wiele przestępstw popełniają chorzy, dotknięci porażeniem postępującem; wiemy, że w okresie zwiastunów otepienia starczego chorzy niezwykle często dopuszczają się gwałtów płciowych nad dziećmi, tak strasznych dla przyszłości tych ostatnich; wiemy, że chore, dotknięte t. zw. „psychozą taktacyjną”, często zabijają swoje własne dzieci; wiemy, że psychozy o typie maniakalnym, potęgując rozrzutność i nieopatrność w szafowaniu pieniędzmi, sprowadzają często ruinę majątkową chorego i jego rodziny; obowiązkiem lekarza w takich wypadkach jest uprzedzenie rodziny pacjenta o takich komplikacjach i zalecenie sądowego ubezwłasnowolnienia tegoż dla zapobieżenia ruinie materialnej.

Przejście z okresu zwiastunów do wyraźnego wybuchu cierpienia często odbywa się nagle i może być połączone z b. silnym podnieceniem — w takich wypadkach najczęściej wzywany bywa lekarz najbliższej mieszkający, a więc zwykle lekarz-praktyk. W jaki sposób winien on postępować w tym razie? **Spokój i stanowczość** jest tu zasadniczym warunkiem pomyślnego oddziaływania na pacjenta. Wszedłszy do pokoju chorego, należy przede wszystkim **możliwie niopostrzeżenie** usunąć wszelkie ostre narzędzia, broń i t. p. i pozamykać okna; do pacjenta zbliżać się należy o tyle tylko, o ile to jest koniecznem, mając obie ręce wolne i nie spuszczać chorego z oczu, aby ustrzedz się od nieprzewidzianej napaści szczególnie zaś nagłego pchnięcia w piersi i powłoki brzuszne; na wielu chorych działa niezmiernie szybko spokojne i łagodne zachowanie się lekarza i wtedy bez oporu dają się przeprowadzić do powozu, czy wagonu. Innych chorych uspokaja więcej widok munduru, czują się oni bowiem wtedy otoczeni opieką władzy — w takim razie interwencja funkcjonariusza policji może stać się nawet b. pożyteczną. Jeżeli chory uciekł z domu i zdążył np. wskoczyć na drzewo, czy na dach, nie

należy za nim gonić, gdyż wtedy może zeskoczyć na ziemię i przyprawić się o kalectwo — w takim razie należy jedynie rozłożyć siennik, i materace, rozciągnąć prześcieradła ratunkowe naokoło miejsca, na którym znajduje się chory i czekać;— należy też usunąć nadmierną liczbę osób i pozostawić przy chorym jedną, najwyżej dwie osoby do dozorowania. O ile chory zdołał zaopatrzyć się w broń palną czy sieczną i grozi jej użyciem przeciw otoczeniu, należy, aby go opanować, podchodzić do niego, trzymając przed sobą materace albo b. mocno i grubo nabite słomą sienniki.

W każdym wypadku psychozy staje przed lekarzem pytanie, czy i kiedy umieścić chorego w zakładzie specjalnym — pytanie to musi zwykle rozstrzygać w pierwszej instancji lekarz-praktyk. Zadaniem tych właśnie lekarzy jest zwalczanie przesądów i uprzedzeń, panujących wśród publiczności w stosunku do szpitali i zakładów psychiatrycznych. W pracy swojej p. t. „Les prèjugés sur la folie” („przesady a choroby umysłowe”). Księżna Lubomirska obrazowo maluje poglądy ogółu na szpitale dla obłąkanych: „Zanim danem mi było zwiedzić szpital dla „obłąkanych, byłam przepojoną powszechnie zakorzeńionym lękiem. Wyobrażałam „sobie taki szpital jako jeden z kręgów dantejskiego piekła, pełen krzyków i jęków. „Pojęcie choroby umysłowej było nierozłącznym dla mnie z symbolicznym zgrzytaniem zębów, wyciem, hałasem, tarzaniem się po ziemi, najdziwaczniejszymi wy- „brykami. Jednym słowem w umyśle moim choroba psychiczna zarysowywała się „jedynie z jej strony malowniczej, maskaradowej”.

Przesady te i tym podobne są szkodliwe przede wszystkim dla sprawy leczenia — lekarz winien stać na tem stanowisku, że w wielu wypadkach jaknajwcześniejsze umieszczenie chorego w szpitalu albo zakładzie specjalnym jest warunkiem wyleczenia go. Rozważając sprawę umieszczenia chorego w zakładzie, lekarz winien dokładnie uświadomić sobie, że zakład specjalny zawiera szereg takich czynników, których nie może zapewnić choremu leczenie w domu, a więc: spokój stałe leżenie, kąpiele, dozór ciągły, opiekę lekarską, połączoną z oddziaływaniem psychicznym, odpowiednio stosowanem, wreszcie usunięcie chorego z pod ciągłej obserwacji, krytyki, wymówek, moralizowania ze strony nierozsądnego otoczenia. Jest rzeczą dowiedzioną, że w przypadku choroby umysłowej lekarz **tym większą odda przysługę swemu pacjentowi, im szerzej postawi wskazanie do umieszczenia go w zakładzie specjalnym.** Istnieje wprawdzie cały szereg szybko przemijających zaburzeń umysłowych, które przechodzą, zanim zdołaliśmy skutecznie przewieźć chorego do zakładu — takie przypadki, z warunkiem odpowiedniego dozoru i pielęgnowania, można pozostawić w domu; w szczególności stosuje się to do obłędu na tle chorób zakaźnych, duru, zapalenia opon mózgowych, w którym na razie nie możemy stwierdzić choroby podstawowej. W tych przypadkach przewożenie chorego do odległego zakładu może się na nim odbić nawet niepomysłnie. W większości jednak wypadków zmuszeni jesteśmy, czy to ze względu na wskazania lecznicze, czy też na warunki domowe, zalecić umieszczenie chorego w zakładzie; jest to **bezwarunkowo koniecznem** jeżeli pacjent: 1) jest niebezpiecznym dla otoczenia, 2) zdradza skłonności samobójcze i 3) uporczywie odmawia przyjmowania pokarmów. Niebezpiecznym dla otoczenia nie jest tylko t. zw. „furjat”, — niebezpiecznym jest każdy obłąkany, dotknięty nagle występującymi omamami, cierpiący na psychozę padaczkową w jakiegokolwiek postaci, melancholik z napadami lęku, chory z urojeniami prześladowczemi, większa część chorych, dotkniętych porażeniem postępującem. Nie należy sądzić, aby skłonność

do samobójstwa wykluczała niebezpieczeństwo dla otoczenia, — nigdy nie możemy być pewni, czy chorzy, usiłujący pozbawić się życia, nie będą chcieli, wychodząc z motywów chorobliwych, pozbawić życia i osoby ze swego najbliższego otoczenia, — np. melancholik, uważający, że jest zrujnowanym, zniszczonym, bezнадziejnie zgubionym, zabija swoją żonę i dzieci, aby nie cierpiały nędzy, która im, według jego przekonania, nieuchronnie grozi. — Skłonności samobójcze stanowią bezwzględne wskazanie do jaknajszybszego umieszczenia chorego w zakładzie psychiatrycznym (**nie w zakładzie otwartym „dla nerwowych”**), dlatego, że nigdy nie możemy zapewnić choremu w domu dostatecznego zabezpieczenia przeciw jego zamachom samobójczym. W warunkach domowych jest wprost niemożliwością techniczną pilnowanie chorego dniem i nocą, w łóżku, w kłozecie, w umywalni, w korytarzu, około każdego okna, każdego wieszadła i każdej klamki. Największa energia i największe poświęcenie musi się wyczerpać, a chorzy doskonale potrafią obserwować i korzystać z każdej nadarzonej sposobności dla wykonania swego zamiaru. Nie mówimy już o tem, że potrafią wprowadzić swoje otoczenie całkowicie w błąd co do swoich zamierzeń, — lekarzowi bywa najczęściej b. trudno przekonać otoczenie, że uśmiechnięty i swobodnie rozmawiający pacjent nosi się z najbardziej stanowczym pragnieniem samobójstwa i wyczekuje tylko odpowiedniej chwili. Kto daje się przekonać o samobójczych tendencjach chorego dopiero wtedy, kiedy tenże zacznie rozmawiać o samobójstwie, — musi być przygotowanym na bardzo przykre niespodzianki. **Hoche** opowiada, że w chwili, kiedy usiłował przekonać opornego i nieufnego męża pewnej melancholiczki o potrzebie natychmiastowego przeniesienia chorej do kliniki, usłyszał nagle z pokoju sąsiedniego, — gdzie znajdowała się chora pod opieką pielęgniarki, — przerażający krzyk; zastano chorą całą we krwi, tryskającą strumieniem z szerokiej, ziejącej rany, którą sobie zadała za pomocą noża kuchennego. Lekarz winien we własnym interesie, oświadczyć wyraźnie rodzinie, która wzbrania się, wbrew jego radzie, umieścić chorego, znajdującego się w stanie przygnębienia, w zakładzie psychiatrycznym, że **składa z siebie wszelką odpowiedzialność za dalsze skutki trzymania chorego w domu.**

Niemniej niebezpieczny dla życia chorego objaw stanowi uporczywa odmowa jedzenia, która wynika, albo z ogólnego oporu chorego w stosunku do jakiegokolwiek zabiegu (t. zw. negatywizm) albo z treści jego urojeń, czy też omamów. O ile chory nie zostaje od razu umieszczonym w zakładzie, lekarz winien przystąpić do karmienia go sondą, — należy uważać za prawidło bezwzględne, że dłużej jak 2 — 3 dni nie należy zwlekać z karmieniem sztucznym, — o ile oczywiście pozwala na to stan fizyczny chorego. U chorych fizycznie słabszych należy przystępować do karmienia sondą już od drugiego dnia. Niczem niewytłomaczona obawa lekarzy-praktyków przed karmieniem sondą, obok jednoczesnego zwlekania z umieszczeniem chorego w zakładzie, sprowadza zwykle dla chorego jaknajgorsze skutki. — W pamięci mojej pozostanie nazawsze fakt następujący: do zakładu psychiatrycznego w Czerwonym Dworze został przywieziony młodzieniec lat 21 w stanie ogromnego wyczerpania, z sinicą i tętnem b. słabem, — trzymany przez 12 dni w domu pacjent nic nie jadł i w dalszym ciągu odmawia jedzenia, pomimo bezwzględnej pomocy pacjent zmarł przed upływem 24 godzin. Wypadki tego rodzaju zdarzać się nie powinny w praktyce lekarskiej.

Spotykamy się często ze strony rodziny chorego z żądaniem, aby dla oszczędzenia choremu rozdrażnienia, ukryć przed nim cel właściwy wyjazdu, czy też

podać się nie za lekarza, — ale za jakąś inną osobę. W tych wypadkach winniśmy **bezwzględnie** trzymać się zdania **Kraepelina**, który uważa za niedopuszczalne oszukiwanie chorego i sądzi, że w razie nadzwyczajnym lepiej jest uciec się do przemocy fizycznej, której poddają się łatwo chorzy zorientowani. **Zdanie to podzielają stanowczo wszyscy psychiatrzy.** Chory powinien być poinformowanym o konieczności leczenia się w zakładzie i o celu podróży i w tejsze chwili przygotowania do drogi winny być ukończone. Przewiezienie powinno się odbywać w towarzystwie paru osób z pośród rozsądniejszych krewnych — jeżeli idzie o chorą, przynajmniej jedną z osób towarzyszących musi być kobieta. Pożytecznym bywa zastosowanie kąpeli albo środka uspakajającego przed wyjazdem; mechanicznych środków kępowania (kaftan!?) należy unikać. Jeżeli wypadnie jazda koleją żelazną, należy żądać osobnego przedziału w wagonie, trzymać drzwi i okna zamknięte, chorego starać się utrzymywać w pozycji leżącej; szczególniejszą uwagę zwracać należy na chorego w czasie przechodzenia przez wagon do gabinetu toaletowego i na zachowanie się jego tamże, gdyż z tych to właśnie ubikacji najczęściej wyskakują chorzy przez okno.

Rzadkie wypadki, w których lekarz-praktyk zmuszonym bywa do zajęcia się leczeniem i pielęgnowaniem umysłowo-chorych w ich rodzinach, wymagają już od niego większego przygotowania psychiatrycznego i bez stałej, czy choćby dorywczej pomocy specjalisty, wywiązanie się należyte z zadania może być dla niego b. trudnem.

Dużą pomoc w leczeniu daje w takich razach metoda trzymania chorych w łóżku, stosowanie częstych i długich kąpeli, leczenie podstawowych cierpień cielesnych i t. d. Na odżywianie chorych winna być zwróconą szczególna uwaga: niezawsze karmienie sondą jest bezwarunkowo koniecznem, gdyż odmowa jedzenia wywołwaną bywa nie tylko przez motywy psychiczne, ale zależy często od cierpień jamy gardzieliowej i zaburzeń trawienia, — co przedewszystkiem zwalczać należy. Należy też baczyć na stolce i wydzielenie moczu — często przepęlniony pęcherz jest jedyną przyczyną niepokoju i podniecenia, zanieczyszczania się i odleżyn.

Wobec wielkiej skłonności do nawrotów i recydyw, jaką spostrzegamy w chorobach umysłowych, ozdrowieńcy winni znajdować się pod stałą opieką lekarską przez czas dłuższy i unikać wszelkich większych wzruszeń, zatruc, przepracowania, mieć zapewnione, obok dobrego odżywiania, zajęcie fizyczne na świeżem powietrzu; czasami bywa wskazaną zupełna zmiana otoczenia i warunków życiowych, W jasnych przerwach cierpienia umysłowego zwracać należy baczną uwagę na mocz, w szczególności zaś badać go na aceton, indykan, kwas moczowy i fosfaty. W razie pojawienia się w moczu ilości znacznych tych składników, należy zwrócić bezzwłocznie uwagę na czynności przewodu pokarmowego i uregulować je, o ile się da. Jak na całym obszarze wiedzy lekarskiej, tak w szczególności i w psychiatrii winniśmy zawsze mieć na widoku cały ustrój, a nie pewien tylko określony narząd.

Kończąc ten krótki przegląd zadań, oczekujących na lekarza-praktyka w dziedzinie psychiatrii, pozwolę sobie jedynie jeszcze podkreślić wielką rozległość terenu psychiatrii i jej społeczną doniosłość, — dostatecznem będzie tu wskazać na takie kwestje, jak dziedziczność, alkoholizm, kiła, w których psychiatria, bezpośrednio stykając się z socjologją, otwiera obszerne widnokęgi zagadnień rasowych, narodowych i ogólno-społecznych.

W chwili obecnej, kiedy straszliwa a zarazem tak upragniona przez nas wojna narodów zmienia gruntownie warunki naszego bytu, kiedy zmartwychwstanie Polski staje się już jedynie zagadnieniem najbliższego czasu i kiedy skutek tego dla działalności społeczno-lekarskiej i naukowej otwiera się tak szerokie pole, o jakim dotąd lekarze polscy marzyć nawet nie śmieli, społeczny charakter psychiatrii tym większej nabiera wagi i tym też częściej i usilniej narzucać się będzie umysłowi lekarzy naszych i działaczy społecznych wszelkiego typu potrzeba i konieczność zwracania się o radę i pomoc do tej gałęzi medycyny w najrozmaitszych kwestjach konstrukcyjno-państwowych nowej Polski.

Piśmiennictwo:

1. **Burckhardt.** Alkoholismus und Volksgesundheit. Berlin 1911.
2. **Chodźko.** Sprawozdanie roczne z czynności szpitala „Kochanówka” (pod Łodzią) za rok 1907, 1908, 1909, 1910, 1911.
3. **Dawid Wł.** O zarazie moralnej. Warszawa 1886.
4. **Funk K.** Die Vitamine. Wiesbaden 1914 r.
5. **Gruber— Rüdin.** Fortpflanzung, Vererbung, Rassenhygiene. München 1911.
6. **Hoche.** Die Aufgabe des Arztes bei der Einweisung Geisteskranken in die Irrenanstalt. Halle 1900.
7. **Kraepelin E.** Die psychiatrischen Aufgaben des Staates. Jena 1900.
8. **Kraepelin E.** Psychiatrie. VIII Auflage. Leipzig.
9. **Lubomirska P-cesse.** Les préjugés sur la folie. Paris 1908.
10. **Mazurkiewicz J.** Pierwszy, drugi, trzeci i czwarty rok zakładu w Kochanówce (r. 1902, — 1903, 1904, 1905, 1906).
11. **Piltz — Landau.** O przerywaniu ciąży ze wskazań psychiatrycznych, Kraków.
12. **Rothe A.** Otrucie wyskokowe czyli alkoholizm. Warszawa 1882.
13. **Skalski.** Alkoholizm i sprawa robotnicza. Łódź 1910 Wyd. II.
14. **Stier.** Die Bedeutung der Psychiatrie für den Kulturfortschritt. Jena 1911.
15. **Zingerle H.** Die psychiatrischen Aufgaben des praktischen Arztes. Jena 1911.

Dyskusja: a) N. Czarnocki (z Wiśniowa, gub. Wileńskiej) wnosi, aby ze względu na to, że praca Chodźki obok wartości naukowej ma wysokie zalety pracy popularnej. Zjazd zalecił ją do osobnego wydania w postaci broszury popularnej.

b) H. Kaczyński (Parczew, z. Siedlecka) wskazuje, że oprócz nadużycia alkoholu lud nasz pali nadmiernie tytoń i używa do picia eteru (anodyny). Lekarz prowincjonalny dużo zrobić może w zwalczaniu tych nałogów, gdyż włościanin częściej od człowieka inteligentnego słucha lekarza i zarzuca palenie. Następnie K. uważa za wskazane wszczęcie starań o ułatwienie rozwodów w małżeństwach, gdzie jedno z małżonków obarczone jest chorobą umysłową.

c) A. Pański (Łódź) zwraca uwagę, że niedopuszczalność małżeństw osobników o zbrodniczych instynktach lub skłonnych do chorób umysłowych, nie zapobiega dostatecznie płodzeniu poza małżeństwem dzieci zwyrodniałych i chorych; nie powinniśmy przeto poprzestawać na niedopuszczaniu do małżeństw podobnych

osób, lecz dążyć należy do uniemożliwienia im płodzenia dzieci drogą wytrzebienia.

d) A. Staniszewski (z Lublina) jest tego zdania, że lekarz zawsze i wszędzie powinien zabraniać używania napojów wysokokowych i nawołując do wstrzemięźliwości, działać powinien nie tylko słowem, lecz osobistym przykładem.

e) W. Rogiński (Kolno, z Łomżyńska) zwraca uwagę, że dotąd dawką alkoholu, jako leku, jest kieliszek i pragnie, aby Zjazd zalecił lekarzom powstrzymanie się od stosowania alkoholu w celach leczniczych do czasu ustalenia ścisłego dawkowania.

f) Prelegent (W. Chodźko) odpowiada, że nałóg palenia, aczkolwiek niezawodnie szkodliwy, niema znaczenia w powstawaniu chorób umysłowych. Ingerencja lekarzy w sprawie małżeństw już zawartych i dążenie do zmiany prawa kanonicznego nie wydaje się prelegentowi możliwym. Sprawa trzebienia zapobiegawczego jest już ustawowo załatwioną w kilku stanach Ameryki północnej, dorywczo zaś znalazła zastosowanie w Szwajcarii; poglądy na tę sprawę nie są jednak ustalone i zdania lekarzy w tym względzie tak jeszcze sprzeczne, że sprawa nie nadaje się dotąd do szerszego popularyzowania i agitacji lekarzy. Wreszcie, uzupełniając wniosek Staniszewskiego, wnosi prelegent, aby ucztę i przyjęcia na zjazdach lekarzy prowincjonalnych były ściśle bezalkoholowe.

5) Sekretarz komitetu organizacyjnego (W. Jasiński) odczytał zgłoszone do prezydium **wnioski komisji regulaminowej**, która do projektu regulaminu, opracowanego przez komitet I. Zjazdu w Łodzi, dodała tylko uwagę, że na Zjazdach lekarzy prowincjonalnych należy unikać podziału na sekcje. Komisja poleca komitetowi organizacyjnemu II. Zjazdu ostateczną redakcję regulaminu, wydrukowanie go w większej liczbie egzemplarzy i przesłanie komitetowi następnego Zjazdu. Wnioski komisji przyjęto bez dyskusji.

Jerzy Gliński (Lekarz szpitala powiatowego w Łasku).

Kilka słów o znieczuleniu rdzeniowym.

Sprawa znieczulenia pola operacyjnego dotąd jeszcze w chirurgii jest kwestją otwartą, pomimo, iż każda niemal chwila przynosi coraz to nowsze w tej dziedzinie zdobycze. Idealnego sposobu znieczulenia, który przy prostocie zastosowania dawałby maximum efektu przy minimum niebezpieczeństwa i szkody dla ustroju, nie posiadamy. Stosowane dotąd są albo bardzo skomplikowane, jak np. uspienie hedonalowe, albo niebezpieczne dla życia, jak nieraz metoda inhalacyjna, albo o niedostatecznym zakresie znieczulenia, jako to wszelkie modyfikacje znieczulenia miejscowego.

Za znieczuleniem rdzeniowym przemawia wielka prostota zastosowania; co się zaś tyczy niebezpieczeństwa tej metody dla ustroju — to poglądy na to są nadzwyczaj niezgodne i sprzeczne, i żadna z metod niema za sobą tak krwawych zwoleńników, i tak zdecydowanych przeciwników, jak to. Dość przypomnieć, że, gdy jedni z chirurgów wszystkie przypadki do szyi włącznie operują zasadniczo w znieczuleniu rdzeniowym (jako to Kader, Radliński, Jonnescu) — inni (jak Rydygier, stosują ją tylko w wyjątkowych wypadkach (np. u chorych na nerki); inni znów zupełnie ją odrzucają, jako szkodliwą i niebezpieczną. Statystyki również mają nader jaskrawe różnice: np. Tomaszewski (Petersburg) podaje śmiertelność 1 : 17000, gdy tymczasem np. Homeyer w ciągu roku 1909 zestawiał statystykę 1 : 200.

Pierwszych prób wstrzykiwań środka znieczulającego do otaczających kanał rdzeniowy tkanek, a później i do worka podoponowego podjął się amerykański neurolog Corning w r. 1884 w celach terapeutycznych i już wówczas wyraził myśl, iż być może powstanie stąd metoda znieczulenia w chirurgji. Pomimo dość pomyślnych wyników doświadczenia Corninga nawet w Ameryce nie znalazły naśladowców. Dopiero w r. 1891 Quinke ubezpodstawił uprzedzenia i obawy co do wstrzykiwań rdzeniowych, wreszcie Tuffier, Reclus (w Paryżu) i Bier (w Bonn) zaczęli celowo stosować metodę tę w praktyce chirurgicznej (w r. 1898).

Początkowo Bier wstrzykuje 6-ciu swym pacjentom kokainę 0,005 — 0,015 pro dosi i pomimo tak nieznacznej dawki otrzymuje dobry wynik znieczulający; wszakże pewne powikłania, jakoto nudności, bóle głowy, ogólne osłabienie, które Bier doświadczył sam na swym własnym organizmie, skłaniały do poszukiwań mniej trującego środka. Tuffier również wypowiedział się entuzjastycznie o tej „wygodnej i bezpiecznej metodzie”, ręcząc nawet osobistą odpowiedzialnością za każdy zabieg w tem znieczulaniu dokonany.

Jednakże entuzjazm, który wkrótce po ogłoszeniu tej metody ogarnął ogół chirurgów, po ogłoszeniu przez Reclus w r. 1901 8 wypadków śmierci na 2000 znieczuleń osłabł znacznie i pojęcie o niewinności wstrzykiwań rdzeniowych kokainy znacznie zachwianem zostało. Zaczęto więc poszukiwać sposobów, zmniejszających własności trujące kokainy i usuwających nieprzyjemne powikłania pooperacyjne. W tym celu Bier zaczął stosować opaskę zastoinową na szyję; potem przeszedł do stosowania połączeń z preparatami nadnercza, lecz równie bez powodzenia jak inni stosowali np. dodawanie kwasów (Caccio i Pumudi), inni znów glukozy.

Wkrótce powstają rozmaite pochodne kokainy, względnie nie długo utrzymujące się u szczytu powodzenia, jako to: Eucaina A (którą chętnie stosował Jedlicka), Eucaina B aż wreszcie, dziś stosowane, Tropocaina, Stovaina i Nowokaina.

Własności farmakologiczne wszystkich tych trzech środków są mniej więcej jednakowe. Wszystkie one są od $2\frac{1}{2}$ do 5 razy mniej trujące od kokainy, rozczyny są trwale i łatwo wyjąławiające się przez gotowanie, izotonicznemi z surowicą ludzką są 4% rozczyny. Najmniej powikłań daje tropocaina, czyli ogólnie stosowanych chlorowoderek tropokokainy. Co się zaś tyczy działania fizjologicznego i zmian patologicznych w rdzeniu po wprowadzeniu środków tych do kanału rdzeniowego, to prac doświadczalnych w tym kierunku w dostępnej dla mnie literaturze ojczyściej nie znalazłem, czerpię więc te dane od autorów obcych.

Znane są pod tym względem prace Heinecke i Läwen'a, które stwierdziły, iż środki te posiadają względnie dość znaczne powinowactwo do korzeni nerwów nerwowych: (z nich najmniejszą tropokokaina) że na rdzeń działają nie przez wchłonięcie się drogą naczyń krwionośnych przestrzeni podpajęczynówkowej, lecz przez bezpośrednie zetknięcie się środka z danym odcinkiem rdzenia; że w rozpowszechnianiu się środka zastrzykniętego w kanale podoponowym dużą rolę grają czynniki mechaniczne, mianowicie: powstający w kanale rdzeniowym prąd czynny płynu mózgo-rdzeniowego, który wkrótce po zastrzyknięciu rozczyń środka szybko roznosi po całej przestrzeni podoponowej, następnie poziome, względnie pochyłe ze wzniesioną miednicą, ułożenie chorego, sprzyjające dopływowi środka do wyższych części rdzenia w większej ilości; wreszcie ciężar gatunkowy rozczyń środka, który przy ciepłocie ciała 38° staje się lżejszym od płynu rdzeniowego i skutkiem tego łatwiej unosi się ku górze.

Rozpływając się po całej przestrzeni worka podoponowego, środek znieczulający eo ipso wchodzi w zetknięcie się z korzeniami tych nerwów, które się w nim znajdują, a więc i nerwów czaszkowych, jako to: w pierwszym rzędzie nerwu rozocznego, tłoczkowego, okoruchowego i wzrokowego, wskutek zaś wysokiej wrażliwości narządu wzroku na minimalne podrażnienia częstokroć wystąpić mogą powikłania oczne przy dawkach, które na inne narządy ruchowe, jako znacznie odporniejsze, pozostaną bez wrażenia.

Odnosnie do zmian anatomopatologicznych w rdzeniu po zastrzyknięciu środka istnieją doświadczenia Spielmeysra na umarłych po znieczulaniu rdzeniowem i na zwierzętach, stwierdzające, iż rzeczywiście komórki wielokątne ruchowe rdzenia pod wpływem działania tych środków podlegają wybitnym zmianom połączonym z degeneracją jąder, w komórkach zaś zwojów międzykręgowych i tylnych rogów rdzenia zmian powyższych nie znajdowano. Co prawda stwierdzono fakt, iż zmiany te występowały tylko po śmierci od dawek znacznie przekraczających 0,12 i wyżej. Przy dawkach zaś normalnych, mianowicie 0,06 — 0,08 tropokokainy zmian żadnych w komórkach rdzenia nigdy nie znajdowano.

Przy zaburzeniach ze strony nerwu rozocznego znajdowano na sekcji nieraz drobne wynaczynienia w okolicy korzenia wyżej wspomnianego nerwu zależne według przypuszczeń autorów od znacznego zmniejszenia się wewnątrz oponowego ciśnienia po zastrzyknięciu środka.

Znajdowane zaś w sporadycznych wypadkach na sekcji haemorrorhagie mózgowe i wynaczynienia pachymeningealne według autorów nie mają żadnego bezpośredniego związku z zastosowaniem znieczulania rdzeniowego, lecz są zależne od czynników ubocznych, wywołanych ogólnym stanem chorobowym danego osobnika.

Przechodząc z kolei do dawkowania znieczulającego środka, to typem jest tropokokaina, gdyż inne prawie że się nieróżnią wcale od niej dawkowaniem. Minimalną dawką używaną przy operacjach na kroczu, kończynach i jamie brzusznej do linii pępka jest 0,06. Maksymalną dozwoloną jest 0,1, przy której znieczulanie dochodzi do poziomu sutek i nawet nieraz nieco tę granicę jest w stanie przekroczyć. Znieczulanie występuje najpierw na kroczu, następnie na kończynach w 3 minuty mniej więcej po zastrzyknięciu i stopniowo posuwa się ku górze w ciągu maximum 10 minut. Nieraz znieczulenie występuje natychmiast po zastrzyknięciu, czasem może się trafić, iż znieczulenie nie wystąpi wcale. — Długość trwania znieczulenia dla tropokokainy—godzina, dla stowainy — 2 godziny. Kobiety i ludzie starsi wymagają nieco mniejszej dawki, niż mężczyźni w młodym wieku. Ułożenie pochyłe chorego ze wzniesioną miednicą znacznie posuwa ku górze poziom znieczulenia i sprzyja działaniu środka na wyższe odcinki rdzenia, co może nieraz nawet ujemnie się odbić na ośrodku oddechania i na mięśniach oddechowych, wywołując paraliz tychże. To też przy zabiegach, **gdzie jest stosowaniem ułożenie pochyłe ze wzniesioną miednicą, (pozycja Trendelenburga), należy stosować znacznie mniejsze dawki, niż przy ułożeniu chorego poziomem.** Prof. Romer w Krakowie wszystkie aparaty ginekologiczne w pozycji Trendelenburga wykonywa w znieczuleniu rdzeniowem w połączeniu ze skopolaminowem zamroczeniem przy dawkach tropokokainy 0,05 — 0,05, zawsze otrzymując zupełnie dobre znieczulenie i nigdy nie mając powikłań. Spotykane w literaturze przypadki zejścia po tropokokainie lub stowainie są to przeważnie, jeżeli nie zawsze, przypadki w mocno pochyłym ułożeniu ze wzniesioną miednicą, operowane przy dawkach względnie wysokich. Gold-

schwerd przytacza przypadek, gdzie 75-letni mężczyzna z Carcinoma penis po otrzymaniu dordzeniowo 0,13 tropokokainy i silnem ułożeniu pochyłym ze wzniesioną miednicą uległ momentalnemu znieczuleniu do samej szyi i w kilka minut zmarł przy objawach paraliżu oddechu. Sekcja wykazała ciemną płynną krew, i żadnych zmian w mózgu, rdzeniu lub oponach.

Niestosowność postępowania jest tu rzucającą się w oczy, gdyż dla operacji raka prąca z gruczołami w pachwinach wystarczałaby w zupełności dawka 0,08 — 0,09 przy poziomem ułożeniu chorego, lub nawet znieczulenie miejscowe.

Wogóle, przeglądając spotkane w literaturze przypadki zejścia po znieczuleniu rdzeniowem, spostrzegamy uderzający fakt, iż były zastosowane niedozwolone wysokie dawki znieczulającego środka pochyłe ze wzniesioną miednicą ułożenie chorego. W innych zaś niepomyślnych przypadkach, gdzie wyżej wspomniany błąd nie miał miejsca, tam znajdujemy na sekcji tak wybitne zmiany w sercu, naczyniach, płucach lub krwi, istniejące jeszcze przed operacją, które najprzód żadnego związku ze znieczuleniem rdzeniowem nie mają, a powtórę ten sam smutny koniec miałyby prawdopodobnie i przy innym rodzaju narkozy. Spotykamy też opisy niepomyślnych zejść zależne od nieostrożności i nie uwzględniania zmian chorobowych przy wyborze metody znieczulenia. Na poparcie pierwszego twierdzenia przytoczę przypadek Colombani, dotyczący pewnego silnego 22-letniego młodzieńca, który będąc operowanym z powodu przepukliny pachwinowej po otrzymaniu 0,1 tropokokainy zmarł w 4 dni po zabiegu przy wysokiej ciepłocie, nieprzytomności i bredzeniu. Na sekcji znaleziono: w dolnym odcinku jelita liczne nacieczone guziczki limfatyczne i blaszki Peyer'a, potrójnie powiększona śledziona, nerki blade i przekrwienie i obrzęk płuc i mózgu. Diagn anatom: Typhus ambulatorius. Jest to chyba dość jasnem, iż znieczulenie rdzeniowe nie gra tu żadnej roli. Nader dobrze ilustrującym drugie twierdzenie jest przypadek Münchmeyera: 49-letni pacjent z empyemą opłucnej perforowaną do płuca i na zewnątrz; zastrzyknięto 0,055 tropokokainy i ułożono w silnem pochyleniu ze wzniesioną miednicą i natychmiast gwałtowny kaszel, niemożność wykaszania, sinica, zatrzymanie oddechu i śmierć z uduszenia pomimo energicznej interwencji z tracheotomją. W tym przypadku można było ograniczyć się z powodzeniem na znieczuleniu miejscowem, zastosowanie zaś znieczulenia rdzeniowego było karygodnym błędem, szczególnie zaś ułożenie pochyłe bezwarunkowo sprzeciwiało się wszelkiemu logicznemu rozumowaniu. Nic więc dziwnego, że pacjent się udusił.

Z wymienionych trzech środków zatem tropokokaina jest uznaną za najmniej niebezpieczną na zasadzie względnie najmniejszego pokrewieństwa do nerwów ruchowych, stowaina zaś uważaną jest za więcej niebezpieczną novocaina zaś aczkolwiek najmniej trującą (o 7 razy mniej od kokainy), lecz zato nieco słabiej znieczulającą od poprzednich.

Wybór więc środka oczywiście nie gra tu tak decydującej roli i zależy od przyzwyczajenia lub upodobania operującego. Wielkiej natomiast wagi jest uwzględnianie wskazań i przeciwwskazań do zastosowania znieczulania rdzeniowego i szans dla pacjenta ponad inną metodą znieczulenia.

Przeciwwskazaniem jest znieczulenie rdzeniowe: 1) w wieku do lat 14-stu, 2) przy zbytnej wrażliwości nerwowej (histerja i neurastenja), 3) w wykrwawieniu ustroju (H. Goldberg), 4) w stanach septycznych. Wskazaniem zaś: 1) u osobników starszych, 2) w wadach serca, 3) w przewlekłych cierpieniach płuc, 4) w chorobach nerek i 5) w cukrówce.

Słowem, tam, gdzie zwiężają się granice możliwości stosowania metody inhalacyjnej — tam się rozszerzają i, wreszcie, niepodzielnie panują prawa znieczulenia rdzeniowego. A więc znieczulenie rdzeniowe nie wyklucza, nie ogranicza praw ogólnej narkozy, tylko znakomicie narkozę tę dopełnia. Powikłania, powstające podczas znieczulenia rdzeniowego lub po jego zastosowaniu, naogół wynoszą od 10⁰/₀ do 20⁰/₀. W pierwszym rzędzie należy wspomnieć o zupełnym braku znieczulenia. Brak zupełny znieczulenia zależy może najprzód, od zupełnej odporności pod tym względem danego osobnika lub od wadliwej techniki; odporność ustoję zależy podług niektórych autorów od wysokiej alkaliczności płynu rdzeniowego. Z 500 przypadków, operowanych przez kol. H. Goldberga w szpitalu Św. Aleksandra w Łodzi, zestawienie których z upoważnienia autora pozwolę tu sobie poniżej przytoczyć, wynika, iż w miarę postępu i udoskonalenia techniki odsetka nieudanych (ujemnych) znieczuleń znakomicie się zmniejsza. Kol. Goldberg swoje 500 przypadków dzieli na 5 serji po 100 przypadków w każdej; znakiem „+” oznacza znieczulenie pełne, „±” znieczulenie częściowe, „—” brak znieczulenia.

Serja:						
Nr	1—100	{	+	80 ⁰ / ₀	±	6 ⁰ / ₀ — 14 ⁰ / ₀
„	101—200	{	+	89 „	±	8 „ — 3 „
„	201—300	{	+	94 „	±	5 „ — 1 „
„	301—400	{	+	88 „	±	11 „ — 1 „
„	401—500	{	+	94 „	±	5 „ — 1 „

Wyniki ogólne: + 89,2⁰/₀ ± 6,8⁰/₀ — 4⁰/₀.

Na moich 200 przypadków operowanych w ciągu ostatnich 5-ciu lat w szpitalu Łaskim otrzymałem prawie identyczne liczby: + 89⁰/₀, ± 7⁰/₀, — 4⁰/₀.

W przypadkach braku znieczulenia Bier proponuje wstrzyknąć ponownie taką samą dawkę. Kader zaś, gdy znieczulenie ustaje przed końcem operacji, wstrzykuje powtórnie w pozycji leżącej.

Do powikłań podczas operacji, które zazwyczaj występują w ciągu pierwszego kwadransu po zastrzyknięciu, należą: 1) Śmierć, której ani ja ani kol. H. Goldberg nie mieliśmy ani razu*). 2) **Zapaść** i cięższe zaburzenie oddechowe. 3) **Lżejsze zaburzenie oddechowe**. 4) Wymioty.

Ogólna odsetka tych zaburzeń podług Goldberga równa się 10⁰/₀ u mnie miałem tylko 5,5⁰/₀. Wymioty trafiają się względnie rzadko i nie stanowią poważnej komplikacji, zaburzenia zaś oddechowe występują przy stosowaniu dawek wyższych od 0,08 do 0,1 wżwyż, i wykazują się lub tylko w nieznacznym osłabieniu ruchów oddechowych bez jakichbądź sensacji ze strony pacjenta, lub w cięższych przypadłościach oddechowych, do zupełnego zatrzymania oddechu; zależą one od pora-

*) Kol. H. Goldberg wspomina wprawdzie w pracy swej „300 przypadków znieczulenia rdzeniowego za pomocą tropokokainy” (Przegląd Chir. i Gin. r. 1911) o jednym przypadku śmierci na stole operacyjnym, lecz przyczyną śmierci było tam nie znieczulenie, a zbytne wykrwawienie osobnika po kłutych ranach płuca.

żenia przepony i mięśni klatki piersiowej i mogą być usunięte za pomocą sztucznego oddechania, zapaść zaś ciężka, zależna od bezpośredniego działania środka na rdzeń przedłużony i nerw błędny zwykle bywa krytyczną. Do przyczyn zapaści należy również ogólne zwiótczenie masy mięśniowej i wywołana przez to detonizacja układu żylnego, a przy cięciach brzusznych nieraz odruch ze strony otrzewnej (?) (Michelsson).

Do powikłań pooperacyjnych należą bóle głowy (10 — 20%).

Jest to najczęstsze i najprzykrzejsze zaburzenie pooperacyjne, które stanowi nader ujemną stronę tej metody. Zależą one podług autorów od obniżenia ciśnienia wewnątrz oponowego, lub od podrażnienia opon przez lek. Skłonni są do nich ludzie silni i młodzi i osoby z usposobieniem nerwowym. Co do mnie—spostreżenie bóle głowy 14 razy i ustaliłem, iż występowały przeważnie wtedy, gdy wypuściłem płynu rdzeniowego mniej, niż zastrzyknąłem środka. Gdy się wypuszcza płynu nieco więcej, niż się zastrzykuje środka bólów głowy nie obserwowałem.

Do często spotykanych w literaturze powikłań należą również zaburzenia ruchowe a więc: porażenia nerwów ocznych, szczególnie rozocznego, porażenia zwieraczy (odbytnicy i pęcherza) rzadziej innych nerwów ruchowych, np. strzałkowego.

Z zestawień jednak wynika, iż te powikłania przeważnie występują: 1) przy złej technice, 2) przy stowainie; tropokokaina, rzecz można, nie daje wcale tego rodzaju powikłań.

W statystyce kol. H. Goldberga i mojej, a więc razem na 700 przypadków nie notujemy ani jednego przypadku porażenia w zależności od znieczulenia rdzeniowego. Kol. Goldberg natomiast w zestawieniu swym ma bólów głowy pooperacyjnych po tropokokainie 17% trwających do 14 dni, ja zaś miałem tylko 7% — najwyżej 5 dni. (Kol. Goldberg operuje prawie wszystkie przypadki zasadniczo w znieczuleniu rdzeniowym, zastrzykując środek znieczulający zmieszany z aspirowanym płynem rdzeniowym w szprycy, ja zaś wypuszczam płynu rdzeniowego taką samą lub nieco większą ilość, jak zastrzykuję roztworu środka, przypadki zaś dobieram, uwzględniając wskazania).

Spotykamy w literaturze opisy pachymeningitis haemorrhagica w zależności od znieczulenia rdzeniowego, lecz zdaje mi się, iż w tym nader rzadkiem powikłaniu grają dużą rolę czynniki uboczne więcej, niż samo znieczulenie. Ze środków zapobiegawczych powikłaniom należy nadmienić o podawaniu przez prof. Kadera środków nasercowych na jakiś czas przed operacją. Wogóle zaś **doskonała technika i uwzględnienie wskazań** są to najlepsze sposoby uniknięcia powikłań.

Dodać tu muszę, iż wspomniane przez niektórych autorów podniesienie dobowe ciepłoty do 38°, i ja obserwowałem w 6% przypadków.

Co się zaś tyczy sposobów ratowania zapaści i zaburzeń oddechowych po ich wystąpieniu, to w pierwszym rzędzie iniekcja kamfory i sztuczne oddechanie nieraz zupełnie wystarcza, w wypadkach zaś ciężkiej syncope skutkiem porażenia rdzenia przedłużonego lub podrażnienia nerwu błędnego najczęściej wszelkie najenergiczniejsze nawet środki nie prowadzą do celu. Prof. Kader przytacza jeden przypadek gdzie ciężki stan syncope z zupełnym zaprzestaniem czynności serca uratował przez wykonaną ad hoc laparatomję masażem bezpośrednim serca i po przywróceniu chorego do życia dokończył zabiegu.

Pozwolę sobie przytoczyć jedyny mój przypadek ciężkiej zapaści, zakończony pomyślnie, dlatego, iż jest on, moim zdaniem, typowym obrazem zapaści tropokokainowej.

Chora I. S., 54 lat, wątła, drobnej budowy, operacja per vaginam z powodu prolapsus uteri. Z powodu istniejącego garbu w okolicy lędźwiowej i zniekształcenia jej kręgow zastrzyknięcie 0,09 tropokokainy w okolicy piersiowej. W 10 minut po zastrzyknięciu chora stopniowo sinieje, traci głos, i wkrótce zupełnie zaprzestaje ruchów oddechowych, klatką piersiową i wreszcie ustają i ruchy mięśni oddechowych szyji, chora przytomna, porozumiewa się wzrokiem i grą twarzy, tętno działa cały czas dobrze, sinica znaczna. Zastrzyknięto kamforę i zastosowano oddech sztuczny, przy którym sinica zmniejsza się. Zabiegu dokończyłem podczas, gdy felczer wykonywał cały czas oddech sztuczny. Po skończeniu operacji na łóżku jeszcze w ciągu godziny stosowaliśmy sztuczne oddechanie, po czym chora zupełnie przysłała do siebie. Dalszy przebieg bez powikłań, wyzdrowienie. Po za tym jednym przypadkiem żadnych cięższych powikłań nie miałem.

Na ogół statystyka moich 200 przypadków przedstawia się w sposób następujący:

200 przypadków znieczulenia rdzeniowego tropokokainą.

Mężczyzn 147, kobiet 53.

Od lat 15 do 20	mężczyzn 14	kobiet 6	kończyny dolne	— 16%
„ „ 20 — 30	„ 27	„ 13	krocze i narz. kob.	— 21%
„ „ 30 — 40	„ 51	„ 19	jama brzuszna	— 52%
„ „ 40 — 50	„ 34	„ 11	klatka piersiowa	— 11%
„ „ 50 — 60	„ 19	„ 4		
powyżej	„ 2	„ 0		
udane 85%, częściowe 7%, ujemne 4%.				
Powikłania				
podczas zabiegu 5,5%			po zabiegu 16%	
wymioty	—	mężcz. 2%, kob. —	wymioty	—
lekke zaburz. oddech.	„	0,5% „ 1,5%	bóle głowy i sztywn. karku	„ 2% „ —
zapaść lżejsza	—	„ 0,5% „ 0,5%	bóle głowy kilkodniowe	„ 1,5% „ 3,5%
zapaść ciężka	—	„ — „ 0,5%	podniesienie t ¹ do 38°	„ 4,5% „ 1,5%
śmierć	—	„ — „ —	porażenia	— „ — „ —
			ogólne osłabienie	— „ — „ 2%

Ze spotykanych w literaturze kazuistycznych przypadków widzimy, że, o ile dobra technika czyni samą wklucie zupełnie niewinnym, o tyle wadliwa może doprowadzić nieraz do bardzo groźnych następstw. Wydoskonalenie więc techniki (nader prostej i łatwej) jest rzeczą pierwszorzędnej wagi.

Aczkolwiek rozczyiny tropokokainy (stowainy, nowocainy) są trwale i można je przechowywać wyjałowionemi w zatopionych fiolach, wszakże zalecanem jest (Kader) używanie rozczyinów świeżych. Istniejące w handlu gotowe fiolki zawierają 3% rozczyiny (Gesner, Klawe, Merck). Prof. Kader zaś używa rozczyinu 2%. Nie ulega wątpliwości, iż mniejsze rozcieńczenie, a, co pozatem idzie, większa ilość wstrzykniętego rozczyinu pozwala osiągnąć wyższe znieczulenie z mniejszym niebezpieczeństwem zatrucia. Być może, iż tem się tłumaczy, iż stosowane przez

Kadera wysokie dawki tropokokainy (0,11 — 0,12), pozwalając operować wysoko, nie powodują groźnych objawów. Według Kadera, 0,5 tropokokainy rozpuszczamy w 30 centym. sześcienn. wody przekroplonej w odpowiednich do tego naczyńkach z podziałkami, następnie gotujemy do pozostania 25 ctm. sześć. i ochładzamy. W 3 ctm. rozczyntu mamy 0,06 tropokokainy.

Najlepszym przyrządem jest 10 gramowa szpryca Record, igła około 11 ctm. długa, niezbyt gruba z mandrynem z krótko ściętym ostrzem. Szprycę z igłą nie należy gotować w rozczyntie sody, jeśli zaś to miało miejsce, to przed użyciem należy stosownie przepłukać takowy wyjałowionym rozczyntem fizjologicznym soli kuchennej. Chory powinien być naczczu, plecy chorego przygotowuje się do wkłucia podług ogólnych zasad aseptyki (Kader ogranicza się do starannego zmycia eterem). Wkłucia dokonywamy między 1 a 2, lub 3 a 4 kręgami lędźwiowymi w pozycji siedzącej chorego z mocno wygiętym pałąkowato kręgosłupem; wówczas rozstępują się wyrostki kolczyste stosu i ułatwiają dostęp do rdzenia. Pozatem włókna caudae aequinae obustronnie się naprężając, wyprostowują się w dwie boczne kolumny zostawiając pośrodku wolną szparę, przez którą igła swobodnie trafia do cysterny rdzenia nie zawadzając po drodze o włókna nerwowe. Cysterna, jak wiadomo, jest 5 ctm. długa, 3 milim. szeroka i 1,5 ctm. głęboka. Boczne jej ścian są to warstwy korzeni nerwowych-przednią (w stosunku do operującego) zaś ścianę tworzą pajęczka i twarda opony.

Nieraz mocne i twarde wiązadła międzykolczyste powodują przesuwanie się igły po ich powierzchni, utrudniając ściśle centralne wkłucie, wówczas należy napiąć mocno skórę w tem miejscu między dwoma palcami lewej ręki.

Wkłuwamy igłę na $\frac{1}{2}$ ctm. poniżej wyrostka kolczystego, prowadząc igłę w ściśle pionowym kierunku do kręgosłupa. Wkłuwa się igłę albo bez mandrynu po uprzednim sprawdzeniu jej drożności lub razem z mandrynem, który wyjmujemy się z igły natychmiast po trafieniu do kanału rdzeniowego. Zazwyczaj igła wchodzi dość łatwo i dopiero większy nieco opór czujemy przy przebijaniu opony twardej, poczem odrazu igła wpada do wolnej przestrzeni podoponowej rdzenia. Po wyjęciu mandryna z igły natychmiast powinien wypływać strumieniem płyn mózgowordzeniowy, bywa jednak, że wycieka on tylko kroplami: zależy to najczęściej od niedokładnego umiejscowienia się igły w świetle kanału i ostrożnem przesuwaniem igły należy ten błąd naprawić. Płyn rdzeniowy powinien być zupełnie przezroczysty. Jeśli pojawia się domieszka krwi dowodzi to iż igła zraniła jedno z naczyń krwionośnych przestrzeni podpajęczynówkowej (vena recessi ligamenti flavi) lub, co gorsze, przebiła worek oponowy i uszkodziła jedno z naczyń przedniej komory podoponowej. Gdy pomimo prób ustawienia igły we właściwym miejscu nie otrzymujemy czystego płynu, lecz wciąż z domieszką krwi należy wstrzymać się od zastrzyknięcia i albo zastosować narkozę lub odłożyć zabieg do dnia następnego.

Wypuszczać należy płynu nieco więcej niż się zastrzykuje rozczyntu środka znieczulającego, zwykle do naczynka z podziałkami, aby widzieć ile się wypuściło płynu i w odpowiedniej chwili połączyć już uprzednio przygotowaną strzykawkę z rozczyntem środka znieczulającego i wolno wstrzykiwać (około 3-ch sekund).

Wciąganie płynu mózgowordzeniowego do szprycy zawierającej rozczynt znieczulający w celu rozmieszania ich w szprycy przed zastrzyknięciem uważam za zbyteczne. Po zastrzyknięciu wyjmujemy igłę i opatrujemy miejsce wkłucia gazą wyjałowioną i przylepcem. Trafić się może, że gdy igła była za gruba przez otwór

po wkłuciu wypływa zastrzyknięty roztwór, co naturalnie prowadzi za sobą brak znieczulenia.

Po wstrzyknięciu układamy chorego na stole. Goldberg radzi czekać aż wystąpią pierwsze objawy poczynającego się znieczulenia, mianowicie, drętwienie kończyn, i dopiero po tem ułożyć chorego na stole. Uważam to za zbyt uczynne: kładę chorego zwykle natychmiast po zastrzyknięciu i nie miałem nigdy złych tego skutków. Natomiast stanowczo uważam za szkodliwe ułożenie chorego pochyłe, wszelkie zwracanie głowy nadół i t. p. Ułożenia pochyłego ze wzniesioną miednicą należy unikać a w tych wypadkach (np. w ginekologii) gdzie jest ono koniecznym, stosować mniejsze dawki.

W trzy minuty, najpóźniej w 10 minut po zastrzyknięciu występuje znieczulenie zaczynając od krocza i kończyn dolnych stopniowo posuwając się ku górze zależnie od dawki i ułożenia chorego. Dawka 0,09 przy bardzo nieznacznym pochyleniu tułowia głową w dół w zupełności wystarcza do operowania na poziomie sutek. Po godzinie tropokokainowe znieczulenie ustaje w odwrotnym porządku jak przyszło.

Wady znieczulenia rdzeniowego nie są wielkie, gdyż największa z nich ta, że zastrzykniętego raz środka w razie potrzeby nie możemy już cofnąć z ustroju, wobec doświadczenia praktycznego ma tylko znacznie teoretyczne.

Zalety zaś są bardzo wielkie, mianowicie: 1) ogromnie ułatwia zabiegi szczególnie brzuszne. 2) nie trzeba uważać na narkozę. 3) niema wypierania wewnątrzności i naprężania mięśni. 4) po zabiegach niema wymiotów, niema podrażnienia błony śluzowej żołądka, operowany może odrazu przyjmować pokarmy.

Ten ostatni wzgląd daje bardzo jaskrawe korzyści przy zabiegach w jamie brzusznej jak np. uwięźnięciach, wszelkiego rodzaju okkluzjach, przedziurawieniach, zespoleniach, w całej wreszcie ginekologii. Od czasu wprowadzenia tej metody wyniki operacji Wertheima znacznie się poprawiły, śmiertelność pooperacyjna prostatyków również o wiele się zmniejszyła, daleko lepsze też wyniki dają teraz wszelkiego rodzaju rezekcje żołądka i kiszek. Pozwolę sobie przytoczyć tu dwa moje przypadki dla zobrazowania zalet tej metody: 1) 50-letni mężczyzna. Ileus intestin., druga doba, wymioty kałowe, zimne sine kończyny, tętna niema (wyczuwa się tylko w arter. femoralis) 0,09 tropokokainy między 2 — 3 V. L. ułożenie poziome, znieczulenie zupełne po 3-ch min. Po otwarciu jamy brzusznej i odpętleniu jelita tętno natychmiast się poprawiło i stało się dobrze wyczuwalnym w tętnicy promieniowej. Chory szybko wyzdrowiał bez powikłań. 2) 24-letni mężczyzna. Hernia ing. dex. in carcerata — 4 dni choroby, wymioty kałowe, zapaść względna (zimne kończyny drobne tętno). 0,1 tropokokainy między 2 — 3 V. L. Zabieg bez powikłań. Po zabiegu 4 dni jeszcze trwały objawy niedrożności, zwalczane płukaniem żołądka strychniną, lodem i t. p. Po 4-ch dniach nastąpiło samostne wypróżnienie i chory wkrótce przyszedł do zdrowia. (NB. Pomimo 4-ch dni choroby stan кишки pozwalał na op. Bassiniego bez rezekcji jelita).

Przypuszczam, iż oba te przypadki przy zastosowaniu uśpienia bezwarunkowo miałyby znacznie cięższy przebieg pooperacyjny i kto wie, czy zniosłyby narkozę.

Znieczulenie rdzeniowe ma zatem za sobą tą przewagę, iż znacznie nieraz przechyla wynik zabiegu ku lepszemu. Aczkolwiek badania naukowe nie wypowiedziały jeszcze ostatniego słowa co do działania środków używanych do znieczulenia rdzeniowego na ustrój, w każdym razie jednak doświadczenie praktyczne dotąd jest

o tyle wystarczającym, iż wiemy czem mamy się kierować, stosując je w chirurgii.

A więc: 1) Nie wolno traktować metody tej jako zasadniczego sposobu znieczulenia. 2) Unikać dawek wyższych ponad 0,1. 3) **Ułożenie pochyłe ze wznie- sioną miednicą stosować nader ogłędnie.** 4) Mieć dobrą technikę. 5) Nie operować powyżej poziomu sutek. 6) Ściśle dobierać odpowiednie przypadki, uwzględniając wskazania.

Przeczę stanowczo twierdzeniu, iż metoda ta ma być specjalnym przywilejem wielkich szpitali i klinik; przeciwnie, jestem zdania, iż metoda ta **właśnie dla małych szpitali prowincjonalnych** jest nader wygodną i oddającą duże usługi, zmniejszając asystę i ułatwiając zabiegi w wypadkach nie cierpiących zwłoki.

Każdy chirurg powinien być dokładnie obznajmionym z metodą znieczulenia rdzeniowego, gdyż nieraz może się znaleźć w warunkach, gdzie niema nic ponad nią lepszego do wyboru.

Jeżeli ośmieliłem się zabrać nieco dłużej uwagę Szanownych Panów nad tym przedmiotem, to z tych powodów, iż w ostatnich czasach zaczyna słabnąć zainteresowanie się tą metodą, a stąd zaniedbanie techniki i zwiększanie się częstości powikłań, co doprowadzić może do zupełnego przejścia nad tą metodą do porządku dziennego, na co ona stanowczo nie zasługuje. Wierzę, iż z chwilą kiedy zostanie wynaleziony **pewny i nietrujący środek znieczulający** wówczas tryumf tej metody będzie zupełny.

Dziś zaś wypowiadać o niej zdanie może tylko ten, kto ją stosował. Kolegom H. Goldbergowi i Z. Radlińskiemu za łaskawą pomoc i cenne wskazówki w tej pracy składam na tem miejscu moje serdeczne podziękowanie.

Piśmiennictwo.

1. Bier A. Rückenmarksanästhesie Med. klin. 1906.
2. Bosse B. Die Lumbalanästhesie. Wiener Klin. 1907. Zesz. 5 — 6.
3. Goldberg H. 300 przypadków znieczulenia rdzeniowego za pomocą tropokokainy. Przegl. Chirurg. i Ginek. 1911.
4. Heinecke H. i A. Läden. Experimentelle Untersuchungen über Lumbalanästhesie. Arch. f. Klin. Chir. 1906.
5. Hesse F. Ueber Komplikationen nach Lumbalanästhesie. Deutsch. Med. Wochenschr. 1907, № 37.
6. Hochmeier F. Ein Beitrag v. Lumbalanästhesie. Deutsche Zeits. f. Chir. 1906.
7. Colombani F. Ueber 1100 Fälle von Lumbalanalgesie. Wien. Klin. Wochenschr. 1909.
8. Klose H. i H. Vogt. Experimentelle Untersuchungen zur Spinalanalgesie Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. 1909.
9. Michelsson F. Der gegenwärtige Stand der Lumbalanästhesie. Ergeb. d. Chirurg. und Orthop. 1912.
10. Radliński Z. Rezekcja kąticy. Przegl. Lekarski № 47, 1907.

Dyskusja. a) E. Wiszniewski (z Siedlec) przypomina, iż zdania co do metody znieczulenia rdzeniowego są bardzo podzielone: Rovsing z Kopenhagi twierdzi n. p., że każdy, kto stosuje tę metodę, powinien być uznany za świadomego zabójcę chorego; jest to oczywiście zdanie krańcowe, lecz przyznać trzeba, że metoda ta

ma jeszcze znaczne wady i nie może liczyć na szersze rozpowszechnienie. W. zachęca do wypróbowania sprawności nerek przed zastosowaniem uśpienia chloroformowego (krjoscopia, indygo-karmin); przy sprawnych nerkach uśpienie to niebezpieczeństwa dla chorego nie przedstawia.

b) J. Dehnel (Będzin) wyraża zdanie, że metody rdzeniowej nie należy polecać ze względu na niebezpieczeństwo zatrucia, nawet przy stosowaniu tropokainy. Metoda naogół mało jest rozpowszechniona; u nas ma gorących zwolenników, lecz statystyka ich (5 przypadków śmiertelnych na 1500 w statystyce Kadera) nie jest zbyt zachęcająca.

c) T. Meyer (Tomaszów rawski) wnosi, że ze względu na niemożliwość cofnięcia dawki już wstrzykniętej po wystąpieniu objawów zatrucia oraz na częstość idjosynkrazji, nie można polecać znieczulenia rdzeniowego, tembardziej, że w celu możliwego ograniczenia dawki chloroformu mamy do rozporządzenia znieczulenie mieszane: skopolamin-morfinę + chloroform.

d) H. Kaczyński (Parczew) stwierdza, że dla lekarzy prowincjonalnych, pozbawionych pomocy, nader ważne są sposoby znieczulenia bez uśpienia ogólnego; należałoby przeto istotnie dążyć do wynalezienia środków najmniej trujących. Na razie czy nie dałoby się zastosować do znieczulenia rdzeniowego płynów mniej zgęszczonych. Metody znieczulenia miejscowego, dostępne dla lekarza prowincjonalnego, za mało są dotąd rozpowszechnione.

e) S. Rechniowski (Piotrków) sądzi również, że dla lekarza prowincjonalnego wielkie znaczenie mają metody, pozwalające uniknąć uśpienia ogólnego. Nie można jednak polecać metody, która daje śmiertelność 1:470, gdy uśpienie chloroformowe tylko 1:3600. Natomiast godne polecenia są wstrzykiwania nowokainy w pnie nerwowe i do tkanek; w znieczuleniu tem można wykonywać nietylko małe zabiegi, lecz i większe (nawet takie, jak sectio alta, gastroenterostomia).

f) Prelegent (J. Gliński) odpowiada: 1) Częstokroć na prowincji operować musimy chorego natychmiast po przyniesieniu do szpitala i niema mowy o wykonywaniu prób sprawności nerek przed uśpieniem. 2) Zbytni entuzjazm jest oczywiście naganny, lecz nigdzie może nie trzeba tak bardzo przypominać o „aurea mediocritas”, jak przy ocenie tej właśnie metody; faktem jest, że przy ostrożnem jej stosowaniu z uwzględnieniem przeciwwskazań uniknąć można powikłań. Idjosynkrazja odnosi się przeważnie do kokainy, którą obecnie zarzucono. Prelegent zgadza się, że inne sposoby znieczulenia miejscowego zasługują na większe niż dotychczas rozpowszechnienie, wątpi jednak, czy znieczulenie to wystarcza do operacji brzusznych, gdyż pociąganie trzew wywołuje ból i zmusza zwykle do zastosowania podczas operacji uśpienia ogólnego.

7) J. Dehnel (z Będzina): **Rzut oka na obecny stan wiadomości naszych o ważniejszych postaciach chorób nerkowych.** Odczyt ten przedstawiał streszczenie obszerniejszej pracy autora, ogłoszonej w „Medycynie i Kronice lekarskiej” p. n.: „Stan współczesny rozpoznania, patologii i leczenia chorób nerkowych” — oraz wykładu klinicznego „O gruźlicy nerek, podanego w zjazdowym numerze „Medycyny i Kroniki lekarskiej” r. 1914, Nr 22. Z powodu spóźnionej pory dyskusji po odczycie nie było i posiedzenie zakończono.

IV POSIEDZENIE

(w poniedziałek d. 1/VI o godz. 3-ej po południu).

Prezydjum: H. Fidler (Radom), E. Wiszniewski (Siedlce), A. Wardyński (Ostrowiec).

Sekretarze: B. Dziemski, P. Jankowski, K. Tołwiński (Lublin).

Przewodniczący wnosi, aby wobec dużej ilości zgłoszonych odczytów, skrócić do 10 minut czas, przeznaczony na odczyty i do 3 minut dyskusję; wniosek uchwalono.

H. Kaczyński (z Parczewa) wygłasza odczyt:

O wzajemnem ubezpieczeniu lekarzy.

Nie będę dalekim od prawdy, twierdząc, że wszystkie warstwy naszego społeczeństwa wstąpiły w nową fazę życia narodowego, dążącą świadomie do ugruntowania swego bytu materialnego: teraz już łokieć i miarka przestały być pośmięskiem, oszczędności na miliony rubli składają się w utworzonych ku temu kasach, a zrzeszaniem się coraz szersze warstwy bronią się skutecznie od wyzysku. Najlepiej świadczą o tem liczne kasy drobnego kredytu i towarzystwa współdzielcze, które powstały i wciąż powstają nawet w zapadłych kątach naszego kraju.

Dorobku swej pracy nie pozostawia się obecnie wyrokom Opatrzności, a lokuje się dobrze lub ubezpiecza od wypadku: właściciel ziemski już dawno ubezpiecza swe ruchomości od pożaru, obecnie ubezpiecza zboże na pniu od gradu; włościanin też często nie pozostaje w tyle, naśladowując obszarnika.

Słowem, wszędzie i wszyscy starają się jak najmniej być zaskoczonymi przez zgubny traf. Lekarze, mogą to powiedzieć z dumą, biorą bardzo czynny udział w tym ruchu, dając swoją pracę w istniejących instytucjach tego rodzaju, lub tworząc nowe. Ale ci sami lekarze, którzy tak dobrze odczuwają potrzeby innych, zdają się być zupełnie obojętnymi na swój osobisty byt. Majątku materialnego po większej części nie posiadamy, więc go ubezpieczać nie potrzebujemy, ale mamy zdrowie i życie, jedyne podstawy naszego bytu, których wcale nie ubezpieczamy, lub rzadko.

Nasuwa się pytanie — dlaczego tak jest? Czy nasze zdrowie i życie jest tak pewne, że się obawiać o nie nie potrzebujemy? Żaden z nas tego nie powie? Wszak żyjemy w ustawicznym niebezpieczeństwie. Wojskowi są mniej narażeni, niż my, gdyż oni tylko podczas wojny narażają swe życie, my zaś żyjemy podczas ciągłej wojny. Na życie nasze czyha o wiele więcej niebezpiecznych wrogów, niż kule nieprzyjacielskie.

Powziąwszy zamiar poruszenia kwestji ubezpieczenia na życie lekarzy, chciałem uprzednio dowiedzieć się, jak się też nasz stan zapatruje na nią. Wiem, że

ta kwestja była już poruszana na poprzednim zjeździe prowinc. lekarzy w Łodzi przez kol. Zawadzkiego z Warszawy i jak dotąd nie odniosła żadnego realnego skutku, postanowiłem więc przekonać się osobiście, czy kwestja ubezpieczenia na życie nie jest czasami zupełnie obojętną dla lekarzy. W tym celu rozesłałem do wszystkich Tow. lekarskich, nie wyłączając Warszawskiego, odpowiednie odezwy. Otrzymałem 5 odpowiedzi, z których 4 bardzo przychylne i 1 powątpiewająca, z tego widać, że, choć nie wszystkie odpowiedzi nadeszły, kwestja ubezpieczenia nie tylko nie jest obojętna, przeciwnie bardzo sympatyczna i to mnie skłoniło ostatecznie do poruszenia jej ponownie i na obecnym zjeździe.

Przedewszystkiem muszę uprzedzić myśl, która prawdopodobnie powstała w głowie nie jednego z obecnych: wszak mamy Towarzystwa ubezpieczeń na życie. kto chce, może się w nich ubezpieczać, o czym tu mówić! Nie chodzi mi wcale o promowanie owych Towarzystw, ani też o dowodzenie konieczności ubezpieczeń, co każdy rozumie; mam na celu poruszenie kwestji **utworzenia specjalnego naszego lekarskiego Towarzystwa Ubezpieczenia na życie** gwoli idei samopomocy, jaka się coraz szerzej przyjmuje w naszym społeczeństwie. Liczba lekarzy w Królestwie jest aż nazbyt dostateczna do utworzenia takiego Towarzystwa, chodzi tylko o zgodę.

Istniejące Towarzystwa nie odpowiadają celowi choćby dla tej przyczyny, że są za drogie i niewygodne. Weźmy naprz. rządowe ubezpieczenie, które jest tańsze od innych: ubezpiecza przedewszystkiem na sumę od 3 i do 5 tysięcy rub., co jest zamało; bez wymagania wprawdzie świadectwa lekarskiego, co jest dodatnią stroną, ale zato w ciągu 5 — 7 lat jest się właściwie nieubezpieczonym. Od 1000 rub. na 20 lat — 40-letni opłaca 40 rub. 70 kop. rocznie, więc od 10000 (na mniej nie warto się ubezpieczać), opłacałby 470 rub. rocznie; suma po większej części nadmiernie obciążająca budżet przeciętnego lekarza. 30-letni opłacałby stosunkowo mniej, ale czy w tym wieku można się podejmować opłacać składki, kiedy się prawie dopiero wyszło z ławy uniwersyteckiej. Towarzystwa prywatne są jeszcze droższe i trudniej przyjmują na swe ryzyko.

Najodpowiedniejszym dla nas Tow. byłoby przedewszystkiem nasze własne, które opierałoby się na zasadzie wzajemności, t. j. wszyscy stowarzyszeni ubezpieczaliby się nawzajem. Tworzymy jedną wielką rodzinę, połączoną jednym zawodem, powinniśmy się więc zrzeczyć. Wprawdzie życie nas przeważnie dzieli, ale też i łączy. Utworzenie takiego Towarzystwa połączyłoby nas jeszcze więcej. Poza tem wszystkie inne względy przemawiają za utworzeniem tylko wzajemnego Tow. ubezpieczenia. Od Tow. ubezpieczeniowych wymagamy: 1) aby ubezpieczały skutecznie, t. j. bez wszelkich kwestji w wypłacie; 2) aby ubezpieczały dostatecznie, t. j. na większą sumę najmniej 10000 rub., 3) aby ubezpieczały tanio i bez wszelkich zbytecznych ograniczeń. Jabym osobiście był za tem, aby się mogli ubezpieczać wszyscy bez różnicy nawet wieku, zdrowia i na jedną dla wszystkich sumę 10,000 rub. Jest to możliwe jedynie w Tow. opartem na zasadzie wzajemności, w gronie osób ściśle związanych ze sobą, połączonych wzajemnem zaufaniem, którym nie chodzi o zyski, a o dopomożenie sobie w wypadku.

W interesie takiego Towarzystwa byłoby, aby możliwie wszyscy lub duża część lekarzy a najlepiej aby obowiązkowo wszyscy należeli, gdyż od ilości członków zależna jest wysokość opłat rocznych. Objaśni to najlepiej przykład. Jest nas 2000 lekarzy. Gdybyśmy w idealnym przypadku zrzeczyli się wszyscy, to w razie śmierci

kogoś z nas wszyscy pozostali złożyliby się na owe 10.000 rub.; wypadłoby więc na każdego zapłacić 5 rub., w razie gdyby w ciągu roku nikt nie umarł — składka wynosiłaby — 0. Zdaje się, że w takim Towarzystwie, opartem na wzajemności zupełnie możliwym byłoby przy udziale wszystkich zgodzić się na przyjmowanie członków bez różnicy zdrowia i lat i na jedną dla wszystkich sumę, np. 10,000 r., gdyż koszty roczne byłyby minimalne, nie mogące się nawet w przybliżeniu równać z kosztami innych Towarzystw obliczonych na zyski.

Sz. Koledzy! Wszyscy, prawdopodobnie, odczuwamy potrzebę ubezpieczenia tego, co napewno każdy z żyjących posiada, mianowicie, życia; odstrasza nas często od tego wysokość zobowiązania; duże składki roczne potęgują wrażenie, że się niejako wyrzuca sporą sumę pieniędzy, z której za życia korzystać nie będziemy. Jedynie ubezpieczenie na zasadach wzajemności, gdzie składki roczne mogłyby być minimalne, dostępne absolutnie dla wszystkich kieszeni, nie obarczałoby zupełnie naszego budżetu i tem samem pozbawione byłoby tego nieprzyjemnego wrażenia, że się wydaje pieniądze, których się już oglądać nie będzie. Poza tem mielibyśmy pełną satysfakcję, że sami sobie przychodzimy z pomocą, jak przystało na ludzi tworzących jednolitą i wielką korporację.

Sz. Kol.! Jeżeli choć trochę tym szkicem, narzuconym w grubych zarysach, trafiłem do przekonania waszego, proszę zapamiętać o tem, lepiej rozważyć w wolnych chwilach, a gdy nadejdzie czas, że zechcemy założyć Towarzystwo lekarskie wzajemnego ubezpieczenia na życie, chętnie do niego przystąpić.

Dyskusja: J. Pełczyński (z Radomia) uznaje słuszność wywodów prelegenta, lecz stwierdza, że urzeczywistnienie projektu jest trudne, gdyż administracja pochłaniałaby zbyt wielkie sumy, a więc i zmniejszenie opłaty nie byłoby znaczne. Mówca radzi zwrócić się do znawcy spraw ubezpieczeniowych mec. Mayzla w Warszawie z zapytaniem, które z istniejących Towarzystw mogłoby przy gromadnem ubezpieczeniu lekarzy dać najbardziej korzystne warunki ulgowe.

Następnie M. Zienkiewicz (Ciechanów) odczytał pracę p. n.

Przyczynek do nauki o niedokrwistości wtórnej w chorobach zakaźnych,

pracę tę w dłuższem streszczeniu przytaczamy.

Autor referatu wychodzi z założenia, że wczesne występowanie niedokrwistości w chorobach zakaźnych, zarówno u ludzi jak u zwierząt doświadczalnych, jest celową obronną reakcją zakażonego organizmu i posiada dodatni wpływ na przebieg i zejście tych chorób.

Twierdzenie powyższe autor opiera: 1) na wynikach własnej pracy, dokonanej w instytucie med. doświadczalnej w Petersburgu i zatytułowanej „Wpływ zakażeń na niektóre składowe części krwi“ i 2) na paru spostrzeżeniach klinicznych. Wyniki pracy doświadczalnej doprowadziły autora do wniosku, że w tych przypadkach zaszczepienia królikom toksyn (staphylokoksyny, tuberkuliny), kiedy osobniki zakażone reagowały już w pierwszych dniach po zaszczepieniu jadu wybitnym zmniejszeniem hemoglobiny, dalszy przebieg choroby bywał wogóle łagodniejszy, a zmiany patologiczne, stwierdzone podczas sekcji, bywały mniejsze, niż u tych osobników, które w początkach choroby wykazywały względnie wysoki % hemoglobiny.

Podczas powyższych doświadczeń autor zauważył że wielokrotnie powtarzane niewielkie utraty krwi branej do określenia % hemoglobiny (podług metody Hoppe — Seyler'a) nie szkodziły doświadczalnemu zwierzętom.

Spostrzeżenia kliniczne autora dotyczą: a) jednego przypadku duru brzuszego o b. ciężkim przebiegu, zakończonego pomyślnie,—w przypadku tym już w drugim tygodniu choroby ilość hemoglobiny wynosiła zaledwie 50%; b) jednego przypadku gruźlicy płucnej z wybitną niedokrwistością w początkowym okresie choroby, zakończonej po roku zupełnym wyzdrowieniem.

Dodatni wpływ niedokrwistości wtórnej na przebieg chorób zakaźnych autor objaśnia celowem wykorzystaniem przez chory organizm pewnych części rozpadających się erytrocytów do walki z zakażeniem. Wiadomo, iż erytrocyty oprócz hemoglobiny zawierają lecytynę i cholesterynę. Autor powołuje się na zdanie prof. Ilin'a, który przypuszcza, że lecytyna łączy się z muskaryną, ksantyną, guaniną i t. p. związkami, powstającymi w zakażonym organizmie w dużej ilości, wskutek działania jądów bakteryjnych i unicestwienia ich wpływ szkodliwy. Dalej cytuje prof. Kleckiego, który zaleca zastrzykiwanie kwasu nukleinowego, jako środka bakterjóbójczego przed operacjami w jamie brzusznej; przypomina badania nad działaniem fosfatydów na organizm i wyraża domniemanie że lecytyna i pokrewne z nią związki, powstające wskutek rozpadu erytrocytów idą poczęści na wiązanie szkodliwych zasad organicznych, poczęści na odbudowę leukocytów zużytych w walce z zakażeniem. Jeżeli lecytyna nie znalazła w chorobach zakaźnych szerszego zastosowania, tłumaczyć to należy niestałością lecytyny, jako związku chemicznego, trudnością otrzymania tego ciała w stanie zupełnie czystym (domieszka mydła), wreszcie niemożnością wprowadzenia jej do krwi in statu nascendi. W tej właśnie formie wyzwała się lecytyna z erytrocytów w organizmie zakażonym, który przez stratę hemoglobiny wpada w stan niedokrwistości, ale natomiast zdobywa oręż do walki z zakażeniem. Toksoterapia działa na organizm w ten sposób, że, jak to autor stwierdził w stosunku do tuberkuliny i staphylotoksyny, wywołuje rozpad ciałek czerwonych z jednoczesnym powstawaniem lecytyny i ciał do niej zbliżonych.

Autor streszcza się w następujących wnioskach: 1) niedokrwistość wtórna w początkowych okresach chorób zakaźnych zdaje się być niekiedy celową; 2) wielokrotne ale drobne upusty krwi nie przewyższające 0,001-0,01% wagi zwierzęcia nie tylko nie są szkodliwe, ale mogą być nawet pożyteczne; 3) obfite upusty krwi, któreby wywołały odrazu znaczny stopień niedokrwistości, są zupełnie niedorzeczne i szkodliwe; 4) celowość wtórnej wczesnej anemii może się tłumaczyć wyzwaniem z erytrocytów lecytyny in statu nascendi; 5) pożyteczność toksyno i wakcyno-terapii może się warunkować nagromadzeniem lecytyny in statu nascendi, powstaje na skutek stopniowego rozpadu ciałek czerwonych pod wpływem umiarkowanego działania wprowadzonych jądów bakteryjnych. Zważywszy, że przebieg chorób zakaźnych zależy od ilości i jakości zakażenia, od stopnia odporności i od warunków otoczenia, postaramy się nakreślić ogólny plan działania w chorobach zakaźnych, jaki nam wydaje się najwięcej celowym: 1) dostarczyć choremu najlepszych warunków zewnętrznych, pod względem opieki, czystości powietrza i ciała; 2) wypróbować w tych chorobach zakaźnych, dla których nie mamy środków specyficznych w rodzaju chininy, rtęci, salicylatu sodu, właściwości bakterjóbójcze niektórych środków chemicznych, przedewszystkiem kwasu nukleinowego; 3) dążyć do powiększenia odporności chorego organizmu przez: a) otrzymanie lecytyny in statu nascendi, wywołując umiarkowaną wczesną hemolizę przez ostrożne stosowanie szczepionek—b) przez wprowadzenie do krwiobiegu zupełnie czystej lecytyny, a jednocześnie pobudzać zdolność krwiotwórczą organizmu drogą dokonywania wielokrot-

nych upustów krwi nie przewyższających 0, 001 wagi ciała i stosować organo-terapię przez wprowadzenie czystej substancji szpiku.

Referat kończy się prośbą zwróconą do lekarzy szpitalnych, by zechcieli stwierdzić słuszność wygłoszonych przez autora poglądów.

Wobec tego, że prelegent nie skończył wykładu i nie odczytał wniosków, dyskusji nie było. — J. Pełczyński (Radom) zapytuje w sprawie formalnej, czy nie lepiej wysłuchać kilku referatów całkowitych, niż większej ilości 10-minutowych; wobec głosowania w początku posiedzenia przydum uważa sprawę tę za przesądzoną i oddaje głos następnemu mówcy.

St. Kelles-Krauz(Radom) odczytał początek pracy którą poniżej w całości podajemy:

Klasyfikacja stanów limfatycznych u dzieci.

W dziedzinie, której krótki przegląd chcę dać w niniejszym referacie, panuje do dnia dzisiejszego chaos pojęć i poglądów, co stwierdzają najpoważniejsi pedjatrzy.

Dużo mozołu i pracy kosztuje zorientowanie się w tej gmatwaninie, sądząc więc, że Sz. Koledzy nie wezmą mi za złe chęci podzielenia się z nimi choćby w streszczeniu wynikami moich usiłowań w celu uporządkowania sobie poglądów, jakie w tej dziedzinie nauka pedjatrii przyjmowała i przyjmuje.

A dziedzina to przez swą codzienność niezmiernie dla lekarza-praktyka ważna. Wszak codziennie widzimy dzieci, u których zachodzą zmiany w układzie limfatycznym, u których „vulnerabilitas” tego układu na pierwszy plan się wybija.

Dawniej prawie wszystkie te zmiany obejmowane były nazwą zołzy (scrophulosis), które to pojęcie, podzielone przez klinicystów na dwie odmiany: zołzy drażliwe (scrophulosis eretica) i zołzy otrętwiąłe (scr. torpida), łączyło w sobie różnorodne objawy w przykładowej zgodzie — przez czas bardzo długi.

Według Rabbena już w XVI wieku spotykamy „scrophulosis” jako nazwę, obejmującą zmiany różnorodne, szczególnie w układzie chłonnym: wchodzą tam zmiany gruźliczej i kiłowej natury w gruczołach chłonnych, sprawy kostne jak spina ventosa, a nawet powiększenia gruczołu tarczowego. Ten sam Rabben w 1817 r. już ostrzega przed takim mieszaniem pojęć mówiąc: „Cavendum est, nec omnes tumores statim pro scrofulis habeamus.

Zgodne pożycie różnorodnych pod względem etjologicznym gości pod jednym dachem klinicznego obrazu zołzów poważnie zostało zamącone z chwilą wykrycia przez Kocha jego lasecznika (1882 r.), wywołującego zmiany gruźlicze. Od tej chwili właściwie powstają pierwsze usiłowania racjonalnej, na przyczynowości opartej, klasyfikacji tych wszystkich stanów patologicznych dziecięcego organizmu, w których układ limfatyczny dominującą gra rolę.

Przedewszystkiem więc do osobnej grupy zaliczono (w osobne, że się tak wyrażę, szufladki ułożono) zmiany gruczołów limfatycznych natury kiłowej, zapalenia ostre (dawniejszych autorów: „scrophula fugax”) oraz zmiany w tarczycy. Laennec próbował i gruźlicze zmiany wydzielić w osobną grupę, lecz szkoła Virchowa próby te pogrzebała.

Po takim podziale ogólnym, na pierwszy plan wysunęło się zagadnienie wyodrębnienia pojęcia zołzów od gruźlicy układu limfatycznego, ustalenie wogóle pojęcia zołzów (scrophulosis), a nawet, jak żądają niektórzy, usunięcia zupełnie tego pojęcia ze słownictwa lekarskiego.

Nowe drogi, a jak chcą niektórzy, nowy zamęt w dziele rozklasyfikowania zmian w dziecięcym układzie limfatycznym stworzyli ci autorowie już w początku naszego stulecia, którzy wnieśli do tej dziedziny pojęcie „skaz” (diathesis), więc Czerny, Comby i inni. Skazą w organizmie nazywamy pewną wrodzoną właściwość organizmu, skłonność, usposobienie do określonej grupy chorób, lub, innymi słowy, wrodzoną i dziedziczną skłonność organizmu do silniejszego reagowania na pewne czynniki chorobowe. Dziś przypuszczamy, że przyczyna wszelkich skaz tkwi w zaburzeniach przemiany materji (więc naprz. tłuszczów, lub ciał purynowych i t. p.). Ponieważ zaś w dziedzinie badań nad przemianą materji mnóstwo jeszcze spotykamy zagadnień nierozstrzygniętych, więc i pojęcie skazy (diathesis) nie może mieć jasnych rysów. Gdy się przez szereg lat drogą analizy rozpatruje różne objawy chorobowe, gdy się udaje odrzucić jedne a zbliżyć drugie pokrewne — to zupełnie zrozumiałe i pożyteczne jest dążenie do syntezy. To właśnie dążenie do etiologicznej syntezy wytwarza pojęcie skaz.

Widzieliśmy, że dawniejszy obraz kliniczny zołzów, nawet po usunięciu z niego zmian kiłowych układu limfatycznego oraz zmian w tarczycy, obejmował jednak bardzo dużo objawów, które różni pedjatrzy współcześni ujmują w inne ramki, pozostawiając pojęciu zołzów szczuplejszy zakres, lub nawet rugując je zupełnie.

Jakież to są te nowoczesne ramki? Otóż jeżeli mówić o najważniejszych, to prócz dawnego pojęcia scrophulosis, mamy: status lymphaticus (lub thymico-lymphaticus), lymphatismus, diathesis exudativa, gruźlica gruczołowa artrytyzm dziecięcy autorów francuskich (diathese artritique des enfants Comby), oraz cachexia dermatolympatica (Lesage).

Dla ułatwienia klasyfikacji powiedzmy odrazu, że nazwa **lymphatismus**, używana przez Heubnera, Neubauera, Eschericha i wielu innych odpowiada w zupełności temu obrazowi klinicznemu, który Czerny nazwał skazą wysiękową (diathesis exudativa), tak że tu mamy właściwie do czynienia ze sporem o nazwę, nad którym można przejść do porządku dziennego.

Już nieco inaczej rzecz się ma z klasyfikacją stanu, który Paltauf (1889 r.) i Escherich (1896 r.) nazwali: status lymphaticus albo **status thymico-lymphaticus**. Tu już nietylko o nazwę idzie, ale i o treść samą. Paltauf, Escherich a za nimi Feer klasyfikują to jako oddzielną jednostkę kliniczną, podczas gdy Czerny a za nim i Salge uważają st. thym. lymph. za objaw cięższych form skazy wysiękowej.

Status thymico-lymphaticus polega na przeroście gruczołów chłonnych szyi, podszczękowych, krezkowych, przykregowych i t. d. na bujaniu wyrosli adenoidalnych w nosogardzieli, powiększeniu śledziony oraz grasicy. Jednym z ciekawych zjawisk, spotykanych przy tym stanie, jest t. zw. „mors thymica” t. j. nagły skon bez widocznej przyczyny, lub w związku z bardzo nieznacznym zabiegiem operacyjnym, czy wodoleczniczym, z narkozą lub silnym psychicznym pobudzeniem. Jako objaw, poprzedzający nagłą „mors thymica” podają niektórzy autorowie uporczywą bezsenność u tych dzieci. Współczesna pedjatrja szuka przyczyny status th. lymph. w głęboko sięgającym zaburzeniu odżywiania, zaburzeniu, które może nie dawać objawów ze strony przewodu pokarmowego. Na bezpośrednią przyczynę mors thymica Feer zapatruje się jako na patologiczną zmianę w wewnętrznym wydzielaniu grasicy (hyper — lub hypotymizacja).

Przypatrzmy się teraz klinicznemu obrazowi tego co **Czerny** wprowadził do pedjatrii w 1905 r. pod nazwą **Diathesis exudativa (skaza wysiękowa)**. Podobny obraz kliniczny nazwał już w 1782 r. angielski lekarz T. White a później Wendt „diathesis inflammatoria”. Dzieci ze skazą wysiękową według Czernego spotykamy bardzo często, częściej niemal jak z krzywicą. W obrazie tym nie znajdziemy jakichś nowych objawów: wszystkie prawie należą do żołądów, tylko część została wydrębiona, prócz tego, dodano kilka jednostek klinicznych, które zdegradowano do zwykłych objawów i wszystko to uzależniono przypuszczalnie od jednej etiologii i połączono w nową jednostkę: „skazy wysiękowej”. Dzieci ze skazą wysiękową dzieli Czerny na 2 typy: jedne należą do tej kategorii, co pomimo dobrego i obfitego karmienia nie przybywają na wadze (co nawet prowadzi do bezcelowego zmieniania karmicielek), drugie to t. zw. dzieci „nalane” („pastös”). U obydwu typów za podstawę cierpienia Czerny przyjmuje wrodzoną anomalję organizmu, polegającą na złem użytkowaniu tłuszczu pokarmów.

Zaznaczamy odrazu, że Czerny podkreśla, iż należy odróżniać **czystą** skazę wysiękową i **powikłaną** wtórnymi infekcjami (mamy tu narazie na myśli strepto-staphylo i pneumokoki, nie zaś prątki gruźlicze); infekcja taka przy nadczułości systemu chłonnego i błon śluzowych u takich dzieci jest niezmiernie łatwą; granice między czystą a zakażoną skazą wysiękową nie dadzą się ściśle wykazać.

Do najwcześniejszych objawów skazy wysiękowej u dzieci należy seborrhea capitis (Gneis niemieckich autorów) intertrigo i crusta lactea (strup mleczny), występujący najczęściej na policzkach. Przejawy te, świadczące o wzmożonym wydzielaniu aparatu gruczołowego skóry i większej zawartości wody w organizmie (jak mówi Czerny) dają bardzo łatwo i często powód do wtórnych zakażeń, na pierwszym zaś planie do uporczywego wyprysku i co za tym idzie do obrzmienia gruczołów limfatycznych. Do wczesnych również choć niestałych objawów należy t. zw. język mapowaty, lingua geographica, na który to objaw u nas pierwszy zwrócił uwagę Brudziński. U dawniejszych autorów spotykamy (Unna, Lemonier) ten objaw pod nazwą Pityriasis linguae, état tigré de la langue, zaliczany do żołądów. Podobnie jak na powłokach zewnętrznych rzecz się ma na błonach śluzowych organów oddechowych u dzieci z diathesis exudativa: stąd zjawisko astmy dziecięcej u nich, częste nieżyty oskrzeli, gardzieli, mieszkowate zapal. gardła i t. p. zjawiska wiodące również do obrzmiewania gruczołów okolicznych. Czerny nadto przypuszcza, że dzieci te a priori, bez wtórnych zakażeń, mają przerost tkanki adenoidalnej nosogardzielowej. Przyczyna częstych zakażeń migdałków u tych dzieci tkwi w anomalji przemiany materji i dlatego to Czerny jest przeciwnikiem wycinania migdałków, gdyż uważa je za bezcelowe przed 10 — 12 rokiem życia, a radzi walczyć z przyczyną t. j. ze skazą oraz usuwać od dzieci możność wtórnego zakażenia się (naprz. katary i anginy dorosłych).

Doniosłe znaczenie dla lekarza-praktyka ma uwaga Czernego, że dzieci ze skazą wysiękową zapadają na charakterystyczne okresowe schorzenia, których głównymi objawami są: brak apetytu, foetor ex ore, obłożony język, podniesienia temperatury ciała. Czerny uważa, że źródło tkwi w migdałkach, skąd wsysają się toksyny z rozkładających się produktów eksudacji. Pod adresem lekarzy-praktyków kieruje Cz. jeszcze jedną uwagę: dzieci ze skazą wysiękową o typie „nalany” często robią wrażenie niedokrewnych, badania krwi nie potwierdzają jednak anemji i wobec tego znów nie należy podawać zwykłych środków jak żelazo czy

arszenik bo to pozostanie bez skutku. Bładość tych dzieci ma pochodzić ze wzmożonej pobudliwości powierzchniowych wazomotorów.

Co do terapii skazy wysiękowej czystej, to Cz. kładzie główny nacisk na dietetykę: radzi przeważnie roślinne pokarmy, niewiele mleka i trochę mięsa, wyłącza prawie zupełnie masło, jaja i słodycze. O unikaniu sposobności do wtórnych zakażeń już wspominaliśmy. Mówiąc o skazie wysiękowej zakażonej, nie możemy się cofnąć i musimy wejść na obszerny teren gruźlicy dziecięcej i zołzów oraz wzajemnego ich stosunku, który do dnia dzisiejszego jest przedmiotem sporów. Jak już wspomnieliśmy dawniejszy obraz kliniczny zołzów obejmował dużo objawów z różnorodnych etjologicznie dziedzin a dziś w praktyce codziennej nadużywa się terminu scrophulosis. Czerpiąc z doskonałej monografii Brudzińskiego, notujemy, że od czasu wykrycia lasecznika Kocha w sprawie stosunku zołzów do gruźlicy wytworzyły się dwa obozy: **monistów**, którzy zołzy uważali i uważają za specjalną postać gruźlicy systemu chłonnego u dzieci (Scrophulotuberculosis) oraz **dualistów**, którzy uważali zołzy za anomalję wrodzoną, od gruźlicy zupełnie odrębną, która jednak może się łatwo wikłać gruźlicą. Od chwili wprowadzenia przez Czernego pojęcia skazy wysiękowej sprawa klasyfikacji na tym punkcie jeszcze bardziej się skomplikowała dla jednych (naprz. Preisich), — dla innych zaś uprościła.

Nie możemy tu przytaczać całej historii sporu dualistów i monistów i zajmujemy się tylko stanem dzisiejszym kwestji.

Czerny, o ile dawniej (r. 1901) nic nie miał przeciwko zatrzymaniu terminu „scrophulosis” dla oznaczenia schorzeń układu limfatycznego takich, gdzie nie można było wykryć lasecznika gruźlicy, a stany zakażone gruźlicą radził nazywać po imieniu (naprz. nie scrophuloderma — a tbc. cutis, nie scroph. glandul. — a tbc. glandul.) — o tyle po wprowadzeniu jednostki klinicznej diathesis exud. widzimy, że właściwie rzecz się zupełnie inaczej przedstawia: dziś większość ogromna pedjatrów nazwę „scrophulosis” pozostawia dla oznaczenia tego, co możnaby nazwać **skazą wysiękową zakażoną** wtórnie gruźlicą (Feer, Escherich, Moro, Czerny i inni), zaś dla dawnych zołzowych objawów bez gruźlicy przyjmuje nazwę diathesis exudativa, ewentualnie wspomnianą już nazwę lymphatismus (Heubner). Odróżnianie zołzów od gruźlicy wprost ma przyczynę w tym, iż uważa się, że to zakażenie gruźlicze na tle skazy wysiękowej w wieku dziecięcym ma charakter osłabionego zakażenia. Niedawno Soltmann wyraził zapatrywanie na zołzy, jako na dziedziczną gruźlicę nie bakteryjną (nicht bacilläre Tbculose), tłumacząc to bliżej nieprzepuszczalnością łożyska wobec drobnoustrojów a przepuszczalnością wobec toksyn. Escherich uważa zołzy „za **dziecięcą** gruźlicę”, powstałą na gruncie usposobienia limfatycznego” a to, jak wiemy, jest u niego równoznaczne z diathes. exud. Czernego. Niewątpliwie do ułatwienia klasyfikacji i wyjaśnienia stosunku zołzów do gruźlicy przyczyniły się potężnie reakcje tuberkulinowe Pirqueta, Calmetta, Moro i t. p. Salge radzi zołzy leczyć tuberkulinowemi iniekcjami, szczególnie t. zw. dawny typ scr. eretica. Dodać należy, że nieznaczna ilość dzieci zołzowatych nie daje dodatnich reakcji tuberkulinowych, sądzą jednak, że nie obala to zasadniczego poglądu. Może ten fakt jednak skłonił niektórych autorów (Hochsinger) do wydzielenia specjalnej grupy scrophulosis jako zakażeń systemu limfatycznego niespecyficznymi drobnoustrojami na tle anomalji wrodzonej (strepto — staphylo — pneumosokoki etc.) Sądzą jednak, że daleko prościej podporządkować tę grupę skazy wysiękowej z wtórnym zakażeniem, a pojęcie zołzów pozostawić w związku z zakażeniem gruźliczem.

Sądzę, że bliższe wejrzenie w te pozornie czysto teoretyczne sprawy może mieć praktyczne znaczenie dla każdego lekarza, w szczególności zaś dla pedjatry: ustrzec go może od szablonowego traktowania wszelkich zmian w gruczołach chłonnych zbyt tragicznie lub przeciwnie zbyt lekko.

Szkoły francuska i angielska, szczególnie lubujące się w pojęciu skaz (diathesis), wprowadziły do pedjatrii dwie jeszcze jednostki kliniczne (Comby 1900 r. Lesage i inni), któremi choć w krótkości wypada nam się zająć.

Więc najpierw t. zw. „Cachexia-dermato-lymphatica”, której opis podał Lesage. Cierpienie to objawia się porażeniem skóry pod postacią zjawiającego się u kilkutygodniowego dziecka „dermatitie ichtiosiforme”, łojotokiem na skórze głowy, porażeniem systemu chłonnego, będącym w ścisłej zależności od porażenia skórniego oraz atakami intoksykacji, wiodącymi dość często do nagłego zejścia śmiertelnego. Ataki te zjawiają się wtedy, gdy objawy skórne słabną, wobec czego zjawia się przypuszczenie, że toksyny, które wydzielały się przez skórę, przestają się nagle wydzielać i zgubnie działają na narządy wewnętrzne. Potwierdzają to przypuszczenie wyniki sekcji w takich wypadkach, które świadczą o zmianach w wątrobie i nerkach.

O przyczynie tego charłactwa skórno-limfatycznego autorowie niewiele mogą powiedzieć. Jedni stawiają hipotezę t. zw. toksyczną t. j. twierdzą, że trujące produkty wadliwej przemiany materji u takich dzieci przestają się wydzielać przez skórę i powodują intoksykację, inni jak Hutinel uważają za przyczynę zakażenie gronkowcowe, na podstawie badań bakteriologicznych krwi podczas ataku intoksykacji. Zaznaczyć jednak należy, że Marfan i inni w bardzo licznych przypadkach nie znajdowali gronkowca we krwi wcale.

Z patologią układu chłonnego luźno tylko wiąże się stan, który Comby nazwał „Diathese neuro-arthritique des enfants”. Objawy tej wrodzonej anomalji organizmu przypominają w niektórych punktach skazę wysiękową Czernego, tylko tu na pierwszy plan obok pobudliwości układu chłonnego występuje pobudliwość systemu nerwowego. Mamy tu również dwa typy dzieci: typ „nalany” i typ „eretyczny”, mamy znane objawy przerostu gruczołów chłonnych i śledziony oraz oznaki wzmożonego wydzielania i czułości błon śluzowych. Obok tego mamy typy nerwowe, wybitnie zdolne, lecz kapryśne, egzaltowane, a nawet psychicznie anormalne (Dégénérés supérieurs). Częstymi objawami są u takich dzieci: migreny, reumatyczne bóle, artralgie (stąd nazwa „artrytyzm” i t. p. W etiologii Comby znajduje obciążenie dziedziczne zaburzeniami przemiany materji jak: dna, cukrzyca, adipositas i nerwicami. O ile Czerny za tło skazy swojej uważa wadliwą przyswajalność tłuszczów, o tyle Comby w skazie artrytycznej widzi wadę w przyswajania ciał azotowych. Nie przesądzając czy słusznem jest tworzenie z powyższych objawów oddzielnej jednostki klinicznej, uważałem za właściwe wspomnieć o tej skazie.

Reasumując przegląd powyższy, uważam, że idee Czernego stanowią krok naprzód w sprawie uporządkowania naszych pojęć o patologji układu chłonnego u dzieci, specjalnie zaś o roli gruźlicy.

Literatura:

1. **Brudziński:** „O stosunku wzajemnym zołzów i gruźlicy u dzieci” („Medycyna” 1901 r. № 45 — 46).

2. **A. Czerny:** „Die eksudative Diathese” (Jahrb. der Kinderheilk. 1905).
3. **Escherich:** „Was nennen wir Skrophulose?” (Wien. Med. Woch. 1909 № 7).
4. **Feer:** „Lehrbuch der Kinderheilkunde” 1912.
5. **Hochsinger:** „Was ist Skrophulose?” (Zeitschr. f. Kinderh. 1912 Bd. IV 293)
6. **K. Preisich:** „Die Skrophulose” (Jahrb. der Kinderheilk. 1905).
7. **Rachmilewicz:** „Kožnaja reakcja u dietiej z eksud. diatezom” (Pediatria) 1913 № 2).
8. **Salge:** „Einführung in die moderne Kinderheilk.” 1910.
9. **Soltmann:** „Die Behandlung der Skrophulose” (Deutsche Med. Woch. 1908, № 35).
10. **Lesage:** (w tłum. ros.) „Uczebnik choroby grudnego wozrasta” 1913.

Odczytana część pracy nie dawała pojęcia o całości i rozpraw nie wywołała.

J. Puterman (Sosnowiec) odczytał pracę:

O skazie kurczowej dziecięcej

(spasmophilia infantum).

Odrębność pewnych stanów chorobowych wieku niemowlęcego po części przypisać należy niezupełnemu jeszcze rozwojowi narządów, a raczej tej okoliczności, że organizm nie odrazu, lecz stopniowo dopiero, w miarę jego wzrostu i rozwoju pod wpływem rozmaitych czynników, nabiera pewnych własności przystosowywania się do danych warunków życiowych.

Z pośród narządów niedorozwiniętych zwraca na siebie uwagę przedewszystkiem układ nerwowy niemowlęcia.

Różni on się dość wybitnie od układu nerwowego dorosłych zarówno pod względem budowy swej, jak i objętości oraz ciężaru poszczególnych jego odcinków ośrodkowych w stosunku do całego ustroju.

Dla tego też doszukiwano się w układzie nerwowym osesków siedliska — przyczyny drgawek, występujących stosunkowo częściej w okresie niemowlęcym (Chadley). W niedorozwiniętych mianowicie ośrodkach psychoruchowych u osesków, resp. w słabszym hamowaniu odruchów z jednej strony, z drugiej zaś w większej jakoby pobudliwości nerwów obwodowych upatrywano przyczynę łatwości wyzwalania się ruchów kurczowych, nieraz pod wpływem nieznaczących już bodźców, nawet fizyologicznych (ząbkowanie).

To też był czas, kiedy na drgawki dziecięce zapatrywano się jako na zjawisko fizyologiczne (teoria fizyologiczna spazmofilji-Soltman'a).

Spostrzeżenia wszakże kliniczne oraz doświadczalne obaliły pogląd ten na pochodzenie spazmofilji; przekonano się bowiem, że najsilniejsze nieraz bodźce, jak oparzenia, owrzodzenia kiszek, zapalenie otrzewnej, obrzezanie rytualne etc. nie zawsze są w stanie wywołać drgawki, że zatem u niemowląt normalnych pobudliwość nerwów obwodowych bywa raczej obniżona, że niedostateczna funkcja ośrodków hamujących układu nerwowego może coprawda odgrywać pewną rolę przy wyzwalaniu się drgawek, lecz rolę tylko drugorzędną. Główną zaś rolę odgrywać tu chyba muszą głębsze zaburzenia układu nerwowego o podkładzie bądź anatomicznym-organicznym, bądź też czynnościowym.

Oddawna też odróżniano, i dotychczas odróżniane są kurcze dziecięce organiczne ze zmianami anatomopatologicznymi, od kurczów funkcjonalnych, bez zmian organicznych ze strony układu nerwowego.

Właściwie wyraz „funkcjonalny”, jak słusznie zauważył Neupert, stanowi tylko asilum ignorantiae naszej, przy zaburzeniach bowiem funkcjonalnych danego narządu niewątpliwie zachodzą w nim pewne zmiany, lecz dotychczas zmiany te są niedostępne badaniom za pomocą obecnych naszych metod.

Wprawdzie w czasach ostatnich nowo-wynaleziona przez Abderhalden'a metoda djalizacyjna i optyczna rokuje nam nieco lepsze nadzieje, co do możliwości różniczkowania rozmaitych zaburzeń na zasadzie dających się stwierdzić we krwi zacznów, nastawionych na tkanki uległe zaburzeniom.

Wegener'owi w klinice Binswanger'a udało się stwierdzić we krwi chorych na padaczkę t. z. dynamiczno-konstytucyjną oraz organiczną zaczniny nastawione na korę mózgową. Obecność fermentów nastawionych na korę mózgową, lub brak takowych, daje Binswanger'owi możliwość różniczkowania napadów epileptycznych od histerycznych.

Oдноśnych wszakże badań za pomocą metody tej w sprawie przez nas poruszonej dotychczas nie dokonywano. Nolens volens przeto poprzestać musimy na powyższym podziale kurczów.

Dział traktujący o kurczach organicznych w referacie niniejszym ominiemy; mówić będziemy tutaj jedynie tylko o sprawie chorobowej, manifestującej się napadami kurczowymi funkcjonalnymi.

Właściwie ze sprawą tą spotykamy się nieraz, jako z jednym z objawów stanów chorobowych, istotę których stanowią pewne zboczenia ustrojowe, lecz objaw ten tak ważną odgrywa rolę, tak dominuje nad innymi objawami, że słusznie wyodrębniony został w oddzielną jednostkę nozologiczną.

Wyodrębnienie to, mające doniosłe znaczenie zarówno pod względem rozpoznawania, jak i rokowania oraz leczenia, głównie mamy do zawdzięczenia Thiemich'owi.

Spostrzeżenia kliniczne pouczają nas, że u osobników dotkniętych tą sprawą, stwierdzić się daje cały szereg wymienionych niżej objawów, z pośród których wyróżnia się nadwrażliwość mechaniczna i elektryczna nerwów obwodowych.

Stan nadmiernej tej wrażliwości Heubner określa mianem stanu spazmofilowego (Spasmophiler Zustand), a Finkelstein uważa go za skazę poniekąd, i nazywa go „Skazą kurczową” (Spasmophile Diathese).

Napady kurczowe występować mogą w rozmaitych postaciach, a mianowicie w postaci:

- 1) kurczu głosu (Spasmus glottidis, Laryngospasmus),
- 2) rzucawki (eclampsia),
- 3) tężyczki (tetania).

Do postaci ostatniej Lederer i Rietschel zaliczają tężyczkę oskrzelową (bronchotetania). Do kurczów tężyczkowych zaliczają niektórzy tężyczkę mięśnia sercowego, oraz mięśni gładkich: odźwiernika (pylorospasmus), zwieracza pęcherza (Ibrahim), odbytnicy (Koeppel), mięśnia rżęskowego i tęczówkowego.

Dane etjologiczne skazy kurczowej dotychczas nie są ściśle ustalone.

Spostrzeżenia kliniczne pouczają nas, że spazmofilja bywa rodzinna i odziedziczona, najczęściej ze strony matki, że sprawa ta właściwą jest pewnemu wiekowi, i że wpływ pewien na występowanie napadów kurczowych wywierają pory roku: w lecie napady rzadziej występują, częściej natomiast w zimie, maximum napadów przypada na marzec i kwiecień. Zauważono przytem, że nie tylko objawy spazmofilji jawnej (tężyczka, kurcz głośni, rzucawka), lecz i utajonej częściej spostrzegane bywają w końcu zimy i na wiosnę, niż latem i jesienią. Od czego właściwie zależy to zjawisko, dotychczas nie stwierdzono. Wpływ miejscowości, jak również stanu zamożności jest wątpliwy. Wbrew zdaniu pewnych autorów o częstem jakoby występowaniu sprawy wśród dzieci klasy biednej, sprawozdawca spostrzegł dość liczne przypadki spazmofilji i wśród dzieci rodziców zamożnych.

Spazmofilję stawiano w związku z krzywicą, a to na zasadzie częstego jakoby jednoczesnego występowania u tegoż osobnika jednej i drugiej sprawy (w 20 przypadkach tężyczki Bendix u wszystkich stwierdził objawy krzywicy); dalej na zasadzie pewnych cech, wspólnych krzywicy i spazmofilji, jak wpływ pory roku na ujawnienie się jednej i drugiej sprawy, łatwość ulegania zakażeniom dzieci spazmofilowych i krzywicowych, zależność jednej i drugiej sprawy od zaburzeń przemiany substancji wapniowych.

W krzywicy o przebiegu nagłym stwierdzono brak wapnia. A, jak usłyszymy, przez podawanie soli wapniowych można obniżyć wzmożoną pobudliwość układu nerwowego.

Kassowitz przypisuje przyczynę drgawek zaburzeniom cyrkulacyjnym kory mózgowej w zależności od przekrwienia kości czaszkowych dotkniętych krzywicą.

Wywodom tym wszystkim przeczą wszakże fakty istnienia skazy kurczowej bez krzywicy i naodwrot. To też niektórzy (Salge, Escherich) uważają krzywicę za przypadkowe tylko powikłanie skazy kurczowej.

Charłactwo, powodowane przez długotrwałe choroby narządów oddechowych, może być przyczyną spazmofilji. Według Thiemich'a napady kurczowe powstać mogą u dzieci spazmofilowych pod wpływem zaburzeń oddechowych, respective nienormalnej wentylacji krwi (odruchowe wstrzymanie oddechu przy naciskaniu języka w celu zbadania gardła, wprowadzenie zgłębnika żołądkowego, nagła śmierć przy wzdęciu żołądka po obfitem wprowadzeniu pokarmu).

Zapatrując się na spazmofilję, jako na sprawę, powstałą na tle zaburzeń odżywczych, większość autorów przypisuje najbliższą jej przyczynę sztucznemu odżywianiu niemowląt, zwłaszcza mlekiem krowiem. Wielu autorów uzależnia wprost stopień natężenia sprawy tej od ilości mleka, spożywanego przez dziecko chore, uznając zarazem rozmałą tolerancję indywidualną w stosunku do tegoż pokarmu: u jednego bowiem dziecka dwa litry mleka, spożywanego w ciągu doby, wywołują zaledwie nieznaczne objawy tężyczki utajonej, u innego natomiast już $\frac{1}{2}$ litra mleka może wywołać ciężkie objawy jawnej tężyczki. Jako dowód szkodliwego działania mleka krowiego służyć może fakt ten, iż głodzenie dziecka przy dostarczaniu mu dostatecznej tylko ilości wody (herbaty) znosi wzmożoną pobudliwość w przeciągu 24—48 godzin i stan ten utrzymuje się nadal przy odżywianiu mlekiem kobiecym, natomiast pobudliwość wnet się wzmacnia przy dalszem podawaniu dziecku mleka krowiego.

Jaka właściwie część składowa mleka krowiego i w jaki sposób wywiera szkodliwy wpływ na ustrój dziecka, pozostaje dotychczas kwestją sporną.

Obwiniano i obwiniają kolejno wszystkie poszczególne jego składowe części, upatrując szkodliwe jego działanie bądź w nieodpowiednim rozszczepieniu niestrawionego sernika (Biedert), bądź w utracie przez ustroj alkalij — w demineralizacji ustroju, powodowanej przez tłuszcze (Czerny, Keller, Salge), bądź w fermentacji cukru mlecznego (Escherich, Finkelstein), bądź wreszcie w niekorzystnym oddziaływaniu na sluzówkę jelitową zawartych w serwatce soli (Finkelstein, Lewkowicz).

Zdaniem sprawozdawcy, można by się tu dopatrzeć zjawiska w rodzaju anafilaktycznego, powstającego pod wpływem produktów rozpadowych obcych ustrojowi substancji, — najprawdopodobniej białkowych.

Anafilaksję z objawami analogicznymi ze spazmofilją otrzymać się daje u morskich świnek przez podskórne zastrzykiwanie im mleka krowiego (Kling, Arthus, Besredka), rolę uczulającą odgrywać tu ma kazeina (Besredka).

Możliwość zaś dostania się do krwi niezmiennych cząsteczek białkowych (warunek niezbędny do powstania anafilaksji) przez sluzówkę jelitową osesków nie jest wykluczona. Stwierdzona zresztą została ona przez Behring'a, Uhlenhuth'a, Ascoli'ego. Moro i Bauer stwierdzili precypityny mleka krowiego we krwi pewnych dzieci atroficznych.

Wobec tego, że w sprawach anafilaktycznych ilość dopełniaczy we krwi znacznie się zmniejsza, sprawdzanie zachowania się dopełniaczy we krwi dzieci spazmofilowych, zwłaszcza w okresie napadów kurczowych, mogłoby poniekąd przyczynić się do stwierdzenia słuszności poglądu tego.

Z drugiej znów strony nie da się zaprzeczyć, że nie tylko odżywianie mlekiem krowim, lecz i węglowodanami w ilości nadmiernej sprzyja nieraz powstawaniu spazmofilji. Obok hipertoni mięśniowej, powodowanej przez zbytne odżywianie potrawami mącznymi stwierdzić się nieraz daje i wzmożona pobudliwość elektryczna układu nerwowego.

Funk zalicza spazmofilję, jak i krzywicę oraz osteomalację, do t. zw. awitaminoz — do zboczeń ustrojowych, powstających pod wpływem pokarmów, pozbawionych witaminów t. j. pewnych ciał azotowych krystalicznych.

Wobec tego, że trudno jest obwiniać sztuczne odżywianie, jako jedyną przyczynę spazmofilji, u wielu bowiem dzieci sztucznie odżywianych sprawa ta wcale nie występuje, z drugiej zaś strony spostrzegać się ona daje i wśród dzieci karmionych piersią (Thiemich, Goepfert, Escherich), przypuścić należy głębszą jakąś zmianę ustrojową — pewne zбочenie ustrojowe, jak przymiot odziedziczony, skazę wysiękową (diathesis exudativa Czerny'ego) lub t. p. Niektórzy nawet autorzy (Moro, Kolb, Markuzon) upatrują w skazie wysiękowej i kurczowej pewną identyczność z rozmaitem tylko zabarwieniem. Według tych autorów dzieci ze skazą wysiękową zdradzają też pewną skłonność do kurczów (tężyczki).

Poznanie osmotycznych oraz fizjologicznych własności soli w stosunku do pobudliwości układu nerwowego, stwierdzenie mianowicie doświadczalnie zwiększonej pobudliwości pod wpływem soli potasowych i zmniejszonej pod wpływem soli wapniowych oraz magnezowych (Cooke), nasunęło myśl o zbożeniach w wymianie substancji solnych i wodnych, jako najbliższej przyczynie spazmofilji i pokrewnych jej stanów. Odosobniony pogląd w literaturze na własności soli wapniowych wypowiada Stoeltzner: przypisuje on mianowicie solom wapniowym własności spa-

zmofilowe*). Natomiast wszyscy niemal autorzy są odmiennego zdania. Spostrzeżenia kliniczne (Quest), badania analityczne i roentgenoskopijne stałe też ujawniają u osobników dotkniętych spazmofilją niedostateczność soli wapniowych w tkankach: w układzie kostnym (rozrzedzenie i zanik beleczek kostnych) a jeszcze bardziej we krwi i mózgu.

Lust uzależnia nadwrażliwość galwaniczną od zatrzymywania wody, a wraz z nią i substancji o własnościach spazmofilowych. U obserwowanej przezeń 2-letniej dziewczynki zawsze występowały objawy tężyczkowe podczas obrzęków, zaś znikwały wraz z ich zniknięciem. Według niego już retencja soli kuchennej jest w stanie spotęgować pobudliwość galwaniczną.

Wpływ ujemny na zatrzymywanie wapnia przez ustrój przypisują niektórzy toksynom, a raczej autotoksynom, powstającym przy zaburzeniach przemiany materji (aceton, amoniak, kwas karbaminowy, kwas węglany), albo też w przebiegu spraw zakaźnych. Niektóre też zakaźne choroby (influenza — Finkelstein), może odgrywają pewną rolę w wybuchu napadów kurczowych u osobników spazmofilowych. Nie posiadamy jednak dotąd ściślejszych danych ani epidemiologicznych ani klinicznych, któreby przemawiały za pochodzeniem zakaźnym, jakie niektórzy chcą przypisywać spazmofilji, z powodu epidemicznego jej niekiedy występowania w pewnych porach roku i w pewnych miejscowościach**).

Na dobie będąca nauka o wydzielaniu wewnętrznem nie pozostała też bez wpływu na poglądy autorów i na etjologję poruszanej przez nas sprawy.

Dotychczas najbardziej wysunęła się naprzód teoria ciałek przybłonkowych Escherich'a, a mianowicie kwestja udziału w powstawaniu skazy kurczowej t. z. gruczołów przytarczowych***).

Oдноśnie funkcji tych narządów zdania się rozchodzą: gdy jedni upatrują w nich działanie przeciwjadowe (Pineles, C. Meyer, Pfeiffer), inni przypisują im wpływ hamujący na układ nerwowy (Phleps). Badania kliniczne i doświadczalne stwierdziły, iż w zależności od upośledzonej czynności gruczołów przytarczowych wyzwalają się w ustroju jadowite substancje, pod wpływem których powstać mogą objawy spazmofilji.

Na pochodzenie jądów tych różni autorzy różnie się zapatrują. Vassal, Generali, Calcar i Wiener są za pochodzeniem tarczycowym: po jednoczesnym bowiem usunięciu tarczycy z gruczołami przytarczowymi objawy tężyczkowe jakoby wcale nie występowały, albo w znacznie łagodniejszej postaci. Nie zgadzałoby się twierdzenie to z faktem istnienia pewnego funkcjonalnego związku pomiędzy ciałkami przytarczowymi a tarczycą, stwierdzenie mianowicie wpływu pomyślnego preparatów tarczycowych na tężyczkę pochodzenia przytarczowego i rozrostu zastępczego zewnętrznych ciałek przytarczowych po usunięciu tarczycy i naodwrot. To też inni autorzy upatrują powstanie jadowitych substancji pod wpływem upośledzonej czynności gruczołów przytarczowych w zaburzeniach przemiany materji; u tężyczkowych często też stwierdzić się daje zwiększona zawartość amoniaku w moczu, kwa-

*) Przyczynę zaćmy w tężyczce przypisuje Stoeltzner solom wapniowym,

***) Endemiczne występowanie tężyczki u dorosłych spostrzegać się daje w Wiedniu (Redlich) Berlin i Bonn uważane są za miejscowości endemicznego występowania tężyczki dziecięcej.

****) Glandulae parathyreoideae externae et internae poraz pierwszy opisane zostały przez Sandstoema i Alfreda Kohna, jako samoistne narządy.

su karbaminowego, zmniejszone wydzielanie się fosforanów (Greenwald*). Carlson i Clara Jacobson przypisują przyczynę wadliwego rozszczepiania się (NH₃) u zwierząt tężyczkowych niedomodze wątroby. Według Morela substancje kwaśne, wywiązujące się w pośredniej przemianie materji, zostają w warunkach normalnych unieszkodliwione przez wydzielinę gruczołów przytarczowych. W braku wydzieliny tej zużytkowane zostają na ten cel wapień i magnez z tkanek ustrojowych.

Według Mac Collum'a i Voegtlin'a gruczoły przytarczowe odgrywają wybitną rolę w przemianie soli wapniowych. Wydzielina gruczołów tych mianowicie ma wywierać wpływ kontrolujący na przyswajanie tych soli. Po usunięciu gruczołów przytarczowych, następuje wzmożone wydzielanie się wraz z niedostatecznym wessaniem i przyswajaniem soli wapniowych, skąd znaczne zubożenie ustroju w te sole.

Wreszcie gruczołom przytarczowym przypisują wpływ troficzny na pewne narządy. Po wypadnięciu hormonu przytarczowego stwierdzono zaburzenia troficzne tworów ektodermalnych (zaćmę, wykwity skórne, wypadanie włosów, kruchość paznokci etc. — Pineles), — zaburzenia, często spotykane w spazmofilji. Z pośród innych zaburzeń troficznych pochodzenia przytarczowego odnotowano zapalne i degeneracyjne sprawy nerkowe (albuminuria przy tężyczce), zwyrodnienia tłuszczowe wątroby. Tyle więc o czynności gruczołów przytarczowych i o związku funkcjonalnym pomiędzy nimi i tarczycą.

Pomówimy tu jeszcze w kilku słowach o stosunku wzajemnym narządów tych z grasicą i przysadką mózgową.

Co się tyczy związku funkcjonalnego z grasicą, to badania w tym kierunku są nieliczne. Dotychczas odnotowano pojedyncze zaledwie przypadki zaburzeń w zwapnieniu kośćca, wzmożenia pobudliwości galwanicznej po wyłuszczeniu grasicy u zwierząt. Basch, opierając się na tych faktach, twierdzi, że w powstawaniu tężyczki niemowlęcej winne są nie tylko gruczoły przytarczowe, lecz i inne twory skrzelowe (branchiogene) przeważnie zaś grasicą. Wobec tego, że twierdzenie to oparte jest na nielicznych badaniach i to dokonanych nad zwierzętami tylko, i wobec tego, że u wielu zwierząt ssących grasicą często zawiera dodatkowe gruczoły przytarczowe, pogląd ten należy przyjąć z pewną oględnością. Wreszcie co do związku pomiędzy gruczołami przytarczowymi, tarczycą a przysadką mózgową, to po wypadnięciu funkcji jednego z tych narządów skrzelowych stwierdzono rozrost zastępczy części środkowej przysadki (Thompson).

W końcu jeszcze zanotujemy stwierdzony doświadczalnie (Guleke) fakt antagonizmu pomiędzy gruczołami przytarczowymi a nadnerczami. O ile adrenalina wywiera wpływ pobudzający na układ współczulny, o tyle znów wydzielina gruczołów przytarczowych wywiera nań wpływ hamujący. Wyłuszczenie nadnerczy usuwa nieraz ciężkie przypadłości tężyczkowe pochodzenia przytarczowego.

Co do zmian anatomicznych stwierdzonych w gruczołach przytarczowych przy spazmofilji, to najczęściej spotykano się z zaburzeniami cyrkulacyjnymi, jak przekrwieniami, krwawieniami urazowymi najczęściej intra partum powstałymi, albo też ze zwyrodnieniami, niedorozwojem gruczołów, albo też wreszcie ze sprawami zapalnymi pochodzenia zakaźnego (przymiot, gruźlica).

*) Według Biedla przy gniciu histydyiny powstaje pewna amina (zasada) — imidoazoyl-aethylamina — związek identyczny z pewnymi związkami ergotyiny. Związek ten może powstać według Redlicha przy zaburzeniach funkcjonalnych gruczołów przytarczowych.

W tych razach, gdzie zmiany widoczne w gruczołach tych wykryć się nie dają, powstawanie spazmofilji przypisywane jest niedostateczności ich funkcji w stosunku do wymagań ustroju przeciwko powstałemu w nim jadom hypotetycznym.

Co się tyczy kwestji pierwotnego powstania impulsów wywołujących napady kurczowe, zdania autorów się rozchodzą.

Jedni (Marchand, Landois, Nothnagel, Łapiński) uważają za punkt wyjścia drgawek korę mózgową z udziałem jednoczesnym też i rdzenia przedłużonego, jako ośrodka koordynującego ruchy mięśniowe całego ciała (Thomas Mays), rdzeniowi zaś kręgowemu przypisują rolę tylko bierną, jako przewodnika.

Inni (Oppolzer, Nonne, Brown Sequard) przypisują rdzeniowi kręgowemu samoistną zdolność wywoływania drgawek bez udziału mózgowia oraz rdzenia przedłużonego. Doświadczalnie też stwierdzono, że rdzeń kręgowy odosobniony jest w stanie wywołać pewne kurcze mięśniowe. Fakt ten stwierdzono szczególnie u zwierząt zimnokrwistych.

Według Eppinger'a, Falta'y, i Rudinger'a impulsy tężyczkowe powstają w szarych rogach przednich rdzenia, skąd przenoszą się na nerwy obwodowe. Możliwość wszakże udziału i neuronów wyższego rzędu nie jest według nich wykluczona.

Pozatem wzmożoną pobudliwość w spazmofilji okazuje układ nerwów współczulnego i błędnego, co stwierdzić się daje swoistym ich zachowaniem się wobec adrenaliny i pilokarpiny.

W streszczeniu etjologia i patogeneza skazy kurczowej dałyby się ująć w formułę następującą.

Zespół chorobowy sprawy tej zależy najprawdopodobniej od pierwotnego cierpienia gruczołów przytarczowych. Pod wpływem upośledzonej ich funkcji następują zaburzenia w przemianie soli wapniowych, upośledzone ich przyswajanie i względnie obfite wydzielanie się z ustroju. Zubożenie zaś ustroju a zwłaszcza układu nerwowego w sole wapniowe jest bezpośrednią przyczyną jego nadwrażliwości.

Wszystkie inne przyczyny odgrywają rolę podrzędną tylko, rolę momentów wywołujących. Do nich zaliczyć należy i sztuczne odżywianie, powstające bowiem przy nim nieprawidłowe produkty rozszczepiania mogą być dostatecznym bodźcem dla nadwrażliwego układu nerwowego do wywoływania ruchów kurczowych. Do przyczyn wywołujących należy też i czynniki toksyczne przy sprawach infekcyjnych i przy zaburzeniach przemiany materji, czynniki dalej — mechaniczne jak przepełnienie żołądka, i wreszcie psychiczne, jak lęk, rozdrażnienie i in.

Co do kwestji powstawania impulsów, wywołujących napady kurczowe, punktem ich wyjścia może być zarówno mózgowie jak i inne odcinki układu nerwowego, zależnie od odporności, że się tak wyrażę, komórek zwojowych danego ośrodka w stosunku do bodźców, a być może i od większego lub mniejszego upośledzenia ich chemizmu, względnie od stopnia zubożenia komórek tych w sole wapniowe.

W ten sposób punktem wyjścia impulsów dla kurczów np. tężcowych może być neuron obwodowy, dla rzucawkowych natomiast mózgowie*).

Kurcze głośni mogą również mieć za punkt wyjścia impulsów korę mózgową, albowiem za istnieniem ośrodków korowych dla skojarzonych ruchów mięśni krta-

*) Ruchy przymusowe występują przy zajęciu śródmózdzia, zaburzenia równowagi wskazują na zajęcie mózdzku.

niowych przemawia kurcz głóśni, występujący nieraz przy zapaleniach opon mózgowych. Zdarzające się zresztą dość często skombinowane kurcze, naprz. tężyczka z rzucawką, kurczem głóśni, wskazują najdobitniej na współdziałanie rozmaitych ośrodków i zarazem na niejednakowy stopień pobudliwości poszczególnych komórek zwojowych, czem też objaśnić się daje różnorodność klinicznych objawów napadów kurczowych*).

Wszystkie wywody powyższe dopóty jednak nie wyjdą z poza granic czysto spekulacyjnych hipotez, dopóki nie zostaną stwierdzone faktami doświadczalnymi. A pod tym względem nie mało pozostaje jeszcze luk do wypełnienia. Przedewszystkiem należałoby dowieść, czy istotnie pierwszą i najważniejszą rolę odgrywają w etiologii omawianej sprawy zбочenia ze strony gruczołów przytarczowych. Stwierdzenie w surowicy krwi osobników, dotkniętych szką kurczową zączynów, nastawionych na gruczoły te metodą Abderhaldena, wielce by przemawiało za tem przypuszczeniem. Po za tem należałoby stwierdzić, czy i jakie zmiany zachodzą w ośrodkach układu nerwowego, oraz czy zmiany te i ewentualnie w jakim stopniu zależą od cierpienia gruczołów przytarczowych. Pod tym względem badania doświadczalne w rodzaju badań odnośnych, dokonanych u nas przez Simchowicza nad zmianami w układzie nerwowym w zależności od gruczołu tarczowego, mogłyby rzucić pewne światło na istotę i etiologję skazy kurczowej.

O b j a w y. W przebiegu sprawy spazmofilowej odróżniamy okres utajony od jawnego—napadowego. Przy braku momentów, wyzwalaających napady kurczowe, okres utajony trwać może przez czas nieograniczony. Jeden i drugi okres odznacza się pewnymi objawami, umożliwiającymi różniczkowanie sprawy tej od innych jej podobnych.

Z pośród objawów okresu utajonego zwraca na siebie uwagę przedewszystkiem typowe nieraz wejście spazmofilików (*habitus spasmophilicus*): najczęściej ma się do czynienia z osobnikami otyłymi, ciastowatymi, bladymi, o ruchach leniwych, usposobieniu płacziwym, łaknieniu upośledzonym i o wczesnym już nieraz nadmiernym napięciu mięśniowym (*hypertonia*). Finkelstein odróżnia inny jeszcze typ spazmofilików z przewlekłym cierpieniem przewodu pokarmowego i upośledzonym odżywianiem.

Piętnem, że się tak wyrażę, spasmofilji utajonej jest wzmiankowana już nadwrażliwość mechaniczna i elektryczna nerwów obwodowych.

Nadwrażliwość mechaniczna najlepiej uwydatnia się na nerwie twarzowym (Objaw Chvostek'a — *senioris*): przy opukiwaniu okolicy nerwu twarzowego występuje momentalnie drganie unerwionych przez nerw ten mięśni. Zamiast opukiwania Schultze pociera nagle końcem wskaziciela w kierunku pionowym okolicę nerwu twarzowego. Zaznaczyć winieniem, że Chvostek junior odróżnia trzy stopnie objawu nerwu tego:

- Chvostek I: drganie całej okolicy nerwu twarzowego, przy opukiwaniu pnia tegoż nerwu,
„ II: drganie skrzydła nosowego i kąta ust, lub
„ III: drganie jedynie tylko kąta ust przy opukiwaniu okolicy pod łukiem licowym.

*) Według Ziehen'a drgawki o typie klonicznym są objawem podrażnienia kory mózgowej, natomiast kurcz stały wskazuje na podrażnienie ośrodków podkorowych.

Nadwrażliwość elektryczna*), a przede wszystkim galwaniczna (objaw Erb'a) przejawia się występowaniem skurczu pod wpływem drażnienia nerwów prądami słabymi. Gdy u normalnego oseska otwarcie katody wywołuje skurcz ze strony nerwu pośrodkowego (n. medianus) przy prądzie wyższym niż 5 milliamperów, u dziecka **spazmofilowego** skurcz występuje przy liczbach niższych (4. 3. 2. 1. M. A.) i to w stosunku pewnym do stopnia wrażliwości, tak że można poniekąd określić stopień wrażliwości w liczbach: za stopień lekki uważać należy wrażliwość przy skurczu występującym w granicach 2, 5—5 M. A., za ciężki poniżej 2, 5 M. A.

Wobec niestałości objawu Chvostek'a (u 50% tylko), wobec trudności stosowania w praktyce badania galwanicznego i jednocześnie nie zawsze obojętnego badania na niżej opisany objaw tężyczkowy Trousseau'a, pewne usługi rozpoznawcze oddać nam może objaw strzałkowy Lust'a. Opukiwanie mianowicie pnia nerwu strzałkowego z tyłu główki strzałki (fibulae) wywołuje nieraz u dzieci spazmofilowych, przemijający ruch odsiebny (abductio) z jednoczesnym podniesieniem stopy (flexio dorsalis).

Z innych nie zawsze dostępnych badaniom objawów wspomnę jeszcze o nadwrażliwości nerwów czuciowych (objaw Hoffmana) i nerwów zmysłowych: nadwrażliwość słuchu (Chvostek junior), smaku (Frankl-Hochwart).

Pozatem spostrzegać się daje u osobników spazmofilowych nadwrażliwość mózgową (sen niespokojny, pavor nocturnus), wzmożona pobudliwość układu wegetacyjnego, wzmożona czynność serca, przyspieszone i napięte nadmiernie tętno, szmery sercowe, nadwrażliwość nerwów naczynioruchowych, (dermographia, urticaria factitia) wzmożony odruch okosercowy (objaw gałki ocznej Aschner'a), zmiana obrazu morfologicznego krwi (monocytoza, hyperglobulia), nadmierne wydzieliny gruczołów (wymioty, rozwolnienie, łzawienie, pocenie się), zaburzenia ciepłikowe; dalej częste zaburzenia troficzne (kruchosc włosów, paznokci, obrzęki skórne, zacięcia, braki w szkliwie zębów, wstrzymany rozwój fizyczny i umysłowy — (objawy prędzej myksedematyczne, zależne więcej od zбочeń ze strony tarczycy); zaburzenia przemiany materji (wzmożone wydzielanie amoniaku, azotu, soli wapniowych), wreszcie zamroczenie świadomości.

Przechodząc do opisu objawów spazmofilji jawnej wspomnę w kilku słowach o 1) napadach zaburzeń oddechowych w postaci a) dość często spotykanego: kurczu głośni (spasmus glottidis-laryngespasmus).

Napad kurczu głośni manifestujący się tonicznym zamknięciem głośni i skutkiem tego przeszkodą w akcie wdechowym, (apnoe inspiratoria) w przypadkach lekkich kończy się zazwyczaj charakterystycznym piejącym wdechem, w przypadkach ciężkich połączony bywa z sinicą, utratą przytomności, zataczaniem gałek ocznych, drgawkami ogólnymi, zimnym potem, porażeniem zwieraczy i zgubną nieraz przerwą działalności serca. b) W pewnych niezbyt zresztą częstych przypadkach, napad zaburzeń oddechowych cechuje się tonicznym skurczem przepony i mięśni międzyżebrowych bez udziału mięśni krtaniowych i daje nam obraz znany pod nazwą bezdechu wydechowego (apnoe expiratoria Kassowitz). Tego rodzaju napady kończą się zazwyczaj śmiercią nagłą pozornie zdrowych dzieci, bez dosta-

*) Według Söderbergh'a nadwrażliwość galwaniczna nie może być uważana za objaw patognomiczny dla tężyczki, gdyż zdarza się ona i przy porażeniach mózgowych, wiaździe rdzenia i pewnych obwodowych porażeniach nerwowych (Toby Cohn, Remak).

tecnych danych anatomicznych. c) Do napadów zaburzeń oddechowych zaliczyć należy jeszcze jedną postać, opisaną ostatnio przez Lederer'a pod nazwą tężyczki oskrzelowej (bronchotetania). Rietschel do tej postaci zalicza każdy niemal przypadek dychawicy dziecięcej. Istota sprawy tej polega na tonicznym kurczu mięśni oskrzelowych, powodującym brak dostępu powietrza do odnośnych pęcherzyków płucnych, co przy trwaniu dłuższem (nieraz kilkotygodniowem) prowadzi do wessania powietrza i mniej lub więcej rozległej niedodmy (atelectasis). Przy badaniu znajdujemy na odnośnych odcinkach płucnych stępienie różnego natężenia, oddech bądź zaostrozony, bądź oskrzelowy, gdzieniegdzie też i drobno-pęcherzykowe rżężenia. Rzuca się w oczy sinica, a zwłaszcza duszność niepomierna napadowa, która według Rietschel'a nie jest następstwem niedodmy, występującej dopiero po dłuższem trwaniu sprawy, lecz znacznego kurczu mięśni oskrzelowych.

Do postaci kurczów, często dających powód do omyłek rozpoznawczych zaliczyć należy:

II) rzucawkę dziecięcą (eclampsia infantum). Omyłki głównie następczą się z powodu wielu objawów, wspólnych napadom rzucawkowym i padaczkowym. Jak w rzucawce tak i w padaczce napad często poprzedza zapowiedź (aura): lęk i niepokój. Tu i tam napad cechuje się kurczami klonicznymi i tonicznymi, i w rzucawce spotykamy się ze stanem zamroczenia (petit mal), z krótkotrwałem mianowicie zataceniem gałek ocznych, mlaskaniem języka (Schnalzen), zgrzytaniem zębów, zginaniem i wyprostowywaniem kończyn. Pewni też autorzy (Baume-Fere, Redlich, Frankl-Hochwart i inni) utożsamiają obie te sprawy, a to głównie dla tego że i u padaczkowych spotkać się jakoby można z pewnymi objawami nadmiernej pobudliwości układu nerwowego, że zdarzają się przypadki jednoczesnego występowania tężyczki i padaczki u jednych i tych samych osobników (Redlich, Phleps); że dalej jedna i druga sprawa jest w związku często z upośledzoną czynnością gruczołów tarczowego i przytarczowych, że nieraz daje się stwierdzić pewien związek pomiędzy spazmofilją, padaczką i choroba Basedow'a*), wreszcie że zarówno w jednej jak i drugiej sprawie swoiste leczenie preparatami wapniowymi daje nieraz wyniki pomyślne (Curschman).

Wprost odmiennego zdania co do identityczności spraw tych są inni autorzy z Thiemichem na czele. Zapatrują się oni na spazmofilję dziecięcą, jako na chorobę samoistną, a nie jako na zjawisko cząstkowe neuropatii ogólnej. Padaczka u przodków lub rodzeństwa dotkniętych rzucawką należy według nich do nadzwyczajnej rzadkości.

Przechodzimy teraz do trzeciej postaci napadów, kurczowych, mniej często spotykanej do t. z.

III) tężyczki (Arthuogryposis — Niemcyer 1871 — Karpopedalspasmen). Opisał ją poraz pierwszy Tonelé (1832). Escherich, Wagner i Pirquet pierwsi stwierdzili w tężyczce, mianowicie w okresie utajonym tejże, nadwrażliwość galwaniczną, ostatni nawet — częstszą nadwrażliwość anodalną.

Charakterystyczne dla tej postaci są kurcze toniczne w napięstkach i w stopach. Podobieństwu kurczów tych do tężycowych, sprawa ta ma do zawdzięczenia

*) Sprawozdawca spostrzegł wśród osobników rodzin blisko spokrewnionych przypadki wagotonii z objawami przeważnie gastrycznymi (uporczywe wymioty napadowe) w okresie niemowlęcym, przypadki padaczki w okresie wzmożonej funkcji płciowej (lact tio, okres dojrzewania płciowego), choroby zaś Basedow'a — w okresie przekwitania.

nazwę swoją „tężyczka” (Corvisart 1852). Zależnie od udziału tych lub owych mięśni w kurczach, układ kończyn bywa różny, raz dłoń przyjmuje postać ręki piszącej (trzymającej pióro), innym razem znów ułożenie palców t. z. akuszeryjne, kiedy indziej znów kończyna górna przy udziale w kurczu mięśni zginaczy oraz m. ksobnych przyjmuje postać łapki (Pfötchenstellung). Ze strony kończyn dolnych spostrzegamy często stopę łukowatą (Hohlfusststellung), końską, ułożenie ksobne uda i zgięte kolana. Wraz z kurczami występują często obrzęki grzbietów dłoni i stóp, które przy dłuższym trwaniu kurczów stopniowo znikają. Do kurczów niestałych zaliczyć należy przykurczenie mięśni karkowych, zespastyczny, leniwe oddziaływanie i nierówność źrenic, kurcze mięśni twarzowych mimicznych, t. z. twarz tężyczkowa (usta karpie — Karpmund).

Dalej opisane są kurcze pewnych mięśni gładkich: zwieraczy pęcherza (ischuria paradoxa), odbytnicy (meteorismus), mięśnia sercowego (tęzec serca z nagłą nieraz śmiercią — Ibrahim).

W postaci utajonej tężyczki pewną usługę oddać nam może t. z. objaw Trousseau'a: występowanie mianowicie opisanych kurczów charakterystycznych ze strony kończyn pod wpływem ucisku wywieranego na naczynia krwionośne lub odpowiednie pnie nerwowe.

Do kurczów pochodzenia spazmofilowego zaliczam też i kurcze odźwiernika (pylorospasmus).

Wielu autorów nie uznaje kurczu odźwiernika za objaw spazmofilji, występuje bowiem bardzo wczesnie w pierwszych niemal dniach i tygodniach życia. Że czynnik ten nie może być brany w rachubę do ustalenia pochodzenia sprawy, najlepszym dowodem służą zdarzające się nieraz przypadki tężyczki noworodków pochodzenia spazmofilowego (Rosenstern, Higier, Kehrer*). Zresztą kurcze odźwiernika z objawami tężyczkowymi spostrzegane były u osesków przez Bendix'a i Munro'a.

Objawy kurczu odźwiernika manifestują się stałymi wymiotami (wymioty dużymi kłaczkami, kwaśnymi) przy dobrem łaknieniu, zaparciem stolca, skąpem wydzieleniem moczu, wzdęciem (Vorwölbung) okolicy nadbrzuszej i zapadnięciem podbrzuszej. Przez powłoki brzuszne widać ruchy robaczkowe żołądka, zdążające w kierunku przeszkody. Odźwiernik daje się czasami wymacywać w postaci okrągłego twardego guziczka. Wcześniej lub później występują objawy wyniszczenia (inanitio). Przypadki jednakże samowyleczenia nie należą wcale do rzadkości.

Przebieg. Spazmofilia ujawnia się najczęściej w drugiej połowie pierwszego roku życia, wzrasta stopniowo co do natężenia i częstości poszczególnych napadów i osiąga swego maximum w końcu pierwszego roku życia. W drugim roku życia częstość napadów stopniowo się zmniejsza, w 3-im zaś napady już rzadko występują. Tyczy się to głównie rzucawki i kurczu głośni. Wyjątkowo jednak spostrzegano te ostatnie i później, bo pomiędzy 3 — 6, a nawet i w 8 roku życia. Początek kurczu odźwiernika sięga pierwszych niemal dni życia. Tężyczka dziecięca ma zwykle przebieg ostry i kończy się wyzdrowieniem w przeciągu kilku tygodni lub miesięcy. Znane są jednak i przypadki kilkoletniego trwania sprawy. Największa ilość napadów tężyczki przypada na 1 i 2-gi rok życia.

*) U zwierząt nowonarodzonych z matek dotkniętych tężyczką stwierdzono nieraz objawy utajonej tężyczki (Iselin.) Phleps stwierdził u dziecka nowonarodzonego objawy mechanicznej i galwanicznej nadwrażliwości.

Ilość i częstość napadów kurczowych bywają różne od jednego do kilku, a nieraz do kilkunastu w ciągu krótszego lub dłuższego okresu czasu (w ciągu jednego lub paru dni, lub kilku tygodni). Napady rzucawkowe występować mogą w b. krótkich odstępach, czasem w bardzo znacznej ilości (status eclampticus).

Z ustaniem napadów kurczowych nie zawsze ustają wszystkie objawy spazmofilji. Spostrzegać się ona daje w postaci utajonej nieraz nawet u osobników dorosłych.

Spostrzeżenia kliniczne pouczają nas, że na ten lub ów przebieg spazmofilji pewien wpływ wywierają nieraz niektóre czynniki zakaźne. Pod wpływem np. pewnych spraw zakaźnych pobudliwość elektryczna znacznie się nieraz zmniejsza, a niekiedy nawet dochodzi zupełnie do normy. Po przejściu zaś sprawy zakaźnej pobudliwość na nowo wzrasta. Wogóle zaś sprawy zakaźne wpływają na spazmofilję niepomysłnie. Ta ostatnia znów—niepomysłny wpływ wywiera na samą sprawę zakaźną, czyniąc przebieg jej bardziej ciężkim*).

Szczególnie zaś źle znoszony bywa przez dzieci spazmofilowe koklusz. Wermstedt'owi udało się stwierdzić w przebiegu kokluszki pewną równoległość pomiędzy natężeniem tegoż a stopniem pobudliwości galwanicznej. Dodajmy jeszcze tutaj, że u dzieci spazmofilowych kaszel influencyjny staje się niekiedy zupełnie podobnym do kokluszowego.

Niezmiernie zły wpływ wywierają na dzieci spazmofilowe wszelkie zabiegi napotne, jak kąpiele, zawijanie w koce.

Co się tyczy **rozpoznania** spazmofilji, opierać się ono winno głównie na stwierdzeniu nadwrażliwości nerwów obwodowych. W praktyce prywatnej badanie galwaniczne nie zawsze daje się przeprowadzić, musimy zatem poprzestać na badaniu pobudliwości mechanicznej, posiłkując się w celu tym objawem n. twarżowego (objaw Chvostek'a) oraz objawem strzałkowym Lust'a, a mniej już objawem Trousseau'a gdyż wywoływanie go może sprawić dziecku silny ból i połączone bywa z niebezpieczeństwem wybuchu napadu kurczu głośni lub rzucawki.

Rozpoznanie różniczkowe charakteru kurczu głośni napotkać może na pewne trudności w stosunku do cierpień organicznych mózgu oraz do t. z. kurczów ze złości powstałych u dzieci krnąbrnych (kapryśnych, Wutkrämpfe).

Przy cierpieniach organicznych klinicznie stwierdzić się dają objawy opuszkowe lub rzekomoopuszkowe. A często też napady kurczów głośni pochodzenia organicznego mają cechy typowych padaczkowych.

Kurcze ze złości powstałe (Wutkrämpfe), manifestują się również nagłą przerwą w akcie oddechowym, różnią się wszakże od kurczu głośni pochodzenia spazmofilowego przedewszystkiem tem, że występują u dzieci starszych, pomiędzy 2 — 4 rokiem życia, że napad może być wstrzymany przez odpowiednie skarcenie dziecka i że przez odpowiednie wychowanie dziecka można wogóle dojść do zupełnego ustania napadów. Przepowiednia bywa tutaj wogóle lepszą, zresztą kwestję różniczkową rozstrzyga obecność lub brak objawów spazmofilowych.

Dość znaczne nieraz trudności nastęrcza rozpoznanie różniczkowe rzucawki od padaczki samoistnej oraz od zbroczeń układu nerwowego pochodzenia organicznego.

*) Sprawozdawca spostrzegł bardzo burzliwy przebieg tyfusu i szkarlatyny u dzieci spazmofilowych.

Kwestję cierpienia niemowląt na padaczkę samoistną rozstrzygnięto w sensie dodatnim. Z pośród niemowląt dotkniętych drgawkami, u 10⁰/o drgawki stanowią objaw wczesnej padaczki. Różnicę pomiędzy rzucawką a padaczką upatrują w tem, że ostatnia mniej bywa zależną od sposobu odżywiania dziecka, od pory roku, że napady padaczki nie trzymają się ściśle pewnych okresów wieku, właściwych rzucawce, że padaczka występować może w b. wczesnych okresach życia, niemal w pierwszych miesiącach życia, i trwać może przez cały okres wieku dziecięcego, a nawet i później, przyjmując często z biegiem czasu coraz groźniejszy charakter. Jako główny objaw różniczkowy i tu uważany bywa brak w padaczce nadwrażliwości układu nerwowego. Mniejsze już znaczenie rozpoznawcze może mieć brak w rzucawce snu po napadzie drgawkowym, brak piany z ust i skaleczenia języka podczas napadu.

W celu odróżnienia drgawek czynnościowych od drgawek pochodzenia organicznego bierzemy pod uwagę ich umiejscowienie: drgawki jednostronne, lub drgawki pewnych tylko grup mięśniowych przemawiają najczęściej za pochodzeniem organicznym; dalej przy różniczkowaniu spraw zapalnych kierujemy się stanem ciemności, ciepłoty, wiekiem dziecka, sposobem odżywiania, porą roku, obecnością lub brakiem objawów spazmofilji, a w przypadkach wątpliwych także i wynikiem badania dna oka oraz płynu mózgowordzeniowego.

Rozpoznanie tężyczki jawnej nie nastęrcza zazwyczaj trudności. W przypadkach tężyczki ze skurczem mięśni karkowych, zezem, objawami ze strony źrenic, sprawą pomiędzy spazmofilją a zapaleniem opon mózgowych rozstrzyga zachowanie się pobudliwości układu nerwowego wobec bodźców mechanicznych i galwanicznych, oraz wyniki badania płynu mózgowo-rdzeniowego*).

Niedodma płucna często powstająca przy długotrwałej tężyczce oskrzelowej dać może powód do mylnego rozpoznania nacieku zapalnego. Sprawę rozstrzyga w tych razach roentgenoskopja: przy tym ostatnim mamy ostro-organiczny cień nacieku, w niedodmie zaś cień rozlewający się w tkankę otaczającą.

R o k o w a n i e. Na spazmofilję zapatrywać się należy, jako na sprawę poważną. Śmierć w napadach kurczowych, powodujących zaburzenia oddechow, zwłaszcza śmierć w napadzie kurczu głośni nie należy do rzadkości, przypuszczalnie skutkiem tężyczki serca. Śmiertelne zejście spostrzegamy nieraz u spazmofilików po przepełnieniu żołądka, po zabiegach badawczych, rękoczynach hydropatycznych (zawijanie w koce w celu wywołania potów).

Pozatem liczyć się trzeba z rozmaitymi innymi czynnikami i następstwami: z możliwymi zaburzeniami troficznymi (zaćma), z małą odpornością spazmofilików przeciwko sprawom infekcyjnym (nagła śmierć podczas napadu kaszlu koklusowego), z neuropatją, niedołęstwem umysłowem i wreszcie z niezdolnością do życia dłuższego.

Z pośród pewnej ilości dzieci starszych dotkniętych spazmofilją tylko 33⁰/o można było zaliczyć do normalnych. Reszta zdradzała objawy neuropatyczne: bóle głowy, mimowolne moczenie (enuresis), tic, jąkanie się, pewne braki w inteligencji; większość nauczyła się mówić po 2, a nawet po 4 — 5 roku życia.

*) W jednym przypadku tężyczki na zasadzie odmiennego zachowania się nerwów obwodowych wobec prądu galwanicznego (brak skurczu po otwarciu anody, wystąpienie skurczu tężcowego po zamknięciu anody przy 0, 6 M. A.) Lust przypuszcza inny czynnik etjologiczny, niż w spazmofilji zwykłej.

Wobec tego, że rokowanie w padaczce o wiele jest gorsze niż w rzucawce, bardzo ważną jest ściśle rozpoznanie, co należy do rzeczy wcale nie tak łatwych.

L e c z e n i e. Z pośród metod leczniczych, stosowanych w spazmofilji, odróżniamy: djetetyczno-hygieniczną, farmakodynamiczną oraz biologiczną resp. organo — i seroterapeutyczną.

Mówiliśmy już wyżej, iż wielu poważnych klinicystów główną winę w powstawaniu spazmofilji przypisuje odżywianiu sztucznemu, a zwłaszcza mlekiem krowiem. Otóż leczenie djetetyczne przez autorów tych wysunięte zostało na pierwszy plan.

Najwłaściwszym środkiem odżywczym w wieku oseskowym zawsze było i pozostanie mleko kobiece. Wśród dzieci piersią karmionych rzadko kiedy spotykamy się ze spazmofilją. To też w celach profilaktycznych mleko kobiece nie da się niczem zastąpić. Tam gdzie fizjologiczny pokarm ten musi być zastąpiony przez odżywianie sztuczne, objawy spazmofilji, a zwłaszcza spazmofilji jawnej, usunąć się dają przez zmianę przynajmniej na czas pewien przetworów mlecznych na inne substancje odżywcze. Zalecone są w tych razach przetwory mączne w postaci kleików gęstawych, dostatecznie ocukrzonych. W celu uniknięcia zaburzeń, powstających przy wyłącznym odżywianiu przetworami mącznymi, zaleca się djetę mieszaną: zaprawianie zup tłuszczami (zwłaszcza masłem) i białkowymi substancjami (białkiem z jajkiem, mięsem, kazeiną) zaleca się też podawanie jarzyn, owoców. W razie zaburzeń przewodu pokarmowego jarzyny i owoce mogą być podawane jedynie w postaci wyciśniętego soku. Raabe nie obawia się dawać niemowlętom, o ile tylko dobrze trawią, kiełbasy wieprzowej niewędzonej (Mettwurst) jabłka surowego, twarogu. Odżywianie wszakże bezmleczne nie powinno trwać długo. Po upływie 1^{1/2} najwyżej 2 tygodni ostrożnie przejść należy do potraw mlecznych. Thiemich zaleca djetę mleczno-mączną ze znacznym ograniczeniem ilości mleka. Pamiętać należy, że lepiej dzieci nie dokarmiać, niż tuczyć. Wyjątek pod tym względem stanowią będą dzieci spazmofilowe, wyniszczone skutkiem chronicznego cierpienia przewodu pokarmowego. W tych razach cała uwaga nasza powinna być skierowana na poprawienie odżywiania. Dodamy jeszcze, że pożyteczniej jest podawać mleko surowe niż gotowane.

O wpływie dobroczynnym czynników higienicznych, jak świeże powietrze, światło, odpowiednie mieszkanie, i inne, rozwodzić się chyba nie potrzebuję.

Co się tyczy środków farmakologicznych, to ponieważ za bezpośrednią przyczynę nadwrażliwości układu nerwowego uważany jest brak wapnia w tkankach ustrojowych, względnie w układzie nerwowym, wielu autorów upatruje w dostarczaniu brakujących ustrojowi soli wapniowych leczenie etjologiczne, eo ipso i najracjonalniejsze.

Wbrew zdania Falta'y i Kahn'a, kwestjonujących skuteczność działania dostarczonego ustrojowi wapnia, a to skutkiem zasadniczego jakoby cierpienia, polegającego na wadliwym przyswajaniu wapnia przez ustrój spazmofilowy, większość autorów (z Sabathini'm*) Mac-Collum'em, Voegtlin'em, Curschmann'em na czele, na zasadzie licznych spostrzeżeń klinicznych i doświadczeń uważa, że sole wapnia oddają nam w pewnych przynajmniej przypadkach spazmofilji niewątpliwie usługi

*) Włoscy lekarze stwierdzili, że po pozbawieniu kory mózgowej wapnia, za pomocą kwasu szczawiowego, pobudliwość jej się zwiększa, zmniejsza się natomiast po traktowaniu jej rozczykami soli wapniowych.

dobrze. Zdania tylko różnych autorów nie są jeszcze ustalone co do własności leczniczych wapnia. Gdy jedni (Loeb Biedl) przypisują mu własności jedynie przeciwkurczowe, inni (Curschmann) upatrują w nim jeszcze i własności odżywcze. Według Goepfert'a sole wapniowe posiadają własności odurzające (Beteubungsmittel)—Chiari i Januschke przypisują im własności zmniejszania przepuszczalności ścianek naczyń krwionośnych, Gulecke zaś działanie alkalizujące na krew a przeto i niszczące na krążącą w niej adrenalinę. Również odnośnie stosowania tych lub owych związków chemicznych oraz dawkowania przetworów wapniowych nic pewnego jeszcze się nie da powiedzieć. Blüdnorn w klinice Goepfert'a zachwala calcium chloratum siccum (Ca Cl 2) non crystallisatum w dawkach dla osesków 4—8 gr. na dobę, a na czas dłuższy 2—3 gr. dziennie. Cytrynian wapnia działa jakoby względnie najslabiej (według tegoż autora) Curschmann'owi znów dobre usługi oddaje mleczan wapnia Grünfelder znów chętnie stosuje bromek wapnia (dosis 0,18 — 0,26. Zaznaczyć należy, że z pośród wszystkich preparatów wapniowych chlorek najłatwiej ulega wessaniu i nie wywiera żadnych ubocznych działań, że nawet niezbyt przewodu pokarmowego nie stanowi przeciwwskazania do stosowania tego przetworu.

Co się tyczy fosforu cieszącego się oddawną uznaniem w leczeniu kurczów dziecięcych, to ten i obecnie chętnie stosowany jest w leczeniu spazmofilji jednocześnie z tranem rybim. Działanie pomyślne fosforu przypisują niektórzy własności tegoż zatrzymywania w ustroju soli wapniowych.

A teraz co do modnego dziś leczenia biologicznego słów parę.

Doświadczenia stwierdziły, że gruczoły przytarczowe bądź z tego samego zwierzęcia bądź z innych zwierząt mogą być wszczepiane w powięź lub mięśnie bez utraty ze strony hormonu przytarczowego fizjologicznych swych własności. Próby usuwania przypadłości, jakie powstawały po nsunięciu gruczołów przytarczowych przez wszczepianie zwierzętom narządów tych, dawały jakoby wyniki pomyślne (Eiselsberg, Denielson, Landois i inni). Nie upoważnia to nas jednak jeszcze do mówienia o właściwości zabiegów tych i u dzieci, u których wszczepianie gruczołów przytarczowych homologicznych z łatwo zrozumiałych powodów nie zawsze da się skutecznym. A czy gruczoły zwierzęce będą w stanie czynnościowo zastąpić ludzkie, przyszłość dopiero pokazać może. Bolten stosował w spazmofilji świeży sok gruczołów przytarczowych bydlęcych przez odbytnicę jakoby z dobrym skutkiem. O pomyślnym wpływie leczniczym wszczepiania gruczołów obcych udziałem dotkniętym ciężką wspomina Higier. Pool szczepił z wynikiem pomyślnym gruczoły przytarczowe ludzkie świeżych jeszcze trupów, Eiselsberg zaleca szczepienie gruczołów przytarczowych noworodków, zmarłych intra partum.

Co się tyczy prób leczenia spazmofilji przetworami z gruczołu tarczowego i grasicy, to te ponieważ są dotychczas b. skąpe, pomijam zupełnie. A zresztą wzajemne oddziaływanie wszak odnośnych gruczołów nie zostało dotychczas należyście wyjaśnione.

Co się tyczy seroterapii, to dotychczasowe próby nie wyszły jeszcze z poza granic badań doświadczalnych. Surowicą psów, pozbawionych gruczołów przytarczowych, otrzymaną podczas najostrzejszych objawów ciężczkowych, uodporniano inne zwierzęta—króliki i owce. Surowice zaś uodpornionych tych zwierząt w dawkach 9—15 ccm. stosowano u psów ciężczkowych jakoby ze skutkiem pomyślnym.

Czy seroterapia okaże się skuteczną i w terapii ludzkiej, na razie przesądzać trudno. Biedl'owi nie udało się ani czynnie ani biernie uodpornić zwierząt tego rodzaju surowicą.

Pomijając tutaj leczenie samych napadów kurczowych, jako zbyt dobrze znane, zaznaczę tylko, że możliwie unikać należy wszystkiego, co zbyt drażni dziecko spazmofilowe. Pamiętać należy, że spazmofilowe dzieci źle znoszą zabiegi stosowane w celu wywoływania potów, unikać zaś szczególnie należy zawijania w koce. Unikać też należy stosowania rozczynów solnych. O ile możliwości unikać także należy badań upośledzających akt oddechowy, gdyż mogą się one przyczynić do wybuchu kurczu głosi.

Tyle w ogólnych zarysach o zabiegach leczniczych.

Czy zabiegi te doprowadzić mogą do zupełnego wyleczenia, kwestja nie jest rozstrzygnięta.

Za zupełnie uleczony uważany zazwyczaj bywa ustrój, nie reagujący nadal na zwykłe codzienne niemal bodźce, a sprzyjające wyzwaniu się objawów spazmofilowych (mleko krowie, pory roku, bodźce zakaźne i inne).

Zgodnie ze zdaniem Potpeschingg'a sprawozdawca skłonny jest do przypuszczenia, że o wyleczeniu zupełnem, w sensie restitutionis ad integrum mowy być nie może. O zboczeniach u większości osobników, które w niemowlęctwie dotknięte były spazmofilją, wspominałem już wyżej. Zaznaczę jeszcze, że pewna nadwrażliwość układu nerwowego pozostaje nieraz na życie całe, a jeżeli nie manifestuje się ona pod wpływem codziennych bodźców, to tylko dzięki powstałym z biegiem czasu czynnikom, umożliwiającym poniekąd przystosowanie się układu nerwowego do tych bodźców. Nadwrażliwość wszakże zmanifestować się może w każdym prawie okresie życia w postaci tych lub owych objawów, bądź ze strony układu ruchowego, czuciowego, bądź zmysłowego, bądź wreszcie wegetacyjnego pod wpływem innych niezwykłych bodźców, zarówno moralnych jak i fizycznych.

Od stopnia wrażliwości układu nerwowego, zależy zapewne poczęści i różnaitość zachowania się różnych ustrojów wobec bodźców jednakowych, różnaitość obrazów klinicznych u rozmaitych osobników.

To też nie można się zgodzić z Mann'em, który, opierając się na czterech zaledwie przypadkach, notabene bez dostatecznie zanalizowanych danych anamnestycznych, uważa za możliwe zachorowanie osobników dorosłych uprzednio zupełnie jakoby zdrowych, na spazmofilję pod wpływem urazu cielesnego (spasmophilia adultorum). Osobniki takie uważać należy za dotknięte skazą kurczową od samego już niemowlęctwa.

Pomiędzy spazmofilją dziecięcą a spazmofilją dorosłych zachodzić może różnica tylko ilościowa.

Piśmiennictwo.

Bauer: Die Biologie der Milch. Ergebnisse der inneren Medizin und Kinderheilkunde V Bd. 1910.

Bendix: Spasmophilie. Eulenburs Real-Encyklopädie IV Auflage Bd. XIII.

Biedl: Innere Sekretion. 1 Teil. 2 Auflage, 1913.

Binswanger: Die Abderhalden'sche Seroreaktion bei Epilepsie. Munch. Med. Wochenschr. 1913.

Birk: Ueber die Anfänge der kindlichen Epilepsie. Ergebnisse der inneren Medizin und Kinderheilkunde III Bd. 1909.

Tenze: Die Prognose der Kinderkrämpfe. Zeitschr. für ärztliche Fortbildung. 1913.

Tenze: Leitfaden der Säuglingskrankheit. 1914.

Bluhdorn: Untersuchungen über die therapeutisch wirksame Dosierung von Kalksalzen mit besonderer Berücksichtigung der Spasmophilie.. Berliner klin. Wochenschr. 1913 № 23.

Calvary: Die Bedeutung des Zuckers in der Säuglingsnahrung. Ergebnisse der inneren Medizin und Kinderheilkunde Bd. X 1913.

Cruchet: Considerations cliniques sur le tétanos et la tétanie, spécialement chez l'enfant. La pathologie infantile. Aout 1912.

Curschmann: Cerebrale Syndrome der Tetanie und die Calciumtherapie. Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde. 45 Bd.

Tenze: Ueber Calciumtherapie bei Tetanus und Epilepsie. Die VI Jahresversammlung der Gesellschaft deutscher Nervenärzte in Hamburg 1912. Zeitschr. für ärztl. Fortbildung 1913.

Tenze: Die Tetanie der Säuglinge. Handbuch der inneren Medizin. Mohr und Stachelin V Bd. 1912.

Tenze: Zur Frage der Bronchotetanie der Erwachsenen und ihre Behandlung mit Calcium, Münch. Med. Woch. 1914.

Czerny. Die Bedeutung der Konstitution für die Klinik der kindlichen Infektionskrankheiten. Zeitschr. für ärztl. Fortbildung 1913.

Falta: Erkrankung der Drüsen mit innerer Sekretion. Handbuch der inneren Medizin. Mohr und Stachelin IV Bd. 1912.

Falta und Kahn: Klinische Studien über Tetanie mit besonderer Berücksichtigung des vegetativen Nervensystems. Zeitschr. für klinische Medizin Bd. 74 H. 1 u 2.

Funk: O djecie i djetycznym leczeniu ze stanowiska nauki o witaminach. Ref. Med. i Kron. Lek. 1913.

Guleke: Experimentelle Untersuchungen über Tetanie. Ref. Zeitschrift f. ärztl. Fortbildung 1911.

Higier: Vegetative und viscerale Neurologie. Ergebnisse der Neurologie und Psychiatrie 2 B. 1 H.

Tenze: Przyczynek do rozpoznania różniczkowego rzadkich postaci kurczów tonicznych wieku dziecięcego. Medycyna i Kron. Lek. 1914.

Janet E. Lane-Clayton: Ueber den Wert der gekochten Milch als Nahrung für Säuglinge und junge Tiere. Ergebnisse der inneren Medizin und Kinderheilkunde Bd. X 1913.

Ibrahim: Die Pylorusstenose der Säuglinge. Ergebnisse der inneren Medizin Bd. 1 1908.

Tenze: Ueber Tetanie der Sphinkteren, der glatten Muskeln der Herzens bei Säuglingen. Jahresbericht für Kinderheilkunde Bd. 72, der dritten Folge 22 Bd. Heft 3 (1910). Münchener Gesellschaft für Kinderheilkunde.

Tenze: Ueber respiratorische Affektkrämpfe im frühen Kindesalter (das sogenannte „Weg-bleiben der Kinder“). Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie Bd. V H. 3 1911.

Kehrer: Ueber Tetanie Neugeborener. Jahrbuch für Kinderheilkunde und physische Erziehung. Bd. 77 der dritten Folge 27 Bd. H. 6.

Kramsztyk Stefan: W sprawie skaz ustrojowych w wieku dziecięcym. Nowiny Lekarskie 1913.

Nandois: Die Epithelkörperchen. Ergebnisse der Chirurgie und Orthopaedie 1 Bd.

Łapinski: K woprosu o roli spinnaho mozga w epilepticzeskich sudorogach. Wracz. Gaz. 1913.

Lewkowicz: Zaburzenia odżywiania u niemowląt. Przegl. Lek. № 19, 20 1914.

Loew: Ueber die Form des Kalks im Blute. Münch. Med. Wochenschr. 1914.

Lust: Ueber den Einfluss der Alkalien auf die Auslösung spasmophiler Zustände. Münch. Med. Wochenschr. 1913.

Mann: Ueber traumatische Entstehung spasmophiler Zustände. Neurol. Centralblatt № 19 1913.

Marie i Foix: Odruchy automatyzmu rdzeniowego i t. z. odruchy „obronne”. Objaw kurczenia kończyny. Ref. Gaz. Lek. 1913.

Markuzon: Iz Moskowskaho obszczestwa borby s dietskajoj smertnostju. Wracz. Gez. 1914 № 15.

Phleps: Die Tetanie. Handbuch der Neurologie. Lewandowsky IV Band.

Pineles: Tetanie. Lehrbuch der Nervenkrankheiten. Curschmann 1909.

Piotrowski: O padaczce. Nowiny Lekarskie 1913.

Raabe: Ueber die Durchführung einer milchlosen Kost bei spasmophilie (Krampfbereitschaft). Therapeutische Monatsschrift Mai 1912.

Redlich: Tetanie und Epilepsie. Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie Bd. XXX.

Rosenstern: Die spasmophile Diathese und ihre Behandlung. Zeitschr. für ärztliche Fortbildung 1913.

Rudinger: Physiologie und Pathologie der Epithelkörperchen. Ergebnisse der inneren Medizin und Kinderheilkunde Bd. 11 1908.

Salge: Einführung in die moderne Kinderheilkunde.

Simchowicz: Badania doświadczalne nad zwierzętami w układzie nerwowym w zależności od gruczołów z wydzieliną wewnętrzną. Sprawozdanie z posiedzeń Towarzystwa naukowego Warszaw. 1912 r. V zeszyt 9.

Söderbergh: Ueber Pseudotetanus myxoedematoides. Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie. Bd. XXXII Heft 5.

Stoeltzner: Ueber Kinderkrämpfe und ihre Behandlung. Zeitschr. für ärztliche Fortbildung 1912.

Tenże: W sprawie zaćmy w przebiegu tężyczki (Tetaniekatarakt). Ref. w Przeglądzie Pedjatrycznym Tom VI zeszyt III 1914.

Thorspecken: Die Krämpfe der kleinen Kinder (Spasmophilie). Beihefte zur medizinischen Klinik 1913.

Thiemich: Funktionelle Erkrankung des Nervensystems. Handbuch Kinderkrankheiten Pfaundler in Schlossmann Bd. 11 Hälfte II.

Tenże: Die Bedeutung einer geordneten Säuglings und Kleinkinderfürsorge

für die Verhütung von Epilepsie, Idiotie und Psychopatie. Münch. Med. Wochenschr. 1910.

Uffenheimer: Physiologie des Magen-Darmkanales beim Säugling und älteren Kind. Ergebnisse der inneren Medizin und Kinderheilkunde II Bd. 1008.

Vogt: Rachitis, Osteomalacie. Exsudative Diathese. Handbuch der inneren Medizin, Mohr und Stachelin Bd. IV 1912.

Weichardt: Ueber Anaphylaxie (Ueberempfindlichkeit) im Lichte moderner eiweisschemischer Betrachtungsweisen. Würzburger Abhandlungen aus dem Gesamtgebiet der praktischen Medizin 1910.

Westphal: Komplikation von Tetanie mit Hysterie oder hysterische pseudotetanie? Sitzungsberichte der Niederrhein. Gesellsch. für Natur und Heilkunde in Bonn Mediz. Abteilung 13 Mai 1912.

Witzingen: Ein Beitrag zur Klinik des Pseudotetanus Escherich. Zeitschr. für Kinderheilkunde Band V Heft 6 1913.

Następnie dr. L. Wiśniewski (z Jadowa, gub. Warszawska) odczytał pracę p. n.

Dlaczego lud prosty dotąd zamało się leczy?

Aczkolwiek w ostatnich czasach lud wiejski coraz chętniej szuka racjonalnej pomocy lekarskiej, lecz jeszcze bardzo daleko do tego, jakby mogło być i jak powinno być. Różne przyczyny na to się składają. Ponieważ na niektóre z nich choć nie bezpośredni, to przynajmniej pośredni wpływ my, lekarze, mieć możemy, przeto ośmielam się na krótką chwilę zająć uwagę Szanown. Kolegów tym przedmiotem.

Z góry przepraszam, że z pewnością powiem rzeczy powszechnie znane, sed quid novi sub luna?

I. Naczelne miejsce pomiędzy rzeczonemi przyczynami zajmuje niski stopień oświaty ludowej. Chłop, mało rozwinięty umysłowo, za dużo żąda od medycyny; zdaje mu się, że na każdą chorobę powinno być skuteczne lekarstwo; zrażają go te wypadki, gdzie leczenie nasze jest bezsilne, i przeto często zaniedbuje takie choroby, w których lekarz byłby w stanie mu pomóc.

Często także nieoświecony wieśniak uważając tylko ból za chorobę, nie zdaje sobie sprawy ze swego stanu zdrowia i dopiero wtedy zwraca się do lekarza, kiedy naprawdę wszelki ratunek jest spóźniony. Naprz., jakże często się zdarza, że matka pierwszy raz, wyraźnie pierwszy raz, przyprowadzając córkę do lekarza, żąda jakiego środka od zatrzymania się miesiączki, gdy tymczasem badanie wykazuje daleko posunięte zmiany gruźlicze w płucach albo nawet końcowe stadjum suchot! Że ta biedna dziewczyna od dłuższego już czasu nie miała łaknienia, traciła siły, kaszlała, ale nie kładła się do łóżka i nawet potrosze pracowała i na ból nie narzekała, to nikt z otoczenia nie uważał jej za istotnie chorą. W inteligentnej sferze przecież takie rzeczy się nie dzieją.

Albo czyż nie wytrzymałością tylko chłopca na ból możemy sobie wytłumażyć te wypadki, kiedy on się zjawia do nas z kolosalną flegmoną, która trwa już nieraz kilka tygodni i zajmuje wielką, nie do uwierzenia, przestrzeń? W oświeconych warstwach, w których, nawiasem mówiąc, skutkiem przestrzegania czystości skóry flegmon wogóle jest mało, nigdy, naturalnie, nie dopuszcza się do rozległych procesów ropnych.

Dalej, ciemny chłop, jak wogóle człowiek pierwotny, jest fatalistą, wierzy, że przeznaczenia swego nie uniknie, że „od śmierci doktora niema”, więc znosi cierpliwie swoją chorobę, o ile ból nie jest zbyt dotkliwy.

II. Drugą przyczynę niedostatecznego leczenia się ludu jest często niedostępna, zbyt droga pomoc lekarska. W naszym kraju zaludnienie na prowincji jest tak gęste, że lekarzy prowincjonalnych mamy za mało. Ileż to możnaby naliczyć takich miejscowości w Królestwie, skąd do najbliższego lekarza jest 3 mile? Przy najskromniejszych wymaganiach ze strony lekarza, czyż chłop może go wezwać tyle razy, ile przebieg choroby tego wymaga? Ani kieszeń chłopą, zwykle obdłużona, ani środki lokomocji (przy przysłowiowych naszych drogach polskich) na to mu nie pozwolą.

Szczególnie jaskrawo zjawisko niedostatecznej pomocy lekarskiej występuje w przypadkach akuszeryjnych. Wyobraźmy sobie rodzącą kobietę na wsi. Położenie płodu, dajmy nato, poprzeczne lub zagrażający życiu krwotok wskutek łożyska przodującego, lub krwotok po porodzie skutkiem nieodejścia łożyska — a do lekarza kilkanaście wiorst. Przecież we wszystkich tych wypadkach *periculum in mora*, i śmierć musi zbierać żniwo, bo pomoc lekarska niedostępna.

Nie podobna tu także nie wspomnieć o nikłej liczbie dobrych i wyszkolonych akuserek, mieszkających na wsi. Jakie to skutki dla zdrowia rodzących pociąga za sobą ten fakt, my, lekarze, dobrze wiemy. Mam tu na myśli te wszystkie zakażenia połogowe, które są wywoływane brudem rąk babek samouczek, obsługujących rodzące kobiety.

Dobra akuszerka obok głównego swego zadania-prowadzenia aseptycznego porodu, może nawet niekiedy zastąpić lekarza, może zrobić obrót, wyjąć łożysko, jeżeli jest tego potrzeba lub dokończyć poronienia.

Mówimy, że akuserek na wsi mamy mało, a znów bardzo często, nawet przeważnie, te, które mieszkają, nie mają utrzymania, czasem po prostu umierają z głodu, bo włościanka, skutkiem swej ciemnoty, woli wezwać do porodu samouczkę, niż obeznaną z aseptyką akuszerkę, gdyż ta pierwsza jest tańsza, mniej wymagająca, bliżej mieszka i wykonywa różne pożyteczne czynności, choć nie mające nic wspólnego z położnictwem: jak pranie bielizny, sprzątanie izby, gotowanie etc. Postęp w tym kierunku idzie iście żółwim krokiem, a niekiedy ma się wrażenie, że żadnego postępu niema. Niepodobna nawet przekonać wieśniaczki, że i do normalnego porodu powinna być wezwana akuszerka. Odległa to jeszcze przyszłość, kiedy pod omawianym względem zapanują u nas takie stosunki, jak w krajach oświeconych, a tymczasem nasze włościanki będą umierały podczas porodów z braku pomocy lekarskiej lub po porodzie z zakażeń połogowych.

III. Trzecia przyczyna, która nam tłumaczy, dlaczego lud jeszcze zamało się leczy, jest wogóle brak z jego strony zaufania do inteligencji. Choć ze zjawiskiem tem względnie nie tak często się spotykamy, jak dawniej, jednak lud jeszcze stroni od surdutowców i chętniej wierzy osobnikom, pochodzącym z jego sfery. Tu tkwi, między innymi, źródło powodzenia znachorów, owczarów, feiczerów i t. p.

Czy naprawdę można się temu dziwić, że chłop niezupełnie wierzy inteligencji? Przecież wielowiekowa niewola, w której żył lud, nie mogła nie wyrobić w nim podejrzliwości względem t. zw. panów. Te kilka dziesiątków lat, które upłynęły od zniesienia pańszczyzny, stanowią zbyt mały przeciąg czasu, aby się dawne

rany zabiłniły — tembardziej, że je rozmyślnie jątrono i starano się o to, iż by zgody pomiędzy dworem a chatą nie było.

IV. Wreszcie fakt, że nie wszyscy lekarze na prowincji stoją na wysokości zadania swego stanowi 4-tą przyczyną niedostatecznego leczenia się ludu.

Choć nie często, ale się zdarza, że lekarze obchodzą się za szorstko z wieśniakiem, zbyt dotkliwie dają mu uczuć jego niższość umysłową, za mało są dla niego wyrozumiali; chłop zaś szczególnie ceni łagodność i szczerotę w obejściu się z nim; łatwiej wtedy wybacza niefortunne wyniki leczenia. Ponadto w fachowym wykształceniu lekarza trafiają się nieraz poważne braki.

Szczegółowo na ten temat była już mowa we wczorajszym świetnie wygłoszonym i pomyślanym odczycie kol. Arnsztejna. Nie mogę jednak wstrzymać się od nadmienia, że lekarze prowincjonalni zamało uprawiają chirurgję. Lekarz bowiem na prowincji powinien, o ile tylko warunki pozwolą, jak najwięcej operować, gdyż wynik jego leczenia jest wtedy namacalny, a przeto pacjent nabiera zaufania do medycyny. Czyż mam wspomnieć, jakie to wielkie moralne zadowolenie dla lekarza prawdziwie pomódz choremu? Będąc zaś tylko skryptorem recept, w wiejskiej praktyce mało się ma po temu sposobności, bo leczyć choroby wewnętrzne u włościan, nie mających ani czasu na długą i konsekwentną kurację, ani nie rozumiejących, że taka kuracja jest nieunikniona, — nie jest rzeczą łatwą. Przysięgam w jakże niewielkiej odsetce przypadków wewnętrznych nasza terapia pomaga!

Ze względu na udział w obecnym zjeździe młodszych kolegów, rozpoczynających swój zawód na wsi, może nie będzie niewłaściwym jeśli wyliczę zabiegi chirurgiczne, które lekarz na prowincji tylko przy udziale felczera i akuszerki może wykonywać, a więc operowanie ropni i flegmon; wyluszczenie guzów niezłośliwych, powierzchownie położonych (kaszaków, tłuszczaków, włókniaków, naczynek); wyluszczenie gruczołów limfatycznych, amputacja palców, amputacja przedramienia i podudzia, plastyczna operacja przy entropion powiek, leczenie dakryocystitis sondowaniem kanałów łzowych, operacja wargi zajęczej, herniotomia przy świeżo uwięźniętej przepuklinie (przed upływem 24 godzin) radykalna operacja hydrocoele, amputacja jąder, aspiracja Potain'em wysięków surowicznych z opłucnej, thoracotomia bez wycięcia żeber (modo Orzeł) lub z rezekcją żeber przy ropotoku opłucnowym, sekwestrotomia przy caries kości, perineoraphia, colporrhaphia, amputatio colli uteri, operacja Linnote, cięcie zwężonego ujścia macicznego wewnętrznego, łyżeczkowanie macicy, usuwanie polipów macicznych.

Oprócz niedostatecznej znajomości chirurgji i znajomości okulistyki pomiędzy lekarzami prowincjonalnymi jest niewystarczająca, stąd płyną wielkie szkody dla odnośnych chorych. Leczenie chorób rogówki, tęczówki i spojówki przeważnie należy do wdzięcznych zadań.

Za mało także lekarze prowincjonalni zajmują się chorobami kobiecemi; dla przykładu tylko zaznaczę, że wielu lekarzy przy krwotokach po poronieniach nie robi skrobania macicy, tak koniecznego, względnie łatwego, a znów bardzo wdzięcznego zabiegu!

Choroby skórne również często źle są leczone, a przecież jakże często mamy z niemi do czynienia. Należy jeszcze wspomnieć, że mikroskop w ręku lekarza prowincjonalnego — rara avis. Oto bardzo pobieżny, rzut oka na przyczyny niedostatecznego leczenia się ludu. Widzimy, że są one tego rodzaju, iż pewien wpływ na ich usunięcie mieć możemy, a jeżeli tak, to powinniśmy dołożyć jak najwię-

szych starań, aby stan rzeczy poprawić. Pamiętajmy bowiem, że interes ludu jest jednocześnie interesem całego narodu, którego przyszłość znajduje się w ścisłej zależności od obywatelskiego uświadomienia warstw ludowych i od ich stanu kulturalnego i ekonomicznego, a przecież straty materialne i moralne, jakie chłop ponosi, jeżeli w niedostatecznej mierze zwalcza największe swoje zło—chorobę — są olbrzymie.

Cóż mamy tedy robić, żeby chłop więcej się leczył? Powinniśmy, koledzy, o ile nam czas i uzdolnienie pozwoli, chwycać się wszelkiej pracy społecznej dla ludu, brać czynny udział w instytucjach kulturalno-ekonomicznych, dopomagać do powstawania szkół, słowem, wszystko to robić, co może podnieść kulturę i oświatę ludu. Dalej, powinniśmy zachęcać kolegów młodszych z miasta do osiedlania się na prowincji, ażeby uprzystępnić pomoc lekarską. Powinniśmy popierać uczciwe i uzdolnione akuszerki, wyjednywać dla nich zapomogi tam, gdzie nie mogą się utrzymać, nakłaniać wieśniaczki do zaprzestania wzywania babek samouczek do porodów, taktownem i nacechowanem **szczerą życzliwością i bezinteresownością** postępowaniem zmniejszać brak zaufania ze strony chłopu do lekarza, jako inteligenta; wreszcie powinniśmy usilnie pracować nad usuwaniem braków w swojej wiedzy, iżbyśmy mogli jak największej liczbie zgłaszających się do nas chorych dać rzetelną pomoc.

Takie postępowanie z jednej strony da nam przedewszystkiem prawdziwe moralne zadowolenie, że wypełniamy sumiennie obowiązki lekarza-obywatela, a z drugiej strony i materialnie opłacać się nam będzie, bo dodatnio wpłynie na rozwój praktyki naszej. Praktyka zaś pomiędzy ludem — jak to już dawno napisał czy powiedział doskonały spostrzegacz dr. Biegański — ma cechę stałości, to jest nie podlega takim wahaniom, jak w innych klasach, gdzie najdrobniejsze — czy prawdziwe, czy rzekome — potknięcie się lekarza ze szczególną lubością bywa wyzyskiwane przez publiczność na jego niekorzyść. Jeżeli lekarz wyrobi sobie dobrą opinię u ludu, to z pewnością łatwo będzie mu ją utrzymać — nawet pomimo nieprzyjaznych warunków.

W dyskusji zabiera głos J. Pełczyński (Radom), by przypomnieć, że omawiana przez prelegenta sprawa przedstawiona jest wyczerpująco w pracach I Zjazdu higienistów w Warszawie przez Biegańskiego, Harusewicza, Rutkowskiego i mówcę. P. proponuje tedy, by nie przedłużać dyskusji na temat dostatecznie znany. — C. Czerwiński (Lublin) jest stanowczym przeciwnikiem wykonywania drobnych ale bezwzględnie aseptycznych zabiegów (pochwowych) przez lekarza prowincjonalnego przy pomocy tylko akuszerki lub felczera, gdyż 1-o sam zabieg rzadko bywa dokonany naprawdę aseptycznie, 2-o warunki praktyki prowincjonalnej nie pozwalają lekarzowi otoczyć chorej dostateczną opieką, 3-o niektóre z wyliczonych przez prelegenta zabiegów są niewykonalne przy pomocy jednej tylko osoby (n. p. colporrhaphia lub amputatio colli uteri).

H. Duchâteau (z Opatowa) nie zgadza się z prelegentem, by braki lekarzy prowincjonalnych były powodem niedostatecznego korzystania ludu z pomocy lekarskiej — przyczyny szukać należy raczaj w małej kulturze ludu.

S. Rechniowski (z Piotrkowa) wykluczyłby z operacji, zaliczonych przez prelegenta do zakresu działalności lekarza prowincjonalnego, wyłuszczenie gruczołów chłonnych na szyi oraz przytoczone już przez Czerwińskiego operacje pochwowe.

St. Bachnicki (z Uściługa) nie dziwi się, że włościanie mało korzystają z pomocy lekarskiej, gdyż pomoc ta jest zbyt droga: w „ziemstwach”, gdzie pomoc jest bezpłatna, na lekarza przypada 10—15 tysięcy chorych i lud zwraca się o pomoc przy lada zaśląbnięciu. Wiara w siły nadprzyrodzone, fatalizm i t. p. jest istotnie bardzo rozpowszechniona i tu oświata dużo zdziałać może. Prowincja nie może jeszcze „wyżywić” lekarzy, dlatego rozsiani są oni zbyt rzadko — samorząd powinien (przez subsydja) umożliwić lekarzowi jego pobyt na prowincji. — Prelegent (L. Wiśniewski) odpowiada, że wyłuszczenie gruczołów limfatycznych, o ile są dostępne i niezbyt liczne, wykonać może lekarz wiejski. *Perineo-et colporrhaphia*, ale pojedyncza (t. j. anterior lub posterior) należy stanowczo do rękoczynów, wykonywanych przez lekarza prowincjonalnego z pomocą tylko akuszerki i felczera. Wogóle starać się należy, by chłop w największej ilości przypadków otrzymał pomoc na miejscu, gdyż wtedy wzrasta zaufanie jego do lekarza. Lekarze miejscy, przyzwyczajeni do „komfortu aseptycznego”, nie mogą pojąć, jak na wsi mogą być wykonywane operacje aseptyczne, a jednak jest to możliwe, skoro tylko lekarz rozumie dobrze, na czym aseptyka polega. — Przewodniczący (E. Wiśniewski) wypowiada zdanie, że operacje — o ile można — powinny być wykonywane w szpitalach, a nie w domu u chorego.

Następny odczyt wygłosił dr. S. Orgelbrand (z Kalisza).

O schorzeniach tętnicy głównej, zależnych od przymiotu*).

W zwięzłym a jasnym wykładzie omówił prelegent umieszczone w nagłówku cierpienia, podkreślając błędy w rozpoznawaniu oraz doniosłe znaczenie właściwego rozpoznania we wczesnych okresach dla prawidłowego leczenia chorych. Wywody swe oparł mówca na przytoczeniu historii chorób i ciekawych rentgenogramów. We wnioskach, stwierdzając nader częsty fakt nieznamomości lub niemożności rozpoznawania przez syfilidologów cierpienie swoistych tętnicy głównej, przebiegających nieraz lata całe skrycie, prelegent określił jako postulat moralny, aby syfilidolog kierował chorych do internistów lub neurologów, którzy ze swej strony powinni częściej badać chorych promieniami Roentgena, a nadewszystko badać krew na odczyn Wassermanna. Ażeby uprzystępnić to badanie szerszym kołom lekarzy, szczególnie prowincjonalnych, prelegent stawia wniosek, aby Zjazd zwrócił się do Tow. Naukowego w Warszawie z wezwaniem, by na podobieństwo instytucji naukowych na Zachodzie Tow. Naukowe Warszawskie rozsyłało na żądanie lekarzom wyjąłowane próbki, a przysłaną przez lekarza krew badało na odczyn Wassermanna po cenie w razie potrzeby niskiej lub nawet darmo, stosownie do uznania lekarza, który krew wysyła. Ułatwienie to stanowiłoby prawdziwy postęp lecznictwa naszego na prowincji.

W dyskusji I. Leyberg (z Łodzi) jest zdania, że prelegent zbyt kategorycznie uszczupla prawo syfilidologa do interwencji w przypadkach późnego przymiotu narządów wewnętrznych. W przypadkach bowiem, gdzie próba Wassermanna wypadła nawet ujemnie, a chory nic o przebyłym przymiocie nie wspomina, nieraz pewne pozostałości na skórze lub błonie śluzowej wyjaśniają sprawę rozpoznania. L. spostrzegł niedawno chorego, leczonego przez internistę w ciągu 4 miesięcy wodą karlsbadzką z powodu uporczywej żółtaczk; chory miał ujemną próbę Wassermanna, zaprzeczał przebycie kiły — typowa jednak blizna na goleni stwierdziła,

*) Pracy S. Orgelbranda nie otrzymano wskutek wyjazdu autora, jako lekarza armji rosyjskiej.

że chory miał trzeciorzędne owrzodzenie; leczenie swoiste usunęło bardzo szybko uporczywą żółtaczkę.

Następnym prelegentem był dr. Kaz. Okuszko (z Częstochowy) na temat:

O leczeniu włóknikowego zapalenia płuc surowicą swoistą.

Zapalenie płuc włóknikowe należy bezsprzecznie do bardzo groźnych chorób ostrych. Zarówno znaczna odsetka śmiertelności, jak i fakt, że zapadają na nie często ludzie w kwiecie wieku, przeważnie mężczyźni — ojcowie rodzin — skłania lekarzy do szukania środków bardziej skutecznych od używanych obecnie w walce z tą chorobą. Stosowane dotychczas w leczeniu włóknikowego zapalenia płuc środki, zarówno nasercowe, jak wykrztuśne, ułatwiają do pewnego stopnia pracę najbardziej zagrożonym narządom, nie wywierają jednak żadnego działania na drobnoustroje, wywołujące chorobę; nie odpowiadają one przeto wymaganiom leczenia przyczynowego, do którego dąży medycyna nowoczesna. To też nic dziwnego, że od czasu zbadania przez Fraenkla w roku 1886 właściwości dwoinki (*pneumococcus lanceolatus*), wykrytej w roku 1883 przez Talamona, zaczęto czynić usiłowania wprowadzenia do leczenia włóknikowego zapalenia płuc swoistych surowic rozmaitego rodzaju. Badania Fraenkla dowiodły, że po przejściu zapalenia płuc włóknikowego powstaje w ustroju ozdowieńców czynna odporność, polegająca na wystąpieniu we krwi ciał ochronnych. Surowica takiej krwi, wstrzyknięta zwierzętom, zabezpiecza je od działania śmiertelnej dawki *pneumococci lanceolati*

Emmerich i Foa dowiedli, że surowica zwierząt, uodpornionych przez martwe pneumokoki, chroni inne zwierzęta od śmierci po zakażeniu ich tymi drobnoustrojami. Można więc było przystąpić do badań klinicznych nad działaniem swoistej surowicy u ludzi. Pierwsze kroki w tym kierunku uczynili bracia Klemperer w roku 1891 — 1892. Za nimi poszli inni. Pane stosował w roku 1898 swoistą surowicę, otrzymywaną z uodpornionych osłów, i otrzymał dobre wyniki. Fanoni i Desarczew potwierdzili wyniki badań Panego. Natomiast Bianti i Pierracini otrzymali wyniki ujemne. W roku 1902 Römer z Würtzburga ogłosił pracę o odporności przeciw „*pneumococcus lanceolatus*”, mając na celu zastosowanie swoistej surowicy pneumokokowej w leczeniu pełzającego owrzodzenia rogówki na tle dwoinki Talamona-Fraenkla. Bardzo dobre wyniki, otrzymane po zastosowaniu tej surowicy w terapii powyższego cierpienia ocznego zarówno przez samego Römera, jak Axenfelda, Krükmana i innych, skłoniły licznych badaczy do prób leczenia surowicą Römera włóknikowego zapalenia płuc.

Zanim zdam sprawę z wyników, otrzymanych przez nich, i zestawię je krytycznie z własnymi spostrzeżeniami, zatrzymam się chwilę nad sposobem otrzymywania i teoretycznym uzasadnieniem działania surowicy pneumokokowej Römera, przygotowanej przez firmę Mercka w Darmsztacie. Sprawa samowyleczenia we włóknikowym zapaleniu płuc przebiega prawdopodobnie w ten sposób, iż w miarę rozwoju choroby we krwi chorego powstaje coraz więcej ciał ochronnych, które przy istnieniu w normalnej surowicy krwi dopełniacza mogą działać niszcząco na bakterje. Nagromadziwszy się w dostatecznej ilości, owe ciała ochronne wywołują nagłą masową bakterjolizę żywych drobnoustrojów, czemu odpowiada przełom, występujący najczęściej jako zejście choroby. W razie niedostatecznego nagromadzenia się ciał ochronnych zdrowienie odbywa się stopniowo (*per lysin*), lub też następuje śmierć, o ile zakażenie było bardzo silne. Śmierć w czasie przełomu

możnaby położyć na karb zatrucia ustroju przez endotoksyny, które znalazły się nagle we krwi wskutek gwałtownej bakterjolyzy i działają trująco na wyczerpane chorobą narządy, głównie zaś serce.

Z tego, cośmy powiedzieli wyżej, wynika, iż, chcąc dopomóc ustrojowi chorego w walce z bakterjami, należałoby wprowadzić do ustroju zewnątrz gotowe ciała ochronne w postaci surowicy bakterjolytycznej, otrzymywanej od zwierząt, uodpornionych za pomocą pneumokoków. Ponieważ *pneumococcus lanceolatus* posiada rozmaite odmiany, przeto zdarza się że ciała ochronne, wytworzone dla jednego szczepu bakterji, nie działają na inne szczepy; żeby więc zapewnić możliwie największą skuteczność działaniu surowicy, należy uodparniać zwierzęta rozmaitymi szczepami. Zdarza się również, że dopełniacz nie łączy się z ciałem ochronnym, wytworzonym w pewnym gatunku zwierząt, natomiast łączy się z takimże ciałem ochronnym, wytworzonym w innym gatunku. W pierwszym przypadku bakterjolyza nie nastąpi, i efekt leczniczy surowicy będzie żaden, podczas gdy w drugim otrzymamy wynik dodatni. Aby możliwie uniknąć niepożądanego efektu, należy brać mieszaninę surowic rozmaitych uodpornionych gatunków zwierząt. Surowica pneumokokowa Römera odpowiada obydwu tym wymaganiom, stanowi bowiem mieszaninę surowic koni, bydła i baranów, uodpornionych rozmaitymi szczepami dwoinek Fraenkla. Działanie jej różni się od działania surowicy błoniczej. Podczas gdy ta ostatnia ma działanie przeciwiadne, surowica Römera jest bakterjobjódca i na jady prawdopodobnie nie działa. Taka surowica odpowiada bardziej charakterowi zapalenia płuc, w którym objawy miejscowe grają większą rolę, niż zatrucie ustroju jadami.

Z powyższego wypływają wnioski następujące:

1) Surowica Römera, jako wieloważna, w dwojakim znaczeniu, działać powinna w znacznej liczbie przypadków włóknikowego zapalenia płuc, powodując bakterjolyzę zarówno w płucach, jak i we krwi, o ile dostały się do niej drobnoustroje; mogą się jednak zdarzyć przypadki, w których działanie jej nie wystąpi.

2) Działanie surowicy Römera powinno być tem wybitniejsze, im wcześniej zostanie zastosowana.

3) Ilość niezbędną do otrzymania efektu leczniczego musi określić praktyka.

4) Przy stosowaniu dużych ilości surowicy u szczytu rozwoju choroby mogą wydarzyć się przypadki zatrucia ustroju endotoksynami, uwolnionymi z ciał bakterji wskutek bakterjolyzy.

Zobaczmy, o ile wyniki, otrzymane z praktyki odpowiadają teorii oraz pod jakim względem uzupełniają ją i poprawiają. Liczba spostrzeżeń nad działaniem surowicy pneumokokowej jest znaczna, wyniki jednak różnią się, jak zwykle w takich razach. Pierwsi ogłosili rezultaty leczenia włóknikowego zapalenia płuc surowicą Römera Knauth, Pässler i Lindenstein. Knauth stosował surowicę Römera w siedmiu przypadkach, z których wszystkie zakończyły się wyzdrowieniem. Zastrzykiwał on surowicę przeważnie późno (od 4-ego do 7-ego dnia choroby), w dwóch tylko przypadkach wcześniej (2-go dnia). Ilość zastrzykiwanej surowicy wyniosła od 20 do 40 ctm. sz. (400 do 800 jednostek). Działania szkodliwego surowicy Knauth nie zauważył w żadnym ze swoich przypadków, nie było również objawów odczynu miejscowego po wkłuciu, ani choroby posurowicznej. W przypadkach Knautha surowica wywierała wpływ dodatni na samopoczucie, wygląd, tętno, oddech, płwocinę, z której znikła krew w kilka godzin po zastrzyknięciu. Na prze-

bieg sprawy w płucach zastosowanie surowicy wpływu nie miało. W jednym tylko przypadku po zastosowaniu surowicy drugiego dnia choroby nastąpił przełom nazajutrz.

Spostrzeżenia Pässlera dotyczą 22 przypadków stosowania surowicy pneumokokowej (właściwie dwudziestu czterech, lecz dwa *inextremis*). Z nich 20 chorych wyzdrowiało, dwóch zmarło. Liczba zastrzykiwań surowicy wahała się w szerokich granicach od 10 do 110 ctm. sz. (200—2200 jednostek). Szkodliwego działania surowicy na przebieg choroby nie spostrzegano ani razu. Choroba posurowicza wystąpiła w 7 przypadkach, objawy jej jednak były lekkie: sześć razy wysypka, raz bóle mięśniowe. Wstrzykiwań dokonywano zwykle późno, wybierając przypadki specjalnie ciężkie. W sześciu z nich wychodowano ze krwi pneumokoki. Pässler nie zauważył wpływu zastrzyknięć na przebieg sprawy płucnej, natomiast skonstatował wybitny wpływ na samopoczucie i wygląd chorego.

Surowica działała również dodatnio na stan serca (poprawa tętna, wzrost ciśnienia krwi, poprawa krążenia w naczyniach włosowatych). Co do wpływu surowicy na powstrzymanie rozszerzenia się sprawy zapalnej, to najczęściej zapalenie nie posuwało się dalej, w trzech przypadkach jednak zajęło uprzednio zdrowe płaty. Na stan leukocytozy po większej części wstrzykiwania pozostawały bez wpływu z wyjątkiem czterech przypadków, w których liczba ciałek białych powiększyła się znacznie. Ciepłota zwykle w kilka godzin po wstrzyknięciu spadała o kilka dziesiątych do dwóch stopni, najczęściej jednak po pewnym czasie podnosiła się znowu. Większe dawki surowicy, powyżej 20 ctm. sz., nie działały lepiej, niż średnie, natomiast wcześniejsze wstrzykiwania dawały wyniki lepsze od późniejszych.

Lindenstein stosował surowicę w czterech przypadkach, zastrzykując możliwie wcześniej (w trzech przypadkach drugiego dnia) dawki małe (sześć do dziesięciu ctm. sz.). Wszystkie przypadki zakończyły się wyzdrowieniem. Surowica działała dobrze na samopoczucie chorych i tętno, lecz nie działała na sprawę w płucach. Ciepłota spadała o jeden do dwóch stopni, lecz następnie podnosiła się znowu. Szkodliwego działania surowicy, ani choroby posurowicznej nie stwierdzono ani razu.

Tauber wstrzykiwał surowicę Römera w 14 ciężkich przypadkach i stwierdził w 9 jej wpływ dodatni na ciepłotę, tętno i stan ogólny; w 5 działanie surowicy nie ujawniło się wcale.

Schaeffer leczył surowicą 7 chorych, z których 1 starzec siedemdziesięcioletni zmarł. Surowicę wstrzykiwał późno, w jednym tylko przypadku pierwszego dnia. Spostrzegał spadek ciepłoty i poprawę stanu ogólnego, a po wstrzyknięciu surowicy pierwszego dnia przełom dnia następnego. Szkodliwego działania surowicy nie obserwował ani razu. Winkelmann nie zauważył u swych chorych, wybitnego dodatniego działania surowicy, w niektórych ciężkich przypadkach widział jednak pewną poprawę, w każdym bądź razie uważa on leczenie surowicą za zupełnie bezpieczne i radzi stosować je w ciężkich przypadkach.

Jürgens należy do liczby tych nielicznych badaczy, którzy nie widzieli wcale wyniku po stosowaniu surowicy pneumokokowej. Robi on nawet ironiczną, acz nieuzasadnioną uwagę, że liczba przełomów po zastosowaniu surowicy jest tem większa, im później surowica została zastrzyknięta. Zdecydowanym natomiast zwolennikiem surowicy jest Crux, który stosował ją w 18 przypadkach u dzieci od jednego roku do dwunastu lat i otrzymał świetne wyniki. Zastrzykiwań dokonywał jaknajwcześniej w ilościach nieznacznych. W większości przypadków surowica

wywoływała przełom na drugi dzień po zastrzyknięciu, u pozostałych chorych następował spadek ciepłoty i wybitna poprawa działalności serca. Przebieg sprawy zapalnej ulegał zawsze skróceniu.

Monti, który stosował surowicę w 12 przypadkach zapalenia, konstatuje również, iż skraca ona przebieg choroby.

May podaje rezultaty 28 przypadków zapalenia płuc, leczonych surowicą Römera. Z nich zmarło 4, reszta wyzdrowiała. Przypadki były przeważnie bardzo ciężkie; wstrzykiwań dokonywano najczęściej późno: raz pierwszego dnia choroby, sześć razy drugiego, resztę później. May uważa surowicę za nieszkodliwą, lecz wyników dodatnich nie stwierdza. Surowica—według niego—nie wpływa ani na przebieg choroby, ani nie zapobiega powikłaniom. Jednakże i on widział nieraz po zastrzyknięciu spadki ciepłoty, zaś trzy razy na drugi dzień po zastosowaniu surowicy nastąpił przełom. We wszystkich tych trzech przypadkach zastrzykiwań dokonano wcześniej: raz na pierwszy i dwa razy na drugi dzień choroby. Ani jeden z chorych przy wczesnem stosowaniu surowicy nie zmarł.

May badał również zachowanie się leukocytozy po zastrzyknięciu surowicy pneumokokowej, lecz wyniki były niestałe. Najczęściej na razie zmniejszała się liczba leukocytów we krwi, aby dojść wkrótce do normy lub nawet powiększyć się, bywało jednak i inaczej.

Krische obserwował 10 przypadków zapalenia płuc, leczonych surowicą swoją, jeden *in extremis* zmarł. Stosował on zastrzykiwania wcześniej i otrzymał kilka razy przełom, a zawsze znaczne polepszenie. W trzech przypadkach zastosowania surowicy na pierwszy dzień choroby nastąpił w jednym przełom na trzeci dzień, w dwóch na czwarty, z tych raz u chorej sześćdziesięcioletniej z ciężkim przebiegiem zapalenia.

Z polskich badaczy o surowicy Römera ogłosił pracę Erwin Mięśowicz. Obserwacje jego dotyczą 10 przypadków i przeprowadzone zostały nadzwyczaj sumiennie i szczegółowo. Mięśowicz wstrzykiwał surowicę przeważnie późno: między czwartym a ósmym dniem choroby. W jednym tylko przypadku wstrzykiwał pierwszego dnia i w dwóch trzeciego. Żaden z chorych nie zmarł, choć między obserwowanymi przypadkami były niektóre bardzo ciężkie. Nadto po wstrzyknięciu pierwszego dnia choroby nastąpił nazajutrz przełom, tak samo w jednym przypadku trzeciego dnia choroby. Pomimo to Mięśowicz uważa działanie lecznicze surowicy Römera za niepewne. Zastrzega się jednak, iż nie jest wyłączone, że zastosowanie tej surowicy w początkach choroby da korzystniejsze wyniki „co wartoby w nadających się do tego przypadkach jeszcze sprawdzić”. Nadto w trzech przypadkach wystąpiły po zastosowaniu surowicy Römera objawy, świadczące o nagłym pogorszeniu stanu ogólnego, głównie zaś czynności serca (spadek ciśnienia, niemiarowość, sinica). Objawy te ustępowały po zastosowaniu środków nasercowych. Pogorszenie takie spostrzegano wyłącznie po wstrzyknięciu surowicy w okresie największego nasilenia choroby.

Jest to jedyne bodaj w literaturze spostrzeżenie, świadczące o możliwości szkodliwego działania surowicy, zastosowanej późno. Możliwość taka—jak to już wspominaliśmy wyżej, da się teoretycznie uzasadnić, należy ją przeto brać pod uwagę w razie późnego stosowania surowicy. Mięśowicz badał również wpływ surowicy na liczbę ciałek białych we krwi i stwierdził w większości przypadków jej zmniejszenie w kilka godzin po zastrzyknięciu z następnym po kilkunastu godzi-

nach powrotem do normy lub nawet powiększeniem. W jednym tylko przypadku po zastosowaniu surowicy na pierwszy dzień choroby liczba ciałek znacznie się powiększyła.

W ostatnich czasach zaczęto stosować surowicę pneumokokową dożylnie. Beltz leczył w ten sposób 25 chorych, z których zmarło 4, po części z powodu gruźlicy. Zastrzykiwał on 400 jednostek naraz i powtarzał dawkę w razie potrzeby. Stwierdza on znaczną poprawę samopoczucia i stanu ogólnego, poprawę w oddychaniu i powrót do przytomności. Nadto, zestawiając przypadki, leczone surowicą, z nieleczonymi, stwierdza Beltz przeciętnie szybsze następowanie przełomu.

Na leukocytozę surowica wpływu nie wywierała. A. Géronne leczył surowicą Neufeld-Händela 12 przypadków zapalenia płuc włóknikowego. Surowicę wstrzykiwano dożylnie w 10-ciu przypadkach, w 2-ch zaś podskórnie w dawkach od 10-ciu do 50-ciu ctm. sz.; dawki powtarzano, o ile nie następowało polepszenie. We wszystkich przypadkach uwidoczniła się wyraźna poprawa stanu ogólnego. Wstrzykiwania wczesne (na 2-gi lub 3-ci dzień choroby) przyspieszały przełom, późniejsze nie wywierały wpływu na przebieg choroby. Autor miał wrażenie, że surowica swoista skraca przebieg choroby, o ile wstrzyknąć ją wcześniej.

Surowica pneumokokowa prócz zapalenia płuc i pełzającego owrzodzenia rogówki została jednokrotnie zastosowana przez Kleinschmidta w zapaleniu dwoinkowym opon mózgowordzeniowych. Zastrzykiwań dokonano do rdzenia po wypuszczeniu odpowiedniej ilości płynu mózgowordzeniowego. Rezultat wypadł dodatni: chore dziecko wyzdrowiało.

Na zakończenie tego przeglądu spostrzeżeń z piśmiennictwa wspomnieć muszę, iż w roku ubiegłym Boehncke stosował z bardzo pomyślnym wynikiem na zwierzętach skombinowaną chemo-seroterapię zapalenia płuc, używając w tym celu swoistej surowicy wraz z alkaloidem Aethylhydrokupreina, derywatem rzędu chininy, który sam również ma działać leczniczo w tej chorobie.

Przechodząc do spostrzeżeń własnych, zaznaczyć muszę, że ze względu na wyniki dotychczasowych badań starałem się stosować wstrzykiwania surowicy pneumokokowej w możliwie wczesnym okresie choroby. Używałem wieloważnej surowicy Römera w ilości od 5 do 20 ctm. sz. czyli od 100 do 400 jednostek. Wstrzykiwań dokonywałem przeważnie podskórnie, w jednym tylko bardzo ciężkim przypadku dożylnie. Spostrzeżenia moje dotyczą dwunastu przypadków w wieku od lat 3-ch do 44-ch. Zastosowałem surowicę w pierwszym dniu choroby 2 razy, w drugim 7 razy, w trzecim 3 razy. Zastrzykiwałem surowicę przeważnie raz, w jednym tylko bardzo ciężkim przypadku u dziecka trzyletniego zastrzykiwania powtarzano trzy razy. Wszyscy chorzy wyzdrowieli pomimo iż dwa przypadki dotyczą chorych z podrażnieniem opon mózgowych, w których rokowanie było bardzo wątpliwe. Szkodliwego działania surowicy na stan ogólny chorych nie zauważyłem ani razu. W jednym przypadku wystąpiła lekka wysypka posurowicza. Co do działania leczniczego surowicy, to uwidoczni się ono najlepiej przy szczegółowym rozpatrzeniu każdego poszczególnego przypadku jej zastosowania, toteż pozwolę sobie przytoczyć streszczenie mych spostrzeżeń.

Przypadek I. J. O. lat 25 Pneum. cr. I. infer. sinistr. Od 24/III 1913 czuł się trochę niezdrów, lecz pracował. Dn. 25/III dostał silnych dreszczów, bólu głowy i kłucia w lewym boku. Tegoż samego dnia zbadałem chorego.

Chory budowy atletycznej, dobrze odżywiony, leży, nie mogąc dźwignąć się o własnych siłach, skarży się na klucie w lewym boku, które powiększa się przy oddychaniu i kaszlu; kaszel wilgotny, płwocina odrywa się z trudnością, rdzawa, pod drobnowidzem bardzo dużo pneumokoków; usta lekko sine, skóra barwy normalnej. Tętno 126, równe, tony serca i granice prawidłowe. W dolnym płacie płuca lewego naciek zbity, oddech 38, ciepłota 39,6. Mocz bez białka i wałeczków. Rozpoznano: pneum. croup. lobi inferioris sinistri. Zastryknięto 20 ctm. sz. (400 jedn.) surowicy pneumokokowej Römera.

26/II Chory czuje się lepiej; sam się podnosi, klucie w boku ustąpiło w kilka godzin po zastryknięciu, płwocina obfita, odrywa się łatwiej, w dolnym płacie lewym rozpoczyna się rezolucja; ciepłota 38,5, tętno 90, oddech 30.

27/II Chory czuje się osłabiony, lecz zdrowy. Tętno 62, ciepłota 36,2, oddech 30. W płacie chorym zupełna rezolucja, płwocina jeszcze trochę krwawa. Odtąd zdrowienie normalne. Objawów posurowicznych, ani powikłań nie było.

Przypadek powyższy muszę uważać za przemawiający na korzyść dodatniego działania surowicy. Zarówno wybitna poprawa stanu ogólnego na drugi dzień po zastryknięciu, jak skrócenie trwania gorączki i przyspieszenie rezolucji, przemawiają za tem przypuszczeniem. Postać poronną wyłączam z powodu gwałtownych objawów ogólnych dnia pierwszego choroby i dużej liczby pneumokoków w płwocinie.

Przypadek II. S. T. lat 10. Pleuropneum. sin. totalis in individuo scrophuloso.

Dziecko w ostatnich czasach było blade i zmęczone. W rodzinie były przypadki gruźlicy. Choroba rozpoczęła się nagle dn. 17/V 1913. Nazajutrz wezwano lekarza, który miał rozpoznać zapalenie płuc.

Chorego widziałem po raz pierwszy dopiero na trzeci dzień choroby, dnia 19/V;

Chory bladej, wątłej, miernie odżywiony, skarży się na ból w boku lewym kaszle, płwocinę łyka. Ciepłota 39,4, tętno 130, równe, niezbyt pełne, oddech 38, po stronie lewej prawie całkowite stępienie z wyjątkiem szczytu i górnej części płatu górnego, wdech i wydech oskrzelowy, u dołu osłabienie szmerów. W moczu ślad białka. Rozpoznanie: pleuropneumonia sinistra totalis. Zastryknięto 200 jednostek surowicy, prócz tego zastosowano leki nasercowe.

20/V Stan płuc bez zmiany; ciepłota 39,5, oddech 43, tętno 118.

21/V W górnym płacie nieliczne rżenia u dołu stępienie większe, szmery słabsze; ciepłota 38,9, oddech 38, tętno 120.

Z dnia na dzień zbierało się coraz więcej płynu, dn. 27/V wypuszczono 500 gr. płynu krwawego z opłucny, poczem ciepłota spadła na 37,5; tętno 90, oddech 20.

31/V wypuszczono znowu 600 gr. płynu jasnego, poczem chory pomału zaczął się poprawiać; ciepłota jeszcze przeszło dwa miesiące była podniesiona do 37,2—37,3.

W przypadku powyższym dodatni wpływ surowicy nie ujawnił się wcale, nie było jednak również i pogorszenia po jej zastosowaniu. Istnienie płynu zapalnego w opłucznej podejrzewano już przed zastryknięciem surowicy, zrestą, pneumokokowe pochodzenie zapalenia płuc w tym przypadku muszę uważać za wątpliwe.

Przypadek III. S. J. lat 33. Pneum. sinistra totalis.

Dn. 11/VII 1913 dostał silnego klucia w boku, dreszczów i gorączki

12/VII Chory budowy mocnej, odżywiony dobrze, leży na łóżku bezwładny, nieprzytomny, wybitna duszność; sinica nietylko błon śluzowych, lecz i skóry, tętno 140, łatwo uciskalne, drobne, tony serca głucho, granice prawidłowe. Po podniesieniu chorego w celu zbadania nastąpiła wkrótce zapaść z wybitną bladłością, potami i upadkiem tętna, wskutek czego badanie przerwano, stwierdziwszy tylko po stronie lewej poniżej grzebienia łopatki oddech chuchający. Chory odkrztusza plwocinę ciągnącą się, krwawą, w skąpej ilości w której znaleziono liczne pneumokoki, przy silnym kaszlu wymiotuje żółcią. Ciepłota 40,6, oddech 40. Rozpoznanie zapalenia płuc włóknikowego nie ulegało żadnej wątpliwości, co do rozmiarów tego ostatniego na razie jednak niemożna było wypowiedzieć się stanowczo. W moczu białko bez wałeczków oraz barwki żółciowe. Zastosowano środki nasercowe oraz zastrzyknięto dożylnie 400 jedn. surowicy.

13/VII Stan ogólny znacznie lepszy, niż dnia poprzedniego; sinica mniejsza, chory półprzytomny, rozumie, co do niego mówią, i czasem odpowiada, tętno 120, pełne, ciepłota 40, oddech 40. Przy badaniu stwierdzono naciek zbity w całym płucu lewym; lekka żółtaczk.

14/VII Chory przytomny; ciepłota 39,2, tętno pełne, 138, oddech 38. Stan płuc bez zmiany. Na poślądkach zaczyna tworzyć się odleżyna.

15/VII Ciepłota 39,5, tętno 130, oddech 40. W dole płuca rozpoczyna się rezolucja.

16/VII Ciepłota 40, tętno 130, oddech 40. W całym doinym płacie rezolucja. Odleżyna powiększa się. Dn. 17 — 18 — 19/VII rezolucja posuwa się coraz wyżej. Ciepłota, tętno i oddech bez zmiany. Odleżyna pomimo opatrunków powiększa się wciąż.

20/VII W nocy poty i przełom. Rano tętno 90, oddech 30, ciepłota 37. Rezolucja w pełni. Odtąd przez kilka dni chory był bez gorączki, dn. 24/VII ciepłota znów się podniosła, i rozpoczęła się ropnica z odleżyny. Ogółem przecięto choremu dziesięć głębokich ropni podmięśniowych. Gorączka trwała kilka miesięcy. W płucach i nerkach przez cały czas komplikacji nie było. Chory wyzdrowiał.

W przypadku powyższym bezpośredniego wpływu surowicy na skrócenie przebiegu sprawy chorobowej nie stwierdzono. Surowica jednak wykazała wpływ dodatni na stan ogólny chorego. Prócz tego, biorąc pod uwagę bardzo ciężki stan chorego w początkach choroby, przypuszczać można z dużym prawdopodobieństwem, że surowica wywarła łagodzące działanie na przebieg sprawy w płucach, którego zejście bez jej zastosowania mogłoby być fatalne.

Przypadek IV. Ch. W. lat 8. Pneum. cr. I. infer. et med. dextr.

Choroba rozpoczęła się nagle dnia 7/XII dreszczami i bólem w prawym boku. Dn. 8/XII zbadalem chore dziecko.

Naciek zajmuje płat dolny i średni płuca prawego; ciepłota 40,0, tętno 140, pełne, równe, oddech 45. Zastrzyknięto 200 jedn. surowicy. 9/VII ciepłota 37,5, tętno 90, oddech 30, w płucu rezolucja. Według opowiadań rodziców stan dziecka poprawił się w kilka godzin po zastrzyknięciu. 10/XII ciepłota 36,2, tętno 90, oddech 30; rezolucja w pełni; zdrowienie szybkie.

Skuteczności surowicy w danym przypadku trudno zaprzeczyć. Zaznaczyć należy szybkie ustąpienie bulów, na które już w kilka godzin po zastrzyknięciu

dziecko przestało się skarżyć, i poprawę stanu ogólnego, jak w pierwszym przypadku.

Przypadek V. K. J. lat 30. Pneum. er. l. inf. et med. dextr. et l. inf. sin.

Zachorował dn. 22/XII nagle. Choroba rozpoczęła się dreszczami i kłuciem w boku prawym. Przy badaniu dnia następnego stwierdziłem, co następuje.

Chory podniecony, kaszle i z trudem odpluwa flegmę rdzawą, ciągnącą się; tony serca czyste, tętno 128, pełne, oddech 42, ciepłota 40. Naciek zbity w dolnym i środkowym płacie płuca prawego. Zastosowano leki nasercowe i zastrzyknięto podskórnie 400 jedn. surowicy.

24/XII chory czuje się lepiej. Tętno 120, oddech 32, ciepłota 38,3; stan płuc bez zmiany.

Dalszą obserwację z powodu mego wyjazdu prowadził inny lekarz, który łaskawie zakomunikował mi, co następuje.

25/XII. W płucu prawym rozpoczęła się rezolucja, natomiast stwierdzono rozpoczynający się naciek w dolnym płacie płuca lewego. Ciepłota podniosła się na 38,8.

26/XII. Naciek w dolnym płacie płuca lewego stał się zupełnie wyraźnym. Ciepłota podniosła się na 39,2, w płucu prawym dalsza rezolucja.

27/XII i 28/XII. Stan chorego bez zmian.

29/XII. Rozpoczyna się rezolucja w płucu lewym. Ciepłota 37,5.

30/XII. Rezolucja kompletna w obydwu płucach. Ciepłota 36,7. Zdrowienie szybkie.

W powyższym przypadku, pomimo chwilowej poprawy po zastrzyknięciu surowicy, naciek zapalny przeszedł następnie na płuco zdrowe, wobec czego dodatniego działania surowicy przyjąć niepodobna.

Przypadek VI. N. J. lat 26. Pn. cr. l. inf. et med. dextr.

Choroba zaczęła się nagle dreszczami i kłuciem w boku prawym dn. 12/III 1914. Nazajutrz zostałem wezwany do chorego.

Dn. 13/III. Chory niespokojny. Sinica warg i duszność wybitna. Kaszel mokry, płwocina krwawa, pod drobnowidzem liczne pneumokoki. Tony serca głuche, granice prawidłowe, tętno drobne, 144, ciepłota 39,5, oddech 40. Naciek zbity w dolnym i średnim płacie płuca prawego. Mocz bez białka. Zastosowano środki nasercowe i wstrzyknięto podskórnie 400 jednostek surowicy.

14/III. Chory podmiotowo czuje się znacznie lepiej. Tętno 110, pełne, oddech 30, ciepłota 39, 3. Stan płuc bez zmian.

15/III. Ciepłota 38,6, tętno 100, oddech 30. Rozpoczyna się rezolucja.

16/III. Ciepłota 38, tętno 90, oddech 22. Dalsza rezolucja.

17/III. Ciepłota 37,2, tętno 80, oddech 22. Rezolucja w pełni. Odtąd zdrowienie szybkie.

W danym przypadku surowica — o ile się zdaje — okazała wpływ korzystny na stan ogólny chorego, oraz — być może — na skrócenie choroby.

Przypadek VII. C. K. lat 5. Pneum. sin. l. infer.

Dziecko zachorowało nagle dn. 14/III 1914 r. wieczorem.

15/III. Ciepłota 39,5, tętno 120, oddech 50, kaszle. Zmian pewnych w płucach nie stwierdzono. Zastosowano laxans.

16/III. Tony serca głucho, tętno 140, drobne, sinica, ciepłota 39,7, oddech 50, stopień w dolnym płacie lewym niezbyt wybitny. Zastosowano leki nasercowe.

17/III. Ciepłota 39,5, oddech 56, tętno drobne, 170, sinica wybitna, duszność, wyraźny naciek zbity w płacie lewym dolnym. Rozpoznano zapalenie płuc włóknikowe w płacie dolnym lewym i zastrzyknięto 200 jednostek surowicy.

18/III. Stan dziecka według słów rodziców poprawił się w kilka godzin po zastrzyknięciu. Rozpoczyna się rezolucja; ciepłota 38, tętno 110, pełne, oddech 42.

19/III. Ciepłota 37,5, tętno 80, oddech 46. Rezolucja kompletna.

20/III. Ciepłota 36,2, tętno 76, oddech 32. W płucach dalsza poprawa. Odtąd zdrowienie bez powikłań.

W przypadku powyższym polepszenie nastąpiło na czwarty dzień choroby, nazajutrz po zastrzyknięciu surowicy. Zważywszy, iż zajęty tu był tylko jeden płatek płuca, możnaby je uważać za naturalny początek przełomu. Jednakże, biorąc pod uwagę, iż przed zastrzyknięciem surowicy stan chorego pogarszał się stale, że serce pomimo stosowania strofantu i kamfory było w stanie ogromnego wyczerpania, grożącego katastrofą, że działalność serca poprawiła się wybitnie po zastosowaniu surowicy już nazajutrz, przypuszczać należy z bardzo dużym prawdopodobieństwem, że poprawa nastąpiła wskutek zastrzyknięcia surowicy.

Przypadek VIII. P. Z. 3 lata. Pn. cr. l. inf. sin.

Choroba rozpoczęła się nagle dn. 18/II 1914.

19/II. Stan dziecka ciężki; leży bezwładnie; duża duszność i sinica, tętno 170, drobne, ciepłota 40,5, oddech 50. W płacie dolnym po stronie lewej naciek zbity wyraźny. Zastosowano środki nasercowe oraz zastrzyknięto 200 jednostek surowicy.

20/II. Tętno pełniejsze, 150, ciepłota 39, oddech 50, stan płuc bez zmian.

21/II. Ciepłota 39,5, tętno 150, oddech 42; zaczyna się rezolucja.

22/II. Dalsza rezolucja; ciepłota 38, tętno 136, oddech 42.

23/II. Rezolucja zupełna; ciepłota 37,2, tętno 80, oddech 28. Stan dziecka zupełnie dobry. Odtąd zdrowienie szybkie, bez komplikacji.

Wybitnego działania surowicy w tym przypadku stwierdzić się stanowczo nie da, bądź co bądź, przebieg sprawy zapalnej był krótki, czego nie można było się spodziewać po gwałtownych objawach choroby w pierwszym dniu.

Przypadek IX. P. T. lat 20. Pn. cr. sin. l. Inf.

9/III 1914 dostał dreszczów, bólu głowy, kaszlu i kłucia w boku lewym.

Nazajutrz dn. 10/III stan chorego był następujący: Chory przygnębiony, kaszle i odpluwa rdzawą plwocinę, w której pod mikroskopem stwierdzono pneumokoki. Tętno równe, 110, ciepłota 39,3, oddech 30. W dolnym płacie lewym naciek zbity. Zastrzyknięto 400 jednostek surowicy.

11/III. W płucach rozpoczyna się rezolucja; ciepłota 37,7, tętno 85, oddech 30.

12/III. Wyraźna rezolucja; ciepłota 37,4, tętno 70, oddech 22.

13/III. Ciepłota 36,2, tętno 62, oddech 20; w płucach dalsza poprawa.

W przypadku powyższym nastąpiła wyraźna poprawa po zastrzyknięciu surowicy i skrócony przebieg choroby, ponieważ jednak i przed zastrzyknięciem stan nie był ciężki, więc poprawa mogła być i samoistna.

Przypadek X. A. W. lat 6. Pneum. dextr. totalis.

Dziecko zachorowało nagle dn. 28/III. Wezwano mnie nazajutrz.

29/III. Stan ogólny ciężki. Wybitna sinica i duszność, ciepłota 40, tętno 150 oddech 60. W płucu prawem stępienie niezbyt wyraźne.

30/III. Wyraźny naciek zbity w całym płucu prawem. Ciepłota 40, tętno 160, drobne, oddech 60. Zastosowano zastrzykiwania kamfory oraz 200 jednostek surowicy podskórnie.

31/III. Stan płuc bez zmian; ciepłota 40, tętno 140, oddech 60.

1/IV. Stan płuc bez zmian; ciepłota 40 tętno 130, oddech 60.

2/IV. Rozpoczyna się rezolucja. Ciepłota 38,5, tętno 130, oddech 60.)

3/IV. W nocy przełom z potami. Ciepłota 36,0, tętno 90, oddech 40; rezolucja w pełni. Odtąd szybka poprawa bez gorączki.

W przypadku powyższym surowica wpływu na skrócenie przebiegu sprawy chorobowej nie okazała, być może jednak, przyczyniła się do zejścia pomyślnego w przypadku, bądź co bądź, ciężkim.

Przypadek XI. Pneumonia cr. bilateralis. A. M. lat 3.

Dziecko zachorowało dn. 28/III. Wezwano mnie dnia następnego.

29/III. Stan ogólny bardzo ciężki. Sinica i duszność znaczna. Ciepłota 40,5, oddech 66, tętno 160, drobne. Chora zupełnie nieprzytomna; źrenice reagują na światło, odruchy kolanowe słabe, wyraźna sztywność karku. W dolnym płacie płuca lewego naciek zbity. Zastosowano t-ra strophanti, podskórnie kamforę i zastrzyknięto 100 jedn. surowicy.

30/III. Stan bez zmiany. Zastrzyknięto znów 100 jedn. surowicy.

31/III. W płucu lewym rezolucja; dziecko przytomne, objawy mózgowie znikły, Z obu uszu ropny wyciek; ciepłota 40, tętno 140, oddech 60.

1/IV. Objawy nacieku niewyraźnego w dolnym i środkowym płacie płuca prawego. Pozatem stan, jak poprzednio. Ciepłota 40, tętno 140, oddech 60.

2/IV. Naciek w płucu prawem staje się wyraźniejszy. Ciepłota 40,5, tętno 170, oddech 60.

3/IV. Naciek w płucu prawem zupełnie wyraźny. Ciepłota 40, tętno 170 drobne, sinica znaczna, duszność. Zastrzyknięto znowu 200 jedn. surowicy.

4/IV. Rozpoczyna się rezolucja w płucu prawem, ciepłota 38,5, tętno 120 oddech 60; w nocy przełom z potami.

5/IV. Tętno 100, pełne, ciepłota 36,3, oddech 30, rezolucja całkowita. W kilka dni wysypka posurowicza; dalsze zdrowienie bez powikłań.

Przypadek powyższy należy do najcięższych ze spostrzeganych przeze mnie. Zastrzykiwano surowicę trzy razy. Po pierwszym zastrzyknięciu pojawiła się rezolucja w płucu lewym, po trzecim w płucu prawem. Wobec bardzo ciężkiego przebiegu zapalenia przypuszczać można z dużym prawdopodobieństwem, że surowica okazała wpływ dodatni na ostateczne pomyślne zejście choroby. Komplikacja ze strony uszu istniała przed zastrzyknięciem surowicy. Co do nacieku w płucu prawem, to stanowczo czas jego powstania oznaczyć się nie da.

Przypadek XII. T. S. lat 35. Pneumonia bilateralis.

Choroba rozpoczęła się nagle dn. 22/IV dreszczami. Tegoż samego dnia widziałem chorego. Chory przytomny. Skarży się na kłucie w obu bokach, lekka

sinica błon śluzowych. Tętno 120, ciepłota 40, oddech 50, odpluwa krwawą, ciągnącą się flegmę, w której pod mikroskopem stwierdzono pneumokoki. Naciek zbity w dolnym płacie płuca lewego i górnym prawego. Mocz bez białka. Zastrzyknięto podskórnie 400 jedn. surowicy.

23/IV. Stan płuc bez zmian; ciepłota 39,6, oddech 46, tętno 110.

24/IV. Ciepłota 39,8, oddech 40, tętno 100.

25/IV. Ciepłota 39,8, oddech 40, tętno 100; w lewym płucu gdzieniegdzie rezolucja.

26/IV. Ciepłota 39,8, oddech 40, tętno 100; dalsza rezolucja w płucu lewym.

27/IV. Ciepłota 39,8, oddech 60, tętno 100; rezolucja rozpoczyna się w płucu prawym.

28/IV. Rezolucja w obu płucach.

29/IV. Przelom; ciepłota 36,2, tętno 100, oddech 30; odtąd stan bezgorączkowy.

Działanie surowicy w danym przypadku nie uwidoczniło się wyraźnie.

Dwanaście obserwacji naszych stanowi materiał zbyt mały, aby można z nich było wysnuwać wnioski, mające wartość. Jeżeli jednak rozpatrzemy je w związku z danymi, otrzymanymi z obserwacji innych badaczy, to posłużą nam one za sprawdzian dla krytycznego wyprowadzenia wniosków. Materiał, który streściłem powyżej i na którym opierać się będę w swych wywodach, stanowi przeszło 150 przypadków zastosowania surowicy Römera w zapaleniu płuc włóknikowym. Jest to liczba niezbyt wielka, lecz bądź co bądź, upoważniająca do oględnego wyprowadzenia wniosków, mających pewną praktyczną wartość. Wszyscy autorzy, z wyjątkiem Mięśowicza, uważają surowicę Römera za zupełnie nieszkodliwą. Ten ostatni tylko otrzymał chwilowe pogorszenie po zastosowaniu surowicy na szczycie rozwoju choroby. Teoretyczna możliwość takiego pogorszenia da się uzasadnić, należy przeto zachować odpowiednie ostrożności, o ile się stosuje surowicę późno. Co do nas, to stosując zawsze surowicę wcześniej, nie zauważyliśmy nigdy jej szkodliwego działania. Objawy anafilaksji oczywiście zdarzyć się muszą, zwłaszcza po zastosowaniu większych dawek surowicy. To też nic dziwnego, że spostrzegali je wyłącznie ci badacze, którzy stosowali duże dawki surowicy. Występowały one zresztą względnie rzadko i nie przybierały nigdy postaci groźnej dla życia. Z naszych przypadków mieliśmy tylko raz wysypkę posurowiczą po zastosowaniu średniej dozy surowicy—400 jednostek u dziecka. Co do dozowania surowicy Römera, to z literatury żadnych wniosków wyprowadzić się nie da. Teoretycznie rzecz biorąc, oczywiście, duże dawki powinny działać skuteczniej, niż średnie lub małe; jeżeli jednak weźmiemy pod uwagę, że wprowadzenie dużej ilości obcej surowicy do ustroju nie jest dlań rzeczą obojętną, to — sędzę — rozsądniej i ostrożniej będzie stosować dawki średnie 200 jednostek u dzieci, 400 u starszych. Takie dozy nie dawały w naszych przypadkach objawów anafilaksji, podczas gdy 400 jednostek u dziecka trzyletniego wywołało już lekką chorobę posurowiczą. Czy wstrzykiwania dożylna mają wyższość nad podskórnymi, to na podstawie dotychczasowych spostrzeżeń rozstrzygnąć się nie da. Kwestja musi pozostać otwartą, dopóki nie nagromadzi się większy materiał, dotyczący wstrzykiwań dożylnych. Co do leczniczego działania surowicy, poglądy badaczy różnią się bardzo pomiędzy sobą. Są między nimi zdecydowani zwolennicy terapii swoistej, np. Crux, są i stanowczy przeciwnicy, np. Jürgens. Większość jednak stoi na stanowisku pośrednim. Przyznając, że stosowanie surowicy Römera przynosi nieraz ulgę chorym

na zapalenie płuc włóknikowe, stwierdzają jednak, że działanie jej jest niepewne i nie dające się z góry przewidzieć. Jeżeli jednak weźmiemy pod uwagę przypadki wczesnego stosowania surowicy — w pierwszym lub drugim dniu choroby — to zobaczymy, że rezultaty zmieniają się na lepsze.

Wyniki, otrzymane we wczesnym okresie choroby, są zachęcające i przemawiają za dodatnim swoistym działaniem surowicy. Teoretycznie rzecz biorąc, tylko przypadki, leczone wcześniej, stanowić mogą podstawę do wnioskowania o skuteczności surowicy, to też wyniki dodatnie, otrzymane we wczesnym okresie, przemawiają — według nas — na jej korzyść. Ani jeden z chorych po wczesnym stosowaniu surowicy Römera nie zmarł, w znacznej liczbie przypadków otrzymano bądź przełom dnia następnego, bądź w dwa, trzy dni później. Moje spostrzeżenia, dotyczące przypadków wyłącznie wczesnych, potwierdzają poniekąd wyniki poprzedników. Z 12 przypadków, obserwowanych przeze mnie, w 5 dodatni działanie surowicy uważam za bardzo prawdopodobne, w 4 pomimo widocznej poprawy po jej zastrzyknięciu wstrzymuje się od wypowiedzenia stanowczego zdania na korzyść surowicy, uważając jednak dodatnie jej działanie za możliwe, w pozostałych 3 wpływ surowicy na przebieg procesu chorobowego nie uwidocznił się wcale. Zresztą, w jednym z tych ostatnich pneumokokowe źródło zakażenia muszą uważać za wątpliwe. Zaznaczyć muszę również w kilku przypadkach szybkie ustępowanie bólów po surowicy i znaczną poprawę samopoczucia chorych. Tak więc na podstawie zarówno spostrzeżeń poprzedników, jak i własnych, stwierdzić muszę, że zastosowana wcześniej surowica Römera wywiera często wpływ dodatni na przebieg sprawy zapalnej. W późniejszym okresie zapalenia płuc działanie dodatnie surowicy nie uwidocznia się wyraźnie.

Zdarzają się jednak i tu przypadki, w których wpływ jej na złagodzenie objawów i przebieg choroby jest bardzo prawdopodobny, zaś polepszenie samopoczucia, wyglądu, stanu ogólnego, akcji serca notują badacze bardzo często. Co do przemijającego spadku ciepłoty, który przy późnym stosowaniu surowicy spostrzegano nieraz, to zależy on prawdopodobnie raczej od wprowadzenia do ustroju obcego białka, niż od swoistego działania surowicy. Nawet jednak przy wczesnym stosowaniu surowicy zdarzają się niewątpliwie przypadki, w których dodatniego działania surowicy stwierdzić nie można. Należą tu zwłaszcza te przypadki, w których pomimo zastosowania surowicy proces zapalny rozszerza się i zajmuje płaty zdrowe. Przypadki takie jednak nie należą do częstych i dadzą się teoretycznie uzasadnić. Najważniejszym dowodem dodatniego działania surowicy pneumokokowej byłoby zmniejszenie procentu śmiertelności w przypadkach, leczonych swoiście. Materiał, zebrany przeze mnie, jest za mały, aby rozstrzygnąć tę kwestję stanowczo. Jednakże przemawia on pod tym względem na korzyść surowicy Römera.

Śmiertelność bowiem w tych 150 przeszło przypadkach, zebranych z literatury, na których się opieram w swych wywodach, wynosi 7⁰/₀, podczas gdy przeciętna śmiertelność w zapaleniu płuc, nie leczonym swoiście, wynosi, według zdania rozmaitych autorów, znacznie więcej: od 10⁰/₀ do 30⁰/₀ (Schäffer-Mering). W statystykach Sniveli i Goldsborough, opartych na pięciustach przypadkach zapalenia płuc, leczonego rozmaitego rodzaju swoistymi surowicami, śmiertelność wynosi 5⁰/₀, co zgadza się prawie z moimi statystycznymi danymi. Streszczając się, powiedzmy:

1) Stosowanie surowicy Römera we włóknikowym zapaleniu płuc, powstałym na tle pneumokokowym, nie działa szkodliwie z wyjątkiem — być może — nie-

ostrożnego jej stosowania w dużych dawkach na szczycie rozwoju choroby.

2) W pierwszych dniach choroby surowica Römera wywiera bardzo często wpływ dodatni na przebieg procesu zapalnego.

3) W późniejszym okresie zapalenia łagodzi nieraz jego przejawy, działając jednak wogóle znacznie słabiej.

4) Odsetka śmiertelności u chorych, leczonych surowicą, jest prawdopodobnie mniejsza, niż u chorych, nieleczonych swoiście.

5) Zdarzają się przypadki zapalenia płuc włóknikowego, w których swoista surowica nie działa wcale.

Piśmiennictwo.

1. Knauth: Deutsche Medizin. Wochenschr. 1905 Nr. 12.
2. Pässler: Deutsch. Archiv für klinische Medizin. Band LXXXII—1905.
3. Römer: Bericht über die 30 Versamml. der Ophthälm. Gesellschaft 1902.
4. Pane: Riforma medica 1898 str. 194.
5. Fanoni: New-York med. journ. 70 1908 str. 302.
6. Desara-Cao: Ref. Baumgarten's Jahresber. 1902 str. 64.
7. Lindenstein: Münch. medizinische Wochenschr. № 39—1905.
8. Axenfeld: Münch. med. Wochenschrift № 6—1906.
9. Winkelmann: Münch. med. Wochenschrift № 1—1906.
10. Tauber: Wiener kl. Wochenschr. 1906 № 11.
11. Mięśowicz: Przegląd Lekarski — 1906 № 30 i 31.
12. Schäffer: Der prakt. Arzt 1907, № 1 i 2.
13. Crux: Deutsche med. Wochenschrift 1908 № 16.
14. Krische: Medizin. Klinik — 1908 № 44.
15. May: Muench. Medizin. Wochenschrift 1908, № 40 i 41.
16. Juergens: Charité — Annalen XXXI Jahrg.
17. Juergens: Zeitschr. für klin. Medizin. 136. 63.
18. Monti: Archiv für Kinderheilk. 1908 № 49.
19. Bruening: Deutsche med. Wochenschr. 1909, № 42.
20. Kleinschmidt: Medizin. Klinik 1911 № 31.
21. Beltz: Deutsche med. Wochenschrift 1912, № 1.
22. A. Gèronne: Berl. kl. Wochenschr. 1912, № 36.
23. Bochncke: Muench. med. Wochenschr. 1913, № 8.

Dyskusja. S. Sitkowski (z Radzyna) przypomina, że są postaci zapalenia płuc, które pomimo typowego początku kończą się pomyślnie bez interwencji po 2 — 3 dniach choroby; w tych postaciach przy stosowaniu surowicy możnaby przypisać wynik niesłusznie jej działaniu. Naogół doświadczenia z surowicą Römera nie są zachęcające; surowica ta jest przytem bakterjolityczną i jako taka może być w działaniu niebezpieczną.

B. Dziemski (z Lublina) mówi przedewszystkiem ogólnie o działaniu surowic. Usiłowania czynione w kierunku zastąpienia objawowego leczenia chorób zakaźnych surowicami swoistymi dały wyniki rozmaite, zależnie od biologicznych własności bakterji chorobotwórczych, przedewszystkiem zaś od tego, czy dany gatunek bakterji wydziela jady rozpuszczalne, czy też ma jady związane z ciałami bakterji (endotoksyny). Surowice zwierząt (przeważnie koni), uodpornionych jadami bakteryjnymi, czyli surowice antytoksyczne, posiadają znaczenie zarówno lecznicze, jak za-

pobiegawcze. W chorobach o charakterze toksycznym, jak np. błonica, tężec, czerwonka, wywołana przez prątki typu Shiga-Kruse, wprowadzenie do zakażonego ustroju gotowych swoistych przeciwjadów, które z maksymalną energią chemiczną dążą do połączenia się z jadam i zniweczenia tych ostatnich, jest najidealniejszą podstawą leczenia.

Surowice, otrzymane od zwierząt, uodpornionych bakterjami, zwą się „bakterjobójczymi”, ponieważ zawierają bakterjolisyny, t. j. ciała rozpuszczające bakterje. Do rzędu bakterjobójczych należy surowica Römera. Właściwości antytoksycznych (ściślej antyendotoksycznych) surowica ta posiada niewiele; działanie jej polega na rozpuszczaniu pneumokoków przez zawarte w niej odpowiednie lizyny, przyczem następuje wyzwolenie endotoksyn z uległych rozpadowi ciał pneumokoków. Działanie surowicy może mieć przeto miejsce tylko wtedy, gdy zapalenie płuc wywołane jest pneumokokami; tymczasem wiadomo, że zapalenia płuc mają nader różnorodną etiologię (dwoinki Fränkla, prątki grypy, paciorkowce, lasu dżumy, wreszcie meningokoki i las. duru); surowica powinna być zatem stosowana wyłącznie na zasadzie ścisłej analizy bakterjologicznej płwocin. Jako bakterjobójcza, surowica Römera może być stosowana tylko w początkowym okresie, kiedy zarazków jest niewiele, inaczej bowiem zagraża ustrojowi zatrucie masowo rozpuszczonymi jadam. — Przypadki nagłego pogorszenia stanu chorych (spadek ciśnienia, sinica, niemiernie tętno) świadczą, że surowica Römera nie jest środkiem bezwzględnie nieszkodliwym, z drugiej zaś strony zmienny wogóle przebieg zapalenia płuc i dość częste przypadki poronne tej choroby nie pozwalają wczesnego przełomu kłaść bez zastrzeżeń na karb dodatniego działania surowicy. Cały szereg badaczy, a w tej liczbie Bianti, Pierracini, Pässler, Jürgens, Mięśowicz, nie widzieli dodatniego wpływu surowicy na przebieg sprawy zapalnej w płucach. Ilość leukocytów po wstrzyknięciu surowicy Römera podług jednych badaczy zwiększa się, podług innych pozostaje bez zmiany, lub nawet zmniejsza się; stąd żadnych wniosków na korzyść surowicy Römera wyprowadzić niepodobna. Dodatni jakoby wpływ surowicy Römera—zmniejszenie ilości krwi w płwocinie chorych, nastąpi po zastosowaniu każdej surowicy, nawet normalnej końskiej. Zważywszy przeto, że surowica Römera, nie posiadając pewnego leczniczego działania, nie jest wolną od ubocznego działania, może powodować chorobę posurowiczą, a stosowana w późniejszych okresach zapalenia płuc działa na ustrój ujemnie, Dz. żąda, by lekarz w każdym przypadku przed wstrzyknięciem surowicy Römera za obowiązek uważał sobie bakterjologiczne badanie płwocin i po ustaleniu etiologii zastosował ewentualnie surowicę, lecz tylko w okresie początkowym.

Prelegent (K. Okuszko) odpowiada, że każdy przypadek, leczony surowicą, rozpatrywał krytycznie i omówił szczegółowo w swej pracy; zapoznał się uprzednio z wynikami, otrzymanymi przez różnych badaczy i sądzi, że miał moralne prawo stosowania surowicy u chorych, obserwowanych klinicznie (w szpitalu). Wyniki leczenia uważa stanowczo za dodatnie, surowica zmniejsza ^o/_o śmiertelności.

Następny odczyt wygłosił dr. J. Dehnel z Będzina:

W sprawie walki z gruźlicą w Zagłębiu Dąbrowskiem.

Prelegent przedstawił dane liczbowe co do liczby chorych na gruźlicę w Zagłębiu Dąbrowskiem: w r. 1901 chorych w szpitalach 145 (przyp. śmiertelnych 51), w ambulatorjach 498, t. j. razem 643; w r. 1912 w szpitalach 268 (102 przyp.

śmierci), w ambulatorjach 1418 razem 1686. Dunin oblicza ilość suchotników w Królestwie na 1·5% ludności. Te tak smutne liczby są zależne od krytycznego położenia robotników fabrycznych, braku racjonalnego leczenia oraz niedostatecznego (lub zaniedbanego zupełnie) zwracania uwagi na zwalczanie gniazd zarazy. Akcję w tym kierunku wszczęli właśnie lekarze Zagłębia, przez swe Towarzystwo lekarskie. Prelegent mówi ogólnie o walce z gruźlicą — więc o wynikach leczenia sanatoryjnego u nas i u obcych, o znaczeniu leczenia szpitalnego (w Berlinie 36—40% wyleczeń, wedł. Gutmana): — stwierdza następnie brak łóżek szpitalnych w Zagłębiu: 400 łóżek na 60 tysięcy suchotników i podkreśla potrzebę stworzenia w Zagłębiu szpitala dla chorych gruźliczych: wymaga tego od właścicieli fabryk nie tylko poczucie moralne, lecz wprost przepis prawa. Plan walki z gruźlicą w Zagłębiu omówiony już został przez prelegenta (Zdrowie Nr. 8, 1913) i przedstawiony Radzie Zjazdu przemysłowców górniczych — odpowiedź tej Rady była wymijająca, lecz sprawa niebawem ma być poruszona powtórnie. — W zakończeniu wnosi prelegent, aby akcja podobna wszczęta była w innych dzielnicach Królestwa.

Głos zabiera J. Pełczyński (z Radomia): Na przerażający wzrost ilości suchotników u nas ma wpływ niezawodny coraz większe uprzemysłowienie kraju; walka z gruźlicą, jako chorobą społeczną, staje się coraz bardziej naglącą. Uzdrowiska dla robotników, nader ważne bezsprzecznie w tej walce, nie będą zakładane przez właścicieli fabryk poza Zagłębiem i gub. Piotrkowską, gdyż tylko na tę gubernię rozciągają się postanowienia obowiązujące co do leczenia robotników fabrycznych; gdzieindziej właściciele fabryk postarali się o odebranie inspekcji fabrycznej prawa wydawania postanowień w sprawie pomocy lekarskiej w fabrykach. Nie zarzucając przeto myśli o sanatorjach ludowych, musimy na razie prowadzić walkę z gruźlicą w inny sposób; stworzyć przychodnie, letniska i t. p.

Wł. Czaplicki (z Otwocka) zgadza się, że nieprędko doczekamy się odpowiedniej ilości uzdrowisk dla znacznej liczby chorych na gruźlicę. Okres pobytu w uzdrowiskach do pewnego stopnia skrócić może stosowanie odmy sztucznej w leczeniu gruźlicy; każdy lekarz, a szczególnie szpitalny, stosować ją może. Dla potwierdzenia, że odma skraca czas niezdolności chorego do pracy, opisuje mówca przypadek, w którym chory, gorączkujący do 39,5 od 3 miesięcy, na drugi dzień po zastosowaniu odmy stracił zupełnie gorączkę, a na piąty wrócił do zajęć i od 6 tygodni nie gorączkuje i czuje się zdrowym. Cz. stosował odnę sztuczną w 21 przypadkach; około połowy z tych przypadków wyklucza ze statystyki, gdyż stosowano odnę u ciężko chorych w celu np. zatrzymania krwotoków z innych w 7 przypadkach miał wynik bardzo dobry: dwaj z najdłużej obserwowanych chorych (rok i 8 miesięcy) czują się dzisiaj, jak i wkrótce po zastosowaniu odmy, zupełnie dobrze.

Wł. Schoenaich zwraca uwagę na ważne znaczenie higieny mieszkań w walce z gruźlicą. Mówca obliczył z materiału ambulatorjum szpitala Panny Marji dla dzieci w Łodzi gęstość zaludnienia 14.066 mieszkań jednoizbowych i stwierdził prawdziwą „nędzę mieszkaniową”, która pod względem higieniczno-społecznym stanowi jedno z największych niebezpieczeństw. Dane szczegółowe przedstawił mówca w pracy, drukowanej w zjazdowym numerze Zdrowia (1914 № 6).

Przewodniczący stwierdził, że pożądane są dokładniejsze dane co do sposobów i wyników walki z gruźlicą w naszych warunkach, poczem prelegent (J. Dehnel) odpowiedział przedmówcom: sanatorja nie są alfa i omega w walce z gruźlicą

dobrobyt, kultura, postępy higieny publicznej i osobniczej, oto środki zwalczania tej choroby społecznej.

Ponieważ po wyczerpaniu dyskusji pozostało do końca posiedzenia tyle czasu, ile zająć może jeden jeszcze odczyt, przewodniczący zapytuje, który z odczytów ogół zebranych uważałby za najbardziej pożądany. Wybór pozostawiono prezydium, które udzieliło głosu dr. A. Żebrowskiemu (z Lublina). Prelegent przedstawił w zwięzłym streszczeniu „Przyczynek do statystyki twardzieli”, opracowany na zasadzie 53 odpowiedzi na rozesłaną ankietę (260 egz.) w sprawie częstości występowania twardzieli. Z pracy tej wynika, że w południowo-wschodnich powiatach ziemi lubelskiej (Chełmszczyzna) oraz na Podlasiu przypadki twardzieli są częste. Ze względu na znaczną zaraźliwość twardzieli, na walkę z tą chorobą, a przede wszystkim na wczesne jej rozpoznawanie powinniśmy zwrócić bacniejszą uwagę.

W dyskusji Br. Sitkowski (z Lublina) opisuje 4 przypadki, spostrzegane w szpitalu Jana Bożego w Lublinie wspólnie z Biernackim; pochodziły one z powiatów południowych (Janowski, Biłgorajski). W przypadkach tych zastosowano intubację z dobrym wynikiem, rurkę trzymano 2 doby; po wyjęciu chorego czuli się lepiej, niż przed intubacją, swobodniej oddychali; jedna z chorych zgłosiła się po 1/2 roku do powtórnej intubacji. O ostatecznym losie tych chorych mówca nie ma wiadomości.

E. Moniuszko (Zwierzyniec ziemi Lubelskiej) żałuje, że nie otrzymał ankiety, jakkolwiek posiada szpital w Zwierzyńcu, gdzie operował 2 przypadki twardzieli. Co do zaraźliwości tej postaci chorobowej mówca nie zgadza się, by była ona tak wybitna, jak to przedstawia prelegent.

K. Jaczewski (Lublin) uważa twardziel za chorobę endemiczną w ziemi Lubelskiej; w ciągu lat paru widział przeszło 20 przypadków. Rozpoznanie nastęrcza często znaczne trudności, a nieznanomość dróg, jakimi choroba się szerzy, sprawia, iż walka z twardzielą jest szczególnie trudną.

M. Garbaczewski (z Turobina ziemi Lubelskiej) stawia wniosek, aby Lubelskie Tow. Lekarskie poświęciło osobne posiedzenie zapoznaniu się z twardzielą i sposobami walki z tą chorobą.

S. Dobrucki (z Lublina) wyraża wdzięczność prelegentowi za poruszenie tak żywej sprawy. Zaraźliwość twardzieli jest znaczna i należy obmyśleć sposoby walki z tą chorobą. D. opisuje następnie przypadek twardzieli, w którym wydobył z tchawicy ułamaną rurkę tracheotomijną.

A. Majewski (z Lublina) zwraca uwagę, że przed kilku laty Rydygier junior opisał metodę leczenia twardzieli promieniami Roentgena i podał szereg przypadków trwałego wyleczenia.

Prelegent (A. Żebrowski) odpowiada, że w pracy swej nie mówił o metodach leczenia, lecz o statystyce twardzieli i obmyśleniu profilaktyki; — pożądane byłoby rejestrowanie każdego przypadku, jak to ma miejsce w innych chorobach zakaźnych.

W sprawie osobistej zabiera głos S. Orgelbrand, przepraszając za użycie o stosunku niektórych lekarzy do chorych, niestosownego wyrażenia, na co poprzednio, podczas nieobeśności Org. na sali, zwrócił uwagę przewodniczący.

Przewodniczący (E. Wiszniewski) zamyka właściwe obrady Zjazdu życzeniem, aby uchwały, jakie niebawem zapadną, były urzeczywistnione.

Następnie J. Modrzewski (Lublin) w imieniu Komisji uchwał odczytał następujące wnioski, przedstawiając je Zjazdowi do uchwalenia.

1) Zważywszy, że ściśle określenie ciepłoty ustroju jest sprawą pierwszorzędnej wagi, Zjazd zwraca uwagę na nieściśłość powszechnie używanych t. zw. termometrów kieszonkowych i zaleca używanie ciepłomierzy typu szpitalnego bezwzględnie sprawdzonych.

2) Każdy lekarz nim osiedli się na prowincji, winien odbyć praktykę na oddziałach szpitalnych.

3) Pożądane jest wprowadzenie nauki higieny w szkołach wyższych i niższych, szkołach rolniczych, seminarjach duchownych i nauczycielskich oraz do szkół ludowych w postaci pogadanek.

4) Pożądane jest wobec spodziewanych prac sanitarnych w samorządzie prowadzenie statystyki chorób wogóle, a chorób zakaźnych w szczególności.

5) Wobec częstych wypadków gorączek połogowych na wsi zaleca się lekarzom organizowanie pogadanek dla babek i zalecanie im ostrożności w badaniu położnic.

6) Wystąpić do Towarzystwa naukowego z wezwaniem, aby na żądanie lekarzy rozsyłało wyjałowione próbówki oraz badało krew na odczyn Wassermana po cenie bardzo niskiej, a w razie potrzeby, według uznania lekarza, darmo.

7) Polecić komitetowi zjazdu zajęcie się sprawą ułatwiania lekarzom uzupełnienia ich wiedzy fachowej.

8) Ponieważ większość młodych lekarzy, udających się na prowincję, pierwsze lata praktyki odbywa w szpitalach warszawskich, Zjazd postanawia wyzyskać zamierzenia zarządu szpitali warszawskich co do zwiększonej liczby asystentów i ich uposażenia.

9) Zjazd poleca, jako pożądane, urządzenie przez szpitale conajmniej leżalni i altan, umożliwiających chorym gruźliczym korzystanie z działania promieni słonecznych.

10) Zjazd uważa za pożądane wydanie w druku odczytu dr. Chodźki.

11) Zjazd uważa, że lekarze winni prowadzić walkę z alkoholizmem nie tylko słowem, lecz i osobistym przykładem.

12) Zjazd potępia lekarzy, którzy w stosunku do chorych kierują się innymi względami ponad dobro chorego.

13) Organem wykonawczym zjazdu ma być komitet organizacyjny zjazdu aż do chwili zawiązania komitetu organizacyjnego następnego zjazdu.

14) Zjazd poleca komitetowi opracowanie i obmyślenie wprowadzenia w wykonanie „Wzajemnego ubezpieczenia lekarzy na życie“.

15) Zjazd wzywa Tow. lekarskie lubelskie do zwołania posiedzenia specjalnego dla szczegółowego zapoznania się i omówienia walki z twardzielą.

Wnioski przyjęto przez aklamację; za wnioskiem, oznaczonym № 12 oświadczyła się nieznaczna większość, gdyż wniosek ten, jako nieuzasadniony i nie wpływający z żadnego z wygłoszonych odczytów nie był zrozumiały dla ogółu. Dodatkowo powzięto (za wniosek J. Niewirowicza ze Staszowa) uchwałę 16-tą.

16) Zjazd uważa za pożądane, aby wszyscy lekarze w miarę możliwości należeli do jednego z towarzystw lekarskich.

Następny III-ci Zjazd lekarzy prowincjonalnych uchwalono zwołać w Częstochowie w roku 1917-ym.

Przewodniczący zawiadomił jeszcze o zamierzonym wydawnictwie „Przegląd szpitalnictwa i dobroczynności publicznej”, zachęcając do poparcia takowego, — poczem II-gi Zjazd lekarzy prowincjonalnych w Lublinie został rozwiązany.

Komitet organizacyjny zaprosił uczestników na pożegnalne luźne zebranie towarzyskie w salonach Resursy Lubelskiej o godz. 9-ej wieczorem.



SPIS UCZESTNIKÓW ZJAZDU.

1. Adamski Jan — Chodecz
(gub. Warsz.).
2. Alchimowicz Konstanty (Łomża).
3. Arnsztajnowa Franciszka Lublin.
4. Arnsztajn Marek
5. Bachnicki Stanisław — Wołyń,
Uściług.
6. Batawia Ludwik—Częstochowa.
7. Bączkiewicz Jan—Warszawa.
8. Bączkiewiczowa Janowa „
9. Beber Rudolf — Łomża.
10. Biernacki Michał — Tomaszów
Rawski.
11. Bobrowska Jadwiga — Lublin.
12. Bojakowski Klemens—Sulejów,
z. Piotrkowska.
13. Borsukiewicz Piotr — Lublin.
14. Borsukiewiczowa Aniela „
15. Brendel Roman — Irena, z. Lu-
belska.
16. Brunner Edward — Warszawa.
17. Brzeziński Adam — Lublin.
18. Brzezińska Marja „
19. Brzeziński Józef — Zawiercie.
20. Budzyński Tadeusz Warszawa.
21. Certowicz Maksymiljan
Włocławek.
22. Chmielewski Jan — Gościera-
dów (z. Lubelska).
23. Chodźko Witold — Czerwony
Dwór (z. Warszawska).
24. Ciechanowski Stanisław Prof.
Kraków.
25. Cynberg Jakób — Lublin.
26. Cynbergowa Emilja „
27. Cunge Władysław — Radom.
28. Czaplicki Władysław — Otwock.
29. Czarnecki Jan — Lublin.
30. Czarnecka Kazimiera „
31. Czarnecki Napoleon—Wiszarów
g. Wileńska.
32. Czechowicz Józef—Maciejowice.
33. Czerwiński Czesław — Lublin.
34. Czerwińska Anna
35. Dąbrowski-Grzywo Wiktor—Kc-
chanówka pod Łodzią.
36. Dehnel Jan — Będzin
z. Piotrkowska.
37. Dobrucki Stanisław Lublin.
38. Dobrucka Zofja „
39. Dobrucka Zofja (jun.) „
40. Duchateau Henryk — Opatów
z. Radomska.
41. Dukalski Zygmunt—Stawiszyn
z. Kaliska.
42. Dutkiewicz Roman—Działoszy-
ce z. Kielecka.
43. Dziemski Bolesław—Lublin.
44. Dziemska Zofja „
45. Erbrich Feliks — Warszawa.
46. Erlichówna Wanda — Lublin.
47. Fidler Henryk — Radom.
48. Fliski Henryk—Garbów z. Lu-
belska.
49. Garbaczewski Marcin—Turobin,
z. Lubelska.
50. Garlicka Zofja — Łódź.
51. Gąsiorowski Jan — Chodel.
52. Gąsiorowska Wanda z. Lubelska.
53. Gelibter Jakób — Zamość.
54. Glibowski Wincenty Sandomierz
55. Glibowska Marja „
56. Gliński Jerzy — Łask z. Piot-
kowska.
57. Gliński Mieczysław—Naęczów
z. Lubelska.
58. Gniazdowski Teofil — Chełm.
59. Golakowski Władysław — Hru-
bieszów z. Lubelska.
60. Golakowska Walentyna—Hru-
bieszów z. Lubelska.
61. Golakowska (córka) Hrubieszów
z. Lubelska.

62. Golakowska (siostra) Hrubieszów z. Lubelska.
63. Górski Ksawery — Abazya (Istrya).
64. Gosztowt Leon — Kraśnik z. Lubelska.
65. Grabiński Bronisław — Węgrów z. Siedlecka.
66. Gumowski Franciszek — Sierpc z. Płocka.
67. Guzowski Józef — Lublin.
68. Guzowska Zofja „
69. Horodyski Bolesław — Puławy.
70. Ignatjew Michał — Lublin.
71. Jabłoński Stanisław — Józefów nad Wisłą (z. Lubelska).
72. Jabłońska Irena — Józefów nad Wisłą (z. Lubelska).
73. Jaczewski Kazimierz — Lublin.
74. Jakowski Marjan — Warszawa.
75. Jankowski Paweł — Lublin.
76. Jankowska Marja „
77. Jankowski Piotr — Kielce.
78. Jarnuszkiewicz Witold — Lublin.
79. Jarnuszkiewiczowa Tekla „
80. Jarnuszkiewicz Irena „
81. Jarosiński Adam Sterdyń z. Siedlecka.
82. Jaroszyński Ignacy — Piaski Luterskie z. Lubelska.
83. Jasiński Wacław — Lublin.
84. Jasińska Marja „
85. Jaworowski Aleksander — Lublin.
86. Jaworski Józef — Warszawa.
87. Jedlicki Łukasz — Kielce.
88. Juchniewicz Wiktor — Opoczno z. Radomska.
89. Kaczyński Hipolit — Parczew z. Siedlecka.
90. Kamieński Stanisław — Mława z. Płocka.
91. Kelles-Krauz Stanisław — Radom.
92. Kielczewski Jakób — Lublin.
93. Klarner Jan — Lublin.
94. Klarner Szymon — Bełżyce z. Lubelska.
95. Koliński Józef — Łódź.
96. Kolińska Marja „
97. Kossak Józef — Radom.
98. Kowalski Franciszek — Ryki z. Siedlecka.
99. Kozicki Piotr — Siedliszcze z. Lubelska.
100. Kozłowski Tomasz — Goworowo z. Łomżyńska.
101. Kozłowski Wacław — Opoczno z. Radomska.
102. Krasnowolski Teodor — Zwirnowo g. Kijowska.
103. Krassowski Mieczysław — Garwolin z. Siedlecka.
104. Krusche Alfred — Łódź.
105. Krzyczkowski Henryk — Zamość z. Lubelska.
106. Krzyżanowski Antoni — Wisznice z. Siedlecka.
107. Kurtz Stanisław — Warszawa.
108. Kurtz Aniela „
109. Kurtz Zofja „
110. Lasocki Wacław — Nałęczów z. Lubelska.
111. Leśnobrodzki Antoni — Bielsk z. Płocka.
112. Leśnobrodzka Alicja — Bielsk z. Płocka.
113. Leyberg Ignacy — Łódź.
114. Libiszowski Walerjan — Przysucha z. Radomska.
115. Lubodziecki Ludwik — Żarnów z. Radomska.
116. Luxenburg Józef — Warszawa.
117. Łazarowicz Klemens — Warszawa.
118. Łuczowski Edward — Chełm.
119. Łuczowska Bronisława „
120. Łuczowska Jadwiga „
121. Łuniewska - Pozarycka Felicja — Warta z. Kaliska.
122. Majewski Adam — Lublin.
123. Malanowicz Kazimierz — Błonie z. Warszawska.
124. Malewski Bronisław — Grodzisk.
125. Małynicz Jakób — Czarnystaw g. Wileńska.
126. Marczewski Józef — Częstochowa.
127. Markowski Stanisław — Częstochowa.
128. Markowska Jadwiga — Częstochowa.
129. Marx Mieczysław — Łódź.
130. Martowa Janina „
131. Maybaum Józef — Łódź.
132. Meyer Tadeusz — Tomaszów Rawski.
133. Męczkowski Wacław — Warszawa.
134. Mieczysławski Franciszek — Chorzele z. Płocka.
135. Mikulski Antoni — Kochanówka pod Łodzią.
136. Mikulska Marja — Kochanówka pod Łodzią.
137. Miłaszewski Franciszek — Łuck, Wołyń.
138. Miłaszewska Janina — Łuck, Wołyń.

139. Mioduszewski Czesław—Ostrów
Łomżyński.
140. Mioduszewska Regina—Ostrów
Łomżyński.
141. Modrzewski Jan—Lublin.
142. Modrzewska Jadwiga „
143. Mogilnicki Tadeusz — Łódź.
144. Monasterski Stefan—Lubartów
z. Lubelska.
145. Moniuszko Edmund — Zwierzy-
niec z. Lubelska.
146. Morozewiczowa Helena Lublin.
147. Morozewiczówna Zofja „
148. Mulierówna Anna — Radom.
149. Niepokojczycka Jadwiga—Kra-
snobród z. Lubelska.
150. Niewirowicz Stefan — Staszów
z. Radomska.
151. Noniewicz Teofil — Suwałki.
152. Nosarzewski Stanisław Myszy-
niec z. Łomżyńska.
153. Nowak Stanisław Częstochowa.
154. Nowakowski Franciszek — Piń-
czów z. Kielecka.
155. Nowakowska Aleksandra Piń-
czów z. Kielecka.
156. Nowierski Ludomir—Piotrków.
157. Nowicki Stanisław — Grodzisk
z. Warszawska.
158. Okuszeko Kazimierz — Często-
chowa.
159. Olewiński Jan—Opatów z. Ra-
domska.
160. Orgelbrand Stanisław — Kalisz.
161. Orłowski Aloizy — Ćmielów.
162. Ostrowski Hilary — Siedlce.
163. Ostrowska Stanisława „
164. Panek Kazimierz Prof. — Lwów.
165. Pański Aleksander — Łódź.
166. Pasierbiński Konrad—Zawiercie
z. Piotrkowska.
167. Pawiński Józef — Warszawa.
168. Pawłowska-Kruze Marja — Ko-
chanówka pod Łodzią.
169. Pawłowski Wacław — Lublin.
170. Pelczyński Józef — Radom.
171. Pelczyńska Antonina „
172. Perłowski Kazimierz—Zawiercie.
173. Piasecki Witold — Włocławek.
174. Płaczekiewicz Leon — Lublin.
175. Podbielski Kazimierz — Boja-
nówka.
176. Podoski Kazimierz — Łuków
z. Siedlecka.
177. Polkowski Stanisław—Sokołów
z. Siedlecka.
178. Porębski Kazimierz—Zamość.
179. Przyborowski Jan—Ozorków
z. Piotrkowska.
180. Prussak Salomon — Lublin.
181. Puławski Arkadiusz—Warszawa.
182. Puławski Wincenty—Radziejów
z. Warszawska.
183. Puterman Jakób—Sosnowiec.
184. Rakowski Tadeusz — Radom.
185. Rakowska Jadwiga „
186. Raszkes Henryk—Radom.
187. Raszkes Zenajda „
188. Rechniowski Stefan—Piotrków.
189. Rejment Michał — Przedbórz
z. Radomska.
190. Rencki Prof. Lwów.
191. Rogiński Walerjan — Kolno
z. Łomżyńska.
192. Rogoziński Kazimierz—Lublin.
193. Rogozińska Zofia „
194. Roslan Stanisław — Piotrków.
195. Rotkiel Karol — Lublin.
196. Rozenblum Tobiasz — Między-
rzec z. Siedlecka.
197. Rozenfeld Karol—Częstochowa.
198. Rozenfeld Marja „
199. Rozentel Henryk — Łódź.
200. Rueger Henryk — Łódź.
201. Rytlówna Marja — Siedlce.
202. Sawicki Aleksander Włocławek.
203. Sawicki Bronisław—Warszawa.
204. Sitkowski Bronisław—Lublin.
205. Sitkowska Jadwiga „
206. Sitkowski Stanisław — Radzyń
z. Siedlecka.
207. Skalski Stanisław—Łódź.
208. Skalska Karolina „
209. Skibiński Jan — Lublin.
210. Słomiński Maciej — Pułtusk
z. Warszawska.
211. Słowikowski Feliks — Ostrów
Siedlecki.
212. Słowikowska Janina—Ostrów
Siedlecka.
213. Sobański Antoni — Piotrków.
214. Sosnowski Mieczysław Rejowiec
z. Lubelska.
215. Sochacki August — Irena
z. Lubelska.
216. Sroczyński Tadeusz—Ciechano-
wiec z. Łomżyńska.
217. Staniszewski Aleksander Lublin.
218. Staniszevska Marja „
219. Stano Tomasz — Lublin.
220. Stano Regina „
221. Starkiewicz Szymon—Dąbrowa
Górnicza.
222. Stawnicki Wojciech Częstochowa

223. Sterling Seweryn, — Łódź.
 224. Sterlingowa Helena „
 225. Szawelski Józef — Siedlce.
 226. Szczepaniak Aleksander, Radom
 227. Szenajch Władysław, Warszawa.
 228. Sznuć Tadeusz — Ostrowiec
 z. Radomska.
 229. Świętochowska Apolonja,
 Ostrów Łomżyński.
 230. Taraszkiewicz Edmund—Biała-
 Cerkiew. gub. Kijowska.
 231. Tenenbaum Henryk — Lublin.
 232. Tokarzewski Leonard-Tomasz,
 Włodawa, z. Siedlecka.
 233. Tołwiński Konrad — Lublin.
 234. Tołwiński Władysław „
 235. Tomaszewski Artur—Łódź.
 236. Trenkner Henryk „
 237. Troczewski Antoni — Kutno.
 238. Tymiński Eugenjusz—Lublin.
 239. Tymińska Stanisława „
 240. Urban Stanisław — Sejny
 241. Villaume Józef—Bychawa
 z. Lubelska.
 242. Villaume Zofja, Bychawa,
 z. Lubelska.
 243. Wardyński Adam — Ostrowiec
 z. Radomska.
 244. Wasilewski Leon Częstochowa.
 245. Wasilewska Zofja „
 246. Watten Ignacy—Łódź.
 247. Wąsowski Stefan — Lublin.
 248. Wąsowska Czesława — Lublin.
 249. Wędrychowski Kazimierz,
 Szydłowiec, z. Radomska.
 250. Wierzejski Marjan — Siedlce.
 251. Wisłocki Kazimierz—Warszawa.
 252. Wiszniewski Eugenjusz, Siedlce.
 253. Wiśniewski Ludwik — Jadów
 z. Warszawska.
 254. Wiśniewska Stanisława—Jadów
 z. Warszawska,
 255. Witkowska Helena — Lublin.
 256. Włoszczewski Bolesław — Sie-
 niawa, g. Kijowska.
 257. Wnorowski Jan — Piotrków.
 258. Wojciechowski August—Biała
 Podlaska.
 259. Woliński Władysław—Puławy.
 260. Wysokiński Stanisław—Lublin.
 261. Zaborowski Tadeusz—Żuromin
 z. Płocka.
 262. Zajdenman Mojżesz — Lublin.
 263. Zajdenmanowa Helena „
 264. Zaleski Józef—Łomża.
 265. Zaleski Kazimierz—Krasnystaw
 z. Lubelska.
 266. Zaleska Marya—Krasnystaw
 z. Lubelska.
 267. Zapasiewicz Antoni—Warszawa.
 268. Zawadzki Aleksander Warszawa.
 269. Zawadzki Józef „
 270. Zbrożek Feliks—Końskie
 z. Radomska.
 271. Zdanowicz Stanisław — War-
 szawa.
 272. Zembruski Ludwik, Warszawa.
 273. Zieliński Stanisław — Simno
 z. Suwalska.
 274. Zielińska Marya — Simno
 z. Suwalska.
 275. Ziemnicki Maksymiljan—Łę-
 czyca, z. Kaliska.
 276. Zienkiewicz Marcyan—Ciecha-
 nów z. Płocka.
 277. Zienkiewicz Regina, Ciechanów
 z. Płocka.
 278. Zmitrowicz Ludwik—Szeszaków
 z. Suwalska.
 279. Zyngier Józef — Lublin.
 280. Żebrowski Aleksander—Lublin.
 281. Żołędziowski Maksymiljan—Dą-
 browa Górnicza.
 282. Żółkowski Stanisław—Łęczycza.
 z. Kaliska.

UROCZYSTE POSIEDZENIE

T-WA LEKARZY ZIEMI LUBELSKIEJ

— Z POWODU —

40-LETNIEJ **ROZCHNICY ISTNIENIA.**



UROCZYSTE POSIEDZENIE

T-WA LEKARZY ZIEMI LUBELSKIEJ

z powodu 40-letniej rocznicy istnienia.



Dnia 30 maja 1914 roku zebrali się w sali Tow. lekarzy Ziemi Lubelskiej (gmach po-Dominikański) wszyscy miejscowi i większość zamiejscowych członków T-wa, delegaci Towarzystw lekarskich Królestwa Polskiego, Warszawskiego Tow. Naukowego i W. Tow. Hygienicznego, delegaci pism lekarskich: „Przeglądu lekarskiego” w Krakowie, „Tygodnika lekarskiego” we Lwowie, „Gazety lekarskiej”, „Medycyny i kroniki lekarskiej”, „Przeglądu chirurgicznego i ginekologicznego”, „Przeglądu pediatrycznego i Zdrowia” w Warszawie, jako goście obecni także przybyli na II Zjazd lekarzy prowincjonalnych w Lublinie lekarze z Królestwa i kresów—ogółem przeszło 200 osób.

Za stołem przydzielonym Zarząd T-wa in pleno: przewodniczący **S. Dobrucki**, zastępca **Cz. Czerwiński**, sekretarz **W. Jasiński**, bibliotekarz **A. Jaworowski** i skarbnik **A. Staniszewski**.

Przewodniczący **S. Dobrucki** wita zebranych i, dziękując za liczne stawienie się i uświetnienie uroczystego posiedzenia, zaznacza w krótkim przemówieniu jakim ideałom hołdowało T-wo w ciągu swego 40-letniego istnienia i po jakiej drodze dalej iść będzie, nadmieniając, że szczegółowy zarys rozwoju działalności T-wa będzie podany w dalszym przebiegu posiedzenia, przewodniczący oddaje głos sekretarzowi T-wa który odczytuje następującą listę członków **honorowych**, mianowanych przez T-wo w dniu Jubileuszu:

- prof. Zygmunt Laskowski—z Genewy,
- „ Jan Babiński i prof. Bolesław Motz—z Paryża,
- „ Józef Ziemacki i prof. Kazimierz Noiszewski z Petersburga,
- Radca D-r Franciszek Chłapowski z Poznania,
- Redaktor D-r Stanisław Łazarewicz z Poznania,
- D-r Stanisław Szuman z Torunia,
- Prof. D-r Benedykt Dybowski ze Lwowa,
- „ „ Antoni Gluziński ze Lwowa,
- „ „ Antoni Jurasz
- „ „ Stanisław Ciechanowski z Krakowa
- „ „ Maciej Leon Jakubowski z Krakowa,
- „ „ Kazimierz Kostanecki z Krakowa,

D-r Kazimierz Chełchowski z Warszawy,
 D-r Władysław Gajkiewicz „
 D-r Samuel Goldflam z Warszawy,
 D-r Walenty Kamocki z „
 D-r Franciszek Neugebauer „
 D-r Józef Pawiński z „
 D-r Arkadiusz Puławski z „
 D-r Mikołaj Rajchman z „
 D-r Bronisław Sawicki z „
 D-r Alfred Sokołowski z „
 D-r Edward Zieliński z „
 D-r Wacław Lasocki z Nałęczowa, ziemi Lubelskiej,
 D-r Józef Villaume z Bychawy, Ziemi Lubelskiej,
 D-r Seweryn Sterling z Łodzi
 D-r Henryk Fidler z Radomia. *)

Zebrani każde nazwisko przyjmowali długotrwałymi oklaskami. Przemówienie delegatów odłożono (dla większej swobody słowa, wskutek obecności na sali przedstawicieli władz rosyjskich) do wspólnej biesiady, na którą członkowie T-wa, zaprosili zgromadzonych gości. Następnie przewodniczący oddał głos najstarszemu członkowi Towarzystwa **dr. A. Jaworowskiemu**, który odczytał

„Zarys historii T-wa lekarzy Ziemi lubelskiej” od r. 1874 do 1914.

W związku z zarysem historii Towarzystwa lekarzy ziemi lubelskiej godzi się przypomnieć kilka faktów oraz kilka nazwisk dziejów Lublina, mających związek z medycyną lubelską.

Najpierwszym godnym wspomnienia faktem jest założenie pierwszego w mieście szpitala św. Ducha w r. 1342, wybudowanego wraz z kościołem pod tym wezwaniem z ofiarności publicznej. Szpital ten przetrwał kilka wieków i po otwarciu nowych większych szpitali—Jana Bożego w końcu XVII wieku i św. Łazarza (późniejszy Szarytek) w XVIII wieku zamieniony został na przytułek dla starców, po zrujnowaniu się budynku w połowie XIX w. przeniesiony został do innego gmachu (przy ul. Grodzkiej, gdzie dotąd, jako przytułek św. Ducha istnieje). Drugim doniosłym faktem pod względem higienicznym było urządzenie wodociągów miejskich przywilej na nie był wydany w r. 1505, otwarcie zaś nastąpiło w roku 1535 (za Zygmunta I); przetrwały one do drugiej połowy XVII wieku, ulegając zniszczeniu w czasie wojen szwedzkich; wodę czerpano powyżej miasta z rzeki Bystrzycy w miejscowości nazwanej Rurami.

Z lekarzy sławniejszych w Lublinie i jego okolicach w wieku XVI wymienić należy doktora Walentego z Lublina, autora dzieła „O różnych chorobach i ich leczeniu“ (w roku 1592) oraz tłumacza kilku dzieł obcych, ze współczesnych jemu: Tomkowicza, słynnego lekarza; Marcina z Urzędowa, kanonika Sandomierskiego

*) Członków honorowych T-wa było dotychczas: Prof. Ignacy Baranowski (Warszawa), prof. Ludwik Rydygier (Lwów), prof. Bolesław Wicherkiewicz (Kraków), d-r August Kwaśnicki (Kraków), d-r Władysław Biegański (Częstochowa), Prof. Tadeusz Browicz (Kraków), prof. Napoleon Cybulski (Kraków), d-r Heliodor Świącicki (Poznań) i d-r Aleksander Jaworowski (Lublin).

lekarza nadwornego Jana Tarnowskiego, autora „Herbarza polskiego“ (nauka o ziołach, herbae) wydanej w Krakowie w r. 1595; następnie Marcina z Chmielnik, ur. w 1559 r. w Lublinie, był on później profesorem w Bazylei, oraz Jakóba z Bełżyc, który cytowany jest jako człowiek uczony i sławny lekarz. Za panowania Władysława IV lekarzem sławnym i „szczęśliwym w leczeniu“ był Fałęcki Krzysztof, jednocześnie rajca miejski. Na początku panowania Stanisława Augusta wskutek wojen Lublin dochodzi do upadku, tak, że dopiero w r. 1785 „Komisja dobrego porządku“ z Hryniewickim, wojskim lubelskim na czele, oczyszcza miasto z gruzów i błota, brukuje je, naprawia bramy i ratusz, jednym słowem porządkuje pod względem higienicznym. W tym czasie również mieszkał w Lublinie d-r Michał Bergonsoni, rodem z Włoch, który napisał dziełko „Lublin podług ustaw Medyki uważany“. Drukowane w Lublinie w roku 1782, dedykowane komisarzom „dobrego porządku“; za tę rozprawę został mianowany przez króla nadwornym radcą i lekarzem przybocznym, a później naczelnym lekarzem wojsk Rzeczypospolitej, Książę Józef w r. 1807 mianuje go powtórnie naczelnym lekarzem i na tem stanowisku pozostaje do roku 1812; był on członkiem Towarzystwa przyjaciół nauk i poświęcił 40 lat pracy nowej swej ojczyźnie. W końcu XVIII i na początku XIX wieku mieszkał w Lublinie d-r Józef Szejn, który uwiecznił swe imię zapisaniem całego swego majątku na stypendyum dla studenta lub studentów medycyny uniwersytetu Warszawskiego synów obywateli m. Lublina. Nader znamienym jest ustęp z testamentu jego w którym mówi, że zapis ten czyni, „chcąc się wywdzięczyć obywatelom miasta Lublina, za tyle doznanych dla siebie dowodów przychylności“ i nadmienia, że „prawo własności tej sumy do ogółu miasta należeć będzie“. Jednym ze stypendystów z tego zapisu był urodzony w Lublinie w r. 1850 ś. p. d-r Karol Jonscher, który przez długie lata praktykował w Łodzi i zasłużył się dobrze dla tego miasta, pozostawiając trwałą po sobie pamięć.

Na początku XIX stulecia Lublin posiadał kilka kulturalnych instytucji, mianowicie Towarzystwo Dobroczytności, założone w r. 1815, Towarzystwo Przyjaciół nauk, założone w rok później i wznowione w tymże roku Towarzystwo Rolnicze, które istniało za czasów Księstwa Warszawskiego. Po roku 1831 pozostało z nich tylko Towarzystwo Dobroczytności, które w roku przysłym (1915) obchodzić będzie swoje stulecie. Powstała później Resursa miejska, skupiająca choć trochę życie umysłowe, przestała istnieć po roku sześćdziesiątym trzecim. Następujący dziesięć lat nie miał zatem żadnej instytucji, któraby jednoczyła inteligencję miejscową choćby tylko pod względem towarzyskim, nie mówiąc o umysłowym. Potrzeba takiego ogniska dla wzajemnego kształcenia się, podtrzymywania, ułatwienia w pracy dawała się odczuwać lekarzom więcej niż innym fachowcom, nic dziwnego tedy, że pierwsi promotorzy myśli założenia Towarzystwa lekarskiego doktorzy Jan czewski, Jankowski i Talko znaleźli wszystkich współkolegów chętnych i gotowych do przystąpienia i zapisania się na członków założycieli. Grono lekarzy lubelskich w r. 1874 stanowili: Ignacy Chrzanowski, Maurycy Ciechoński, Henryk Downar, Gustaw Doliński, Feliks Głogowski, Aleksander Janiszewski, Michał Jankowski, Adam Jentys, Julian Kwaśniewski, Adam Pankiewicz, Edward Sachs, Ludwik Schmidt, Tomasz Surzycki, Józef Talko, Tomasz Żyliński, oraz magister farmacji Ksawery Russyan—w tej liczbie było dwóch wychowañców wileńskiego uniwersytetu (Pankiewicz i Żyliński) 1 z Krakowa i 2 ze Szkoły Głównej (Jentys i Doliński) reszta z innych uniwersytetów; w ten sposób wśród członków Towarzystwa

widzimy wychowawców Śniadeckiego, Poczobutta (z Wilna) oraz uczniów Chałubińskiego z młodej wszechnicy warszawskiej, Dietla i Majera z Krakowa.

Pierwsze inauguracyjne posiedzenie odbyło się dnia 4 lipca 1874 roku; postanowiono w tym dniu odbywać doroczne zebrania ogólne, a posiedzenia zwyczajne w dniu 4-tym każdego miesiąca, co dotąd przez lat 40 przetrwało. Towarzystwo posiadało odrazu własny lokal: początkowo w sali aktowej dewnych szkół jezuickich obok katedry), lokal ten ustąpiło z pobudek obywatelskich szkole technicznej drogi żel. nadwiślańskiej, przenosząc się najpierw do 2-ch pokoiów starego klasztoru po-Dominikańskiego, następnie do lokalu teatralnego, później znowu na pierwsze lokum (obok katedry) wreszcie od lat 12 w obecnym miejscu w odnowionym gmachu po-Dominikańskim.

Pierwsze prezydjum stanowili: Kwaśniewski (prezes), Głogowski (vice-prezes), Talko (sekretarz), Russyan (skarbnik). W ciągu pierwszego roku wstąpili do Towarzystwa świeżo przybyli do Lublina Jan Ciepielewski i Aleksander Jaworowski oraz prawie wszyscy lekarze ziemi lubelskiej oraz aptekarze i weterynarzetał, iż w końcu pierwszego roku (1874) lista wynosiła 63 członków, 9 korespondentów—razem 73. Z tej liczby po latach 40-tu został tylko jeden.

Prezesami w ciągu 40-lecia byli: Kwaśniewski, Janiszewski (dwukrotnie), Jaworowski (dwukrotnie), Głogowski, Kuszelewski Eligiusz, Tołwiński Władysław i obecny Dobrucki Stanisław; vice-prezesami oprócz wyżej wymienionych: Downar, Doliński, Sachs, Tetz, Olechnowicz Wł., Arnsztajn Marek i obecny Czerwiński Czesław; sekretarzami: Talko, Doliński, Zdanowicz Paweł, Olechnowicz, Radomyski Stefan, Czerwiński, Majewski Adam, Modrzewski Jan, Dziemski Bolesław i obecny Waclaw Jasiński; bibliotekarzami: Jaworowski, Jaczewski Kazimierz, Cynberg Jakób, Modrzewski Jan Chodźko Witold i od lat wielu obecny Rotkel Karol.

Członków honorowych mianowało T-wo 21 z różnych dzielnic, mianowicie: Józefa Majera, Włodzimierza Brodowskiego, Ksawerego Gałęzowskiego, Marcelego Nenckiego, Juliana Kosińskiego, Edwarda Korczyńskiego, Eligiusza Kuszelewskiego, Aleksandra Janiszewskiego, Henryka Hoyera i z żyjących Ignacego Baranowskiego Ludwika Rydygiera, Bolesława Wicherkiewicza, Władysława Biegańskiego, Heliodora Święckiego, Napoleona Cybulskiego i Aleksandra Jaworowskiego. Ze zmarłych członków najwybitniejszymi jednostkami w życiu Towarzystwa, górującemi bądź umysłowością, bądź charakterem, bądź wreszcie czynami obywatelskimi byli: Janiszewski, Głogowski, Surzycki, Tetz, Downar, i Kuszelewski — cześć ich pamięci! (Ostatni cały swój majątek zapisał nacele oświatowe i filantropijne).

Towarzystwo w ciągu swego istnienia starało się w miarę swojej możności wypełniać swe obowiązki: na jego działalność naukową składali się wszyscy—każdy przynosił jakąś cegiełkę, czy to z umiłowanej gałęzi medycyny w formie wykładu, odczytu lub referatu, czy też w postaci demonstracji chorych, pokazów preparatów, narzędzi i t. p. — oprócz działalności naukowej Towarzystwo regulowało stosunki pomiędzy członkami i wpływało dodatnio na etykę koleżeńską.

W pierwszym dwudziestoleciu przeważały prace z medycyny wewnętrznej (364) mniej zaś było z chirurgii (168), w drugim dwudziestoleciu przewagę wzięła chirurgia i ginekologia operacyjna (669), z medycyny wewnętrznej (446), oprócz odczytów ściśle lekarskich, T-wo urządzało odczyty publiczne—prelegentami byli: Doliński, Zagórski, Olechnowicz, Villaume i Jaczewski—odczyty te cieszyły się dużym powodzeniem ze względu na świetną wymowę prelegentów i zajmujące tematy.

Wszystkie prace były drukowane w specjalnych **Rocznikach Towarzystwa** do roku 1891 następnie w czasopiśmie lekarskich (Gazeta lekarska, Przegląd lekarski, Czasopismo lekarskie w Łodzi).

W ciągu czterdziestoletniego istnienia zauważyć się dają obok okresów wzmożonej działalności chwile wyczerpania energii, wywołane bądź kłopotami natury finansowej, bądź też jak w latach 1905—1909 zależnie od ogólnego położenia kraju. Od roku 1910 zaczyna się znowu powrót do normalnej pracy, wzrasta ilość członków, demonstracji i odczytów: w r. 1903.4 było 11 odczytów, 98 demonstracji 1906 ani jednego odczytu, 30 demonstracji, w roku 1910—13 odczytów, 32 demonstracje. Biblioteka T-wa liczy dzieł 6353 w 9876 tomach w roku 1885, kiedy sporządzony został pierwszy katalog, wynosiła 1973 dzieł.

Dla wykazania jak stopniowo przenikały za pośrednictwem T-wa nowe zdobycze naukowe i metody leczenia wskażą następujące momenty z dziejów T-wa:

Z prac naukowych i zdobyczy klinicznych w r. 1865 **Jankowski** dokonał pierwszej operacji w jamie brzusznej (ovariotomia), w roku 1875 **Jaworowski** wprowadził pokazy preparatów mikroskopowych przy pomocy mikroskopu, zakupionego przez Towarzystwo (pierwszego w Lublinie), w r. 1876 **Zagórski** zastosował już po powrocie z zagranicy metodę opatrywania ran według Listera (ogłoszoną w r. 1874 w r. 1886 **Dobrucki** pokazał po raz pierwszy sposoby barwienia bakterji: w r. 1889 **Jaworowski** ogłosił wyniki leczenia metodą Apostoli'ego (pierwszy w kraju); w r. 1890 **Dobrucki** i **Arnsztajn** dają sprawozdanie z Berlina o **tuberkulinie Kocha**: w tym roku również **Dobrucki** wprowadza nowoczesne urządzenia operacyjne w szpitalu żydowskim, a w roku 1894 dokonywa pierwszej w kraju operacji na miednicy (symphyseotomia), w r. 1902 **Biernacki** i **Dobrucki** opisują intubację i zaczynają ją stosować w praktyce: w r. 1908 **Jaczewski** i **Modrzewski** po wprowadzeniu aparatów Roentgena demonstrują takowe członkom Towarzystwa i prowadzą pracownie w szpitalu św. Wincentego i św. Józefa.

Z dziedziny społeczno-lekarskiej wymienić należy inicjatywę i pracę członków ambulatorjum bezpłatnem przy szpitalu św. Wincentego (1880), zaczątek funduszu żelaznego Towarzystwa (1887), utworzenie sekcji higienicznej (1896): w r. 1898 ułożono projekt służby zdrowia dla ludności gub. Lubelskiej (Doliński i Biernacki), w r. 1902 na wniosek Towarzystwa (Tołwiński) zawiązano filję Towarzystwa Higienicznego, wybudowanie szpitala dziecięcego, oraz utworzono przy Towarzystwie **Komisję przemysłowo-lekarską**, która wydrukowała i rozesała do wszystkich Towarzystw lekarskich i pojedynczych lekarzy wykaz zdrojowisk polskich preparatów farmaceutycznych wyrobu krajowego, narzędzi chirurgicznych, opatrunkowych i t.p. w r. 1903 ułożono regulamin T-wa, w r. 1907 **Jaczewski** przedstawia ułożony pracownice projekt celowej walki z cholerą, przedstawiony następnie Komisji sanitarnej, wreszcie w r. 1913 **Czerwiński** poruszył projek opracowania kodeksu deontologii lekarskiej, obecnie uskuteczniiony.

Dla zobrazowania ducha, jaki panował w Towarzystwie i jego poglądów dość będzie przytoczyć na zakończenie ustęp z mowy jednego z założycieli T-wa d-ra Aleks. Janiszewskiego na ogólnem posiedzeniu T-wa:

„Wytepać z serc naszych rozrosłe chwasty zawiści i nieporozumień, dbać o dobrą sławę współtowarzyszy i umieć jej bronić w razie potrzeby, na drobne usterki stowarzyszonych patrzeć z pobłażaniem i umieć je przebaczać—to—zdaniem mojem—pierwsze godło sztandaru **koleżeństwa**: pracować nad umiejętnością le-

karską, ściśle badać, badania w sumienne i naukowe układać spostrzeżenia, ogłaszać je z przynależną uczonym skromnością, to znaczy hołdować godłu **nauka**—spełniać sumiennie przyjęte obowiązki praktyczne, w traktowaniu chorych mieć na względzie ich dobro, nie zaś chęć wykazania tak często praktykowanej mniemanej swojej wyższości, usuwać, o ile można, szkodliwe dla zdrowia wpływy, wykorzeniać przestarzałe przesady, o ile tego wymaga po nas nauka, postępowaniem sumiennem i honorowem wzbudzać szacunek dla samego zawodu—oto złożyć dowody jak pojmujemy **obywatelstwo**, z jakiej strony patrzymy na godło sztandaru **społeczeństwo**“.

Słowa powyższe wyprzedziły na lat wiele ogłoszone później kodeksy etyki lekarskiej, jednak nie przestały być aktualnymi—i zdaje się—że i w przyszłości powinny być wypisane złotymi głoskami w towarzystwach lekarskich i w sercach ich członków.

Dr. A. Jaworowski.

Sekretarz (W. Jasiński) odczytał uchwałę z dnia 4.X 1913 r., mocą której na wniosek Cz. Czerwińskiego powierzono wybranej ad hoc komisji opracowanie projektu „Kodeksu deontologii lekarskiej“; projekt, opracowany przez A. Brzezińskiego, Cz. Czerwińskiego i J. Kielczewskiego omówiono na posiedzeniach T-wa w dn. 4.5 i 11.5 1914 i przyjęto, postanawiając: wydrukować takowy w Pamiętniku II Zjazdu lekarzy prowincjonalnych,—rozesłać do wszystkich Towarzystw i pism lekarskich, a nawet, o ile to będzie możliwe—do wszystkich lekarzy Królestwa z prośbą o nadsyłanie do Lub. T-wa lekarskiego uwag i poprawek. Po ponownem rozpatrzeniu w Towarzystwie, projekt przedstawiony będzie do zatwierdzenia następnemu Zjazdowi lekarzy prowincjonalnych.

Dr. Arnsztajn (z Lublina), odczytał pracę p.n. „O ostrym żółtym zaniku wątroby podczas ciąży“.

Praca zawiera opis trzech przypadków, spostrzeganych przez referenta łącznie z kol. Dobruckim, Dziemskim i innymi. Prelegent pragnie ustalić, że lekarz na prowincji nie rozporządzający szpitalem, nie mogąc dokonać rozbioru zwłok ma prawo przypuszczenia, że w danym przypadku mamy do czynienia z ostrym żółtym zanikiem wątroby. Jakkolwiek choroba ta nazywa się ostrym żółtym zanikiem wątroby, to przebieg jej nie zawsze bywa ostry, niekiedy przebiega ona w sposób przewlekły, długie tygodnie, szczególnie pierwszy okres, a u ciężarnych zaczyna się dopiero po porodzie.

Ostry zanik wątroby nie zawsze kończy się śmiercią. Poznański w Tygodniku lekarskim z 1862 r. ogłosił przypadek szczęśliwie zakończonego ostrego zaniku wątroby.

Żółtaczka w mniejszym lub większym stopniu towarzyszy danej sprawie. Swędzenie nie występuje nigdy.—Żółtaczka nie jest pochodzenia urobilinowego.

Przebieg ostrego żółtego zaniku wątroby nie różni się wiele od przebiegu w zatruciu fosforem; żółty zanik wątroby różni się tem, że jest zakażeniem ograniczonym tylko do wątroby, inne zaś tkanki cierpią w mniejszym stopniu. Zwraca uwagę pewną skłonność ciężarnych do tego cierpienia. Czynnikiem zakażenia ptomarny lub toxalbuminy, które przez v. portae dostają się do wątroby. Zysiny. (Jacoby) zastrzyknięte wywołują podobne objawy. Przy schorzeniu mięszu wątroby skutkiem zwyrodnienia ustaje wessanie doprowadzonej z jelit przez żyłę wrotną urobiliny; ta ostatnia występuje w zwiększonych ilościach we krwi.

Leucyna i tyrozyna nie zawsze dają się odnaleźć (praca Buschke'go).

Różniczkowe rozpoznanie może się wahać między icterus policholicus, icterus mechanicus (w początkach choroby) Anaemia perniciosae, nephritis, przy którym urobilinuria bywa zniesioną i cierpienie wywołane toxinami dostarczonymi przez corpus luteum, placenta i periferje jaja płodowego.

Rozpoznanie podług niektórych autorów (Ewald) nie należy do trudnych.

Nasza literatura dawniejsza obfituje w podobne przypadki. 3 przypadki ostrego zaniku żółtego wątroby notowane były w mojej praktyce; wszystkie one zdarzyły się u kobiet młodych wieloródek w drugiej połowie ciąży, przebiegały długo-trwale, ostry okres występował dopiero po porodzie lub 2—3 dni wcześniej; zakończyły się wszystkie śmiercią. Choroba trwała do miesiąca najdłużej bez podwyższenia temperatury, niekiedy dochodząc do 35,4. Tętno w początkach 80, 86 uderzeń na minutę, w ostatnim stadium do 150 i wyżej, oddech przyspieszony w wywiadach kamica żółciowa. Wszędzie towarzyszy żółtaczka. Przebieg z początku łagodny przy ogólnem osłabieniu i braku łaknienia, następnie występują uporczywe wymioty, niekiedy krwiste, krwawienia zjawiają się po ciele i dziąsłach, w ostatnich okresach drgawki, utrata przytomności, skargi na brak powietrza i bóle głowy, wątroba z początku powiększona zmniejsza się, brzegu następnie wyczuć nie można, a na tem miejscu bębenkowy ton; bolesność pozostaje w okolicy wątroby przy ucisku wyraźniejsza z lewej strony, natomiast śledziona się powiększa. Wdechy coraz głębsze jak przy śpiączce cukrzycowej. Charakterystyczną była niezmiernie wielka ilość urobiliny. Kolor moczu brązowo-czerwony.—Mocznik z początku dochodzący do 26 pod koniec choroby zszedł na 9, w moczu niekiedy cukier-Leucynę i tyrozynę nie we wszystkich wypadkach znaleziono. Z trojga narodzonych dzieci jedno pozostało przy życiu. (Autoreferat).

Dyskusja: T. Rakowski (z Radomia) zapytał, czy rozpoznanie było stwierdzone przez rozbiór zwłok; Józ. Jaworski (z Warszawy) zauważył, że obraz nakreślony przez prelegenta, jako ostry żółty zanik choroby, właściwy jest t. zw. zatruciu ciążowemu w tych przypadkach występuje w moczu leucyna i tyrozyna. Co się zaś tyczy zmian we krwi, odpowiadają one t. zw. anaemiae perniciosae—postaci klinicznej, opisanej przez Gusserowa;—mówca opisał przypadek tego cierpienia, stwierdzony badaniem pośmiertnem.—Leucynę i tyrozynę można stwierdzić w moczu w przypadkach wymiot niepowsięgłych ciężarnych (hyperemesis gravidarum) w przypadkach zatrucia fosforem zdarzają się krwotoki maciczne nawet wtedy, gdy zatruta nie jest w ciąży. S. Sitkowski (z Radzyna) zapytał, czy badano krew na obecność barwików żółciowych.—Prelegent odpowiedział przedmówcom.

Przemówienia delegatów oraz odczytanie listów i depez miały miejsce podczas biesiady, urządzonej dla gości przez członków T-wa lekarzy ziemi Lubelskiej po uroczystym posiedzeniu.

Przemawiali: w imieniu Warszawskiego Tow. Naukowego	dr. M. Jakowski
„ „ Tow. Lekarskiego	dr. J. Pawiński
„ „ „ Hygienicznego	dr. J. Polak
„ „ Stowarzyszenia Lekarzy i redakcji „Zdrowia“	dr. J. Jaworski
„ redakcji „Przeglądu lekarskiego“ i Krakowskiego Tow. Lekarskiego	prof. dr. S. Ciechanowski
„ Tow. Lekarzy galicyjskich i red. Tygodnika lekarskiego	prof. dr. R. Rencki

w imieniu redakcji „Gazety lekarskiej“	dr. A. Puławski
„ „ Medycyny i kroniki lekarskiej	dr. J. Zawadzki
„ „ Przeglądu pedyatrycznego	dr. Wł. Szenajch
„ „ Przeglądu chirurgicznego i ginekologicznego	dr. L. Zembrzuski
„ komitetu II Zjazdu Hygienistów	prof. dr. K. Panek.
„ Tow. Lekarskiego w Częstochowie	dr. J. Brzeziński
„ „ „ w Łodzi	dr. J. Maybaum
„ „ „ w Kielcach	dr. Ł. Jedlicki
„ „ „ w Radomiu	dr. H. Fidler
„ „ „ w Kaliszu	dr. S. Orgelbrand
„ „ „ w Zagłębiu Dąbrow.	dr. J. Dehnel
„ „ „ w Piotrkowie	dr. S. Rechniowski
„ „ „ w Siedlcach	dr. A. Jarosiński

prócz tego przemawiali: dr. M. Certowicz (z Włocławka), prof. dr. R. Rencki (z Lwowa, dr. Piasecki (z Włocławka), dr. M. Jakowski (z Warszawy), dr. B. Sawicki i dr. J. Zawadzki (z Warszawy). Na toasty i przemówienia odpowiadali, w imieniu członków T-wa Lekarzy ziemi Lubelskiej: dr. A. Jaworowski, dr. W. Tołwiński, dr. J. Villume (z Bychawy) i dr. Lasocki (z Nałęczowa).

Depesze i listy nadesłali Towarzystwu Lekarskiemu i II Zjazdowi lekarzy prowincjonalnych w Lublinie: prof. B. Wicherkiewicz z Krakowa, prof. B. Motz z Paryża, prof. A. Głuziński ze Lwowa, prof. M. L. Jakubowski i prof. T. Browicz z Krakowa, rektor prof. K. Kostanecki z Krakowa, dziekan prof. A. Jurasz ze Lwowa, prof. L. Rydygier ze Lwowa, dr. Aug. Kwaśnicki z Krakowa, dr. Surzycki z Krakowa, dr. A. Sokołowski z Warszawy, prof. J. Baranowski z Warszawy, dr. Falgowski z Poznania, ted. dr. Stanisław Łazarewicz (w imieniu Nowości lekarskich i Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu), dr. H. Święcicki z Poznania, dr. Franciszek Chłapowski z Poznania, redakcja „Neurologji Polskiej“ z Warszawy, Kieleckie Tow. Lekarskie, Płockie Tow. Lekarskie, Związek lekarzy i przyrodników Polskich w Petersburgu (prezes prof. J. Zaleski, sekretarz B. Wilanowski), Kijowskie T-wo lekarzy (prezes B. Knothe, Sekretarz S. Trzebiński), Lwowskie T-wo Lekarskie, dr. Wł. Biłgański z Częstochowy, prof. dr. L. Kryński (z Warszawy), doc. dr. Wł. Janowski (z Warszawy), dr. K. Chełchowski, dr. K. Rzętkowski, dr. St. Serkowski, dr. W. Herodyński, dr. W. Szumlański (z Warszawy), dr. St. Rudzki (z Zakopanego), dr. Kłaczkowski, dr. K. Włyński, dr. K. Askenazy (z Krynicy), dr. Fr. Arnstein (z Ciechocinka), dr. Mędrkiewicz (ze Sławinka), dr. St. Kozłowski (z Ojcowa), dr. Fr. Sulikowski z Sieradza, dr. St. Przychodzki (z Radomia), dr. Poczobut (z Łucka Wołyńskiego), dr. Zdanowicz (z Opoła), dr. W. Talko (z Wojślawic, ziemi Lubelskiej).

PROJEKT KODEKSU ETYKI LEKARSKIEJ

wzorowany na: 1 Kodeksie Deontologii lekarskiej, opracowanym z polecenia Izby Lekarskiej Wschodnio-galicyjskiej w roku 1907 i 2 projekcie zasad, obowiązków i praw lekarzy, ułożonym w roku 1882 przez komisję z Łona Warsz. Tow. Lekarskiego wybraną.

Na posiedzeniu Lub. Tow. Lekarskiego w d. 4/X 1913 na wniosek kol. Czerwińskiego poddano dyskusji i uchwalono opracować „projekt kodeksu etyki lekarskiej“. Wybrana ad hoc Komisja, w skład której weszli Adam Brzeziński, Czesław Czerwiński i Jakób Kielczewski, projekt taki opracowała. W dniach 4 i 11 maja 1914 roku na posiedzeniu Lub. Tow. Lekarskiego projekt ten był odczytany, omówiony i przyjęty wraz z decyzją, aby takowy w całości wydrukować w Pamiętniku II-go Zjazdu Lekarzy prowincjonalnych, rozesać do wszystkich Towarzystw i pism lekarskich z prośbą o nadsyłanie uwag i poprawek, poczem po ponownem rozpatrzeniu w Towarzystwie, projekt podany będzie do zatwierdzenia następnemu Zjazdowi lekarzy prowincjonalnych.

I. Obowiązki lekarzy w ogólności.

§ 1. Każdy lekarz powinien sumiennie wykonywać obowiązki swego zawodu, mając przedewszystkiem na względzie dobro chorego; powinien też przestrzegać godności i honoru tudzież wspólnych interesów moralnych i materialnych stanu lekarskiego, a koleżeństwa w stosunkach z innymi lekarzami.

§ 2. Udzielanie pomocy lekarskiej opiera się na swobodnej umowie między lekarzem a chorym, lub jego prawnym zastępcą, z wyjątkiem wypadków nagłej potrzeby pomocy lekarskiej, z którą każdy lekarz na wezwanie spieszyć powinien.

Za swe czynności ma lekarz prawo i obowiązek żądać stosownego wynagrodzenia, a przy wszelkich czynnościach, które można odroczyć, ma prawo umówić się o jego wysokość.

§ 3. Lekarz ma unikać natrętnego narzucania usług lekarskich tudzież reklamy kupieckiej, a tembrziej reklamy jarmarcznej i szarlatańskiej.

§ 4. Stosunki koleżeńskie ma znamionować prawość, lojalność i uprzejmość. Lekarz wystrzegać się będzie wszystkiego, coby mogło przynieść ujmę stanowi lekarskiemu.

II. Obowiązki lekarzy względem chorych.

§ 5. Lekarz powinien odwiedzać chorego tak często, jak to ze względu na ważność i naturę wypadku za potrzebne uzna; unikać powinien zbyt częstych wizyt, chyba gdyby o to przez interesowanych był proszony.

§ 6. Jeżeli leczenie wymaga specjalnego uzdolnienia, powinien lekarz, jeżeli po temu ma możność, powierzyć kurację koledze bardziej kompetentnemu w danym wypadku.

§ 7. W razie naglącej potrzeby obowiązany jest lekarz udzielić tymczasowej doraźnej pomocy lekarskiej bez względu na to, czy otrzyma należne honorarium.

Wszelako i w tych razach lekarz ma prawo i obowiązek żądać po udzieleniu tymczasowej doraźnej pomocy stosownego wynagrodzenia.

§ 8. Lekarz nie powinien udzielać porady bez zbadania chorego, w wypadkach jednak gdzie takie badanie okaże się niemożliwym, a szybka pomoc lekarska będzie konieczną, lub też, jeżeli porada ma dotyczyć chorego, którego lekarz już dawniej w przebiegu tej samej choroby badał — przysługuje mu prawo przepisać tymczasowe leczenie na podstawie ustnej informacji osób pośredniczących.

§ 9. Przepisywanie leczenia przez korespondencję jest z reguły niedopuszczalne a ogłaszania tego rodzaju leczenia stanowczo się wzbrania.

Wyjątkowo może lekarz w dalszym ciągu przepisywać leczenie w drodze korespondencji, jeżeli już poprzednio miał chorego w osobistej obserwacji.

Używanie telefonu do ordynacji może być uzasadnione tylko w razach naglącej potrzeby tymczasowych zarządzeń, zanim lekarz osobiście u chorego się zjawi.

§ 10. Lekarz może odmówić dalszego leczenia chorego, którego rozpoczął leczyć, tylko na podstawie ważnych powodów. Wolno mu bezzwłocznie zaprzestać dalszego leczenia, gdy zauważy, że innego lekarza bez jego wiedzy zawezwano albo gdy względem niego chory poczytalny, lub głowa rodziny, lub gospodarz dopuszcza się obrazy, albo obrazę ze strony innych domowników toleruje.

§ 11. W razie grożącego choremu niebezpieczeństwa lekarz ma w stosowny sposób zawiadomić o tem rodzinę lub otoczenie chorego, a tylko w razie koniecznej potrzeby i samego chorego.

§ 12. Nawet w wypadkach nieuleczalnych nie wolno lekarzowi opuszczać chorego. Jeżeli nie może przywrócić mu zdrowia ani ocalić życia, winien do końca łagodzić cierpienia i moralnie nań wpływać.

§ 13. Wskutek natury swojego stosunku do chorego lekarz zyskuje nad nim często przewagę moralną: wpływu tego lekarzowi nadużywać nie wolno.

§ 14. Lekarz ma przestrzegać ściśle tajemnicy lekarskiej. Tajemnica lekarska obejmuje nie tylko to, co chory lub jego otoczenie lekarzowi zwierzyło, lecz odnosi się także do faktów i stosunków, o których lekarz powziął wiadomość jakkolwiek drogą przy spełnianiu swych obowiązków zawodowych względem klientów.

Obowiązek tajemnicy lekarskiej nie ogranicza się jedynie do zamilczenia tajemnic osób, powierzonych pieczy lekarza, lecz rozciąga się także na tajemnice innych osób, jeżeli lekarz dowiedział się o nich przy wykonywaniu swego powołania lub na podstawie swego powołania.

Tajemnica lekarska co do istoty i przebiegu choroby nie obowiązuje lekarza wobec rodziny i najbliższego otoczenia chorego, jeżeli sam chory wyraźnie jej sobie nie zastrzeże.

Od zachowania tajemnicy lekarskiej uwalnia lekarza wyraźne przyzwolenie chorego do jej wyjawienia.

Przyzwolenie to może być ogólne, upoważniające lekarza do wszelkich wyjaśnień, odnoszących się do jego spostrzeżeń lub tylko częściowe, upoważniające do wyjaśnienia tylko pewnych szczegółów i wobec pewnych tylko osób.

Lekarz obowiązany jest także zachować tajemnicę osób zmarłych, które miał w opiece lekarskiej.

Obowiązek tajemnicy lekarskiej nie wzbrania donoszeń do władz o tych chorobach zakaźnych, o których donosić sam chory i jego otoczenie jest także obowiązane.

Złamanie tajemnicy lekarskiej jest dopuszczalne tylko na żądanie władzy lub gdzie interes publiczny wymagać tego będzie.

§ 15. Gdy lekarz z danej miejscowości wyjeżdża, nie powinien chorych bez opieki zostawiać, powinien tych, którzy jej potrzebują o wyjeździe zawiadomić i w sposób, jaki uzna za właściwy, umożliwić im pozyskanie zastępcy.

III. Obowiązki lekarzy wobec publiczności.

§ 16. We wszelkich ogłoszeniach, lekarz nie powinien pomieszczać nic więcej nad wiadomość o stopniu naukowym, uprawianej specjalności, adresie i godzinach przyjęcia (resp. przyjeździe i wyjeździe), bez wszelkich dodatków, mających charakter reklamy. Ten ostatni charakter noszą też ogłoszenia, powtarzające się stale nawet podług wymagań powyższych skreślone.

§ 17. Ogłaszać o bezpłatnym leczeniu chorych lekarz może o tyle tylko o ile potrzebuje wskazać w tym celu oddzielne godziny przyjęcia. Nie powinien też rozsyłać kart ani afiszów, reklamujących jego działalność.

§ 18. Nie powinien podejmować się listownego leczenia ani zapisywania lekarstw, podług tajemnych, umówionych z apteką znaków; nie powinien zapisywać lekarstw, tajemnego przez siebie obmyślonego składu, którego w pismach naukowych nie ogłosił, nie powinien takich lekarstw sam chorym dostarczać ani powierzać ich sprzedaży pewnym tylko aptekom i nie powinien dzielić się z aptekarzami lub innymi przemysłowcami zyskiem (w każdej formie) płynącym z zakupu ordynowanych przez lekarza leków lub innych środków, nie powinien używać agentów i faktorów dla przysporzenia sobie klientów bez względu na to, czy lekarz dzieli się wprost zyskiem z nimi czy też wynagradza ich usługi w inny sposób.

§ 19. Nie powinien pisać, ogłaszać, sprzedawać i rozsyłać broszur niby popularnych traktujących o objawach i metodach leczenia pewnych chorób.

UWAGA. Artykuł ten niema na myśli poradników dla udzielania pomocy w nagłych wypadkach i w nieobecności lekarza.

§ 20. Lekarz nie powinien przyczyniać się do zyskiwania pochwał swej działalności zawodowej w pismach nielekarskich.

§ 21. Lekarz nie powinien zezwalać na ogłaszanie podziękowań od chorych, ani zbierać świadectw o szczęśliwie dokonanych kuracjach.

§ 22. Lekarz nie powinien wystawiać świadectw o skuteczności pewnych leków i wód mineralnych.

§ 23. Redakcje pism lekarskich nie powinny pomieszczać reklam o środkach tajemnych, lecz co najwyżej ogłoszenia o ich nazwie, miejscu sprzedaży, cenie, składzie, sposobie działania.

IV. O wynagrodzeniu za pracę lekarską.

§ 24. Lekarze mają prawo żądać za wszelką wykonaną czynność wynagrodzenia, wysokość którego zależy w każdym wypadku:

- a) od rodzaju usługi lekarskiej,
- b) od stopnia zamożności pacjenta i
- c) od miejscowych stosunków drożyznianych.

§ 25. Niepobieranie wynagrodzenia za udzieloną pomoc uważanem być winno za czyn dobrowolnej ze strony lekarza filantropji.

§ 26. Zapewnienie ubogim opieki lekarskiej, ciążyć winno na gminie i państwie, na lekarzach zaś nie więcej jak na innych członkach gminy.

§ 27. Żaden lekarz nie powinien z bezpłatnego leczenia robić stałej do wszystkich stosowanej zasady.

§ 28. Pod względem wynagrodzenia za pracę wykonywaną, pomiędzy lekarzem a publicznością powinna panować zasada jawności.

§ 29. Miarę do oceniania wartości oddawanych usług ma prawo stanowić lekarz.

§ 30. W razie niedostatecznego wynagrodzenia pracy lekarza zwłaszcza dłuższej, przez osoby zamożne, lekarz powinien zawsze wykazać im tę niewłaściwość.

§ 31. Prawo do kredytu zyskuje chory dopiero za wyraźną w każdym wypadku zgodą lekarza. Gdy pod tym względem lekarz nie jest zapytywany, może żądać po każdej poradzie wynagrodzenia.

§ 32. Lekarz ma obowiązek leczyć bezpłatnie chorego kolegę zawodowego jakoteż tych członków rodziny, którzy na jego utrzymaniu pozostają.

Obowiązek bezpłatnej usługi koleżeńskiej spoczywa tylko na sąsiednich (najbliższych) lekarzach, którym należy pozostawić do uznania przyzwanie do konsylium dalszych lekarzy.

Lekarzowi wezwanemu należy się zwrot poniesionych wydatków.

Konsyljarzuszom przysługuje prawo żądania honorarjum.

V. Obowiązki lekarza względem kolegów.

§ 33. W stosunkach towarzyskich z pacjentami kolegów, lekarz powinien starannie dbać o nieprzekraczanie granic takiego stosunku, powinien unikać rozmowy o chorobie, nie wdawać się w rozbiór stosowanej metody leczenia, w ogóle zachowaniem się swoim nie osłabiać zaufania pacjenta do lekarza.

§ 34. Nie wykacza przeciw zasadom koleżeńskiego postępowania lekarz, który bierze w opiekę chorego leczonego w tej samej chorobie poprzednio przez innego lekarza pod warunkiem, aby sumiennie przekonać się starał, czy istotnie poprzednik jego przestał już ordynować. Nie winien jest również jeśli umyślnie w błąd został wprowadzonym, i rozpoczyna kurację, nie wiedząc, że chory leczonym jest wspólnie przez innego kolegę.

§ 35. Lekarz wezwany do chorogo, pozostającego w leczeniu innego kolegi, w wypadku nie nagłym powinien się wstrzymać od ordynacji i zażądać, żeby był wezwany na radę z lekarzem, w którego opiece znajduje się chory—w wypadku zaś nagłym może podać pomoc potrzebną, a wiadomość o tem zostawić winien na piśmie dla ordynatora.

§ 36. Jeśli w powyższym nie nagłym wypadku, lekarz ordynujący nie zgodził się na proponowaną mu przez chorego radę, należy choremu zostawić wolny wybór między lekarzami i objąć kurację dopiero po należytem przekonaniu się o ustąpieniu poprzedniego lekarza. Nigdy zaś pod żadnym pozorem nie leczyć jednocześnie, w tajemnicy przed kolegą, tegoż samego chorego.

§ 37. Lekarz obejmujący chorego po innym koleździe, winien postępowaniem swoim w niczem nie przyczyniać się do wyrobienia niekorzystnego sądu o poprzednim ordynatorze.

§ 38. Jeśli w nieobecności ordynatora w nagłej potrzebie wezwanym inny lekarz zostanie, powinien się uważać jedynie za czasowego zastępcę i z własnej inicjatywy ponownie do chorego nie przychodzić. Z drugiej zaś strony, właściwy ordynator powinien, o ile wypadek nie jest zupełnie lekkim, a okoliczności na to pozwalają wezwać następcę na naradę.

§ 39. Jeżeli dwóch lub więcej lekarzy wezwanych zostanie jednocześnie z powodu nagłości wypadku i, jeśli mniej więcej współcześnie przybędą—powinni pod każdym względem zachować się jak na naradzie lekarskiej. Wykonawcą operacji jeśli takowa okaże się potrzebną, jak również dalszym ordynatorem chorego zostanie ten z lekarzy, którego chory lub otoczenie wybiera. Jeśli lekarz, który w takim wypadku przybył najpierwszy, udzielił już stosownej pomocy wyszedł i proszony był o dalsze opiekowanie się chorym, to lekarze przybywający później obowiązani są zachować się jak w wypadku, gdy zostają wezwani do chorego, będącego w leczeniu innego kolegi.

§ 40. Lekarz, zastępujący kolegę nie tylko u pewnych chorych, ale w ogóle w praktyce lekarskiej, przez czas dłuższy, powinien w czasie zastępstwa strzedz interesów kolegi, którego zastępuje i byłoby nadużyciem zaufania koleżeńskie, gdyby zastępca zabiegał się o względy chorych lub osób postronnych w tym celu, aby potem na tej podstawie skuteczniej konkurować z lekarzem, którego zastępuje.

§ 41. Ordynator stały po wyzdrowieniu lub powrocie może swego chorego odwiedzić i, jeśli uzna za właściwe, może, bez naruszenia zasad koleżeńskiego postępowania, pierwszy wezwać czasowego zastępcę na naradę.

§ 42. Z reguły lekarz zastępca nie powinien zmieniać rozpoznania, leczenia i rokowania, które ordynarjusz ustalił, a w razie nieodzownej potrzeby takiej zmiany, powinien spowodować naradę z drugim lekarzem.

§ 43. Jeśli po opuszczeniu chorego przez ordynatora, czy to wskutek choroby lub wyjazdu tego ostatniego, będzie przywołany inny lekarz, bez wyraźnej o czasowe tylko zastępstwo prośby—czy to ze strony ordynatora, czy chorego—to staje się istotnym ordynatorem i od tej chwili ustaje szczególny stosunek między chorym a pierwotnym ordynatorem.

§ 44. Niedozwolonem jest, aby lekarz, którego łączą z chorym stosunki pokrewieństwa, przyjaźni, lub stosunki towarzyskie, dał się nadużyć do wykonywania kontroli nad leczeniem poza plecami lekarza ordynującego.

§ 45. Lekarz, powołany do wykonywania kontroli nad chorym, czy to z ramienia pewnych interesowanych instytucji (kasy chorych: Tow. ubezpiec. od wypadków, władza przełożona chorego), czy też jako lekarz zaufania przełożonych osób chorego (służbodawcy i t. p.) ma o ile możności zawiadomić wcześniej ordynarjusza o odwiedzinach kontrolnych, aby umożliwić jego obecność przy kontrolnym badaniu i powinien dążyć do porozumienia z ordynarjuszem co do treści wymaganego orzeczenia.

Jedynie tylko w porozumieniu z ordynarjuszem może lekarz kontrolujący zdjąć opatrunek w celu badania.

Lekarz kontrolujący powinien podczas wizyty kontrolnej wstrzymać się od wyrażania wobec chorego i jego otoczenia opinii o chorobie, jej przebiegu, leczeniu, rokowaniu.

VI. O naradach (konsyljach) lekarskich.

§ 46. W wypadkach wątpliwych lekarz sam powinien proponować naradę. Proszony o zebranie takowej nie powinien odmówić, lecz z drugiej strony zbytecznym zwoływaniem narad nie powinien chorych trwożyć i na zbyteczne wydatki narażać.

§ 47. Lekarz przyzwany na naradę nie powinien zachowaniem się swoim osłabić zaufania do ordynatora, Nie powinien też okazywać niezwykłych objawów troskliwości o los pacjenta i ani z własnej inicjatywy, ani na żądanie otaczających odwiedzać chorego bez wiedzy ordynatora.

§ 48. Propozycja następnych narad wychodzić może jedynie od ordynatora lub otaczających.

§ 49. Jeżeli zwołania narady lekarskiej domaga się strona, może ona proponować nowego lekarza na konsyljarjusza. Ordynarjuszowi przysługuje prawo odrzucenia tej propozycji bez podania powodów.

W razie gdy ordynarjusz doradza zwołanie narady, do niego należy wybór konsyljarjusza, może jednak stronie pozostawić wybór między kilkoma, proponowanymi przez niego kolegami.

§ 50. Konsyljarjusza zaprasza ordynarjusz albo strona.

Obowiązkiem lekarza zapraszanego przez stronę do narady, jest upewnić się że na naradę zgadza się ordynarjusz, a gdyby pod tym względem nasuwała się wątpliwość, ma odmówić zaproszeniu.

Termin narady oznacza konsyljarjusz, jeżeli takowa nie jest bezzwłocznie potrzebna.

Jeżeli w naradzie ma wziąć udział więcej niż dwu lekarzy, termin oznacza ordynarjusz po porozumieniu się ilej możliwości z kolegami, proponowanymi na konsyljarjuszy.

§ 51. Lekarz, zapraszany do narady czy to przez stronę, czy przez lekarza ordynującego, może odmówić udziału w konsyljum bez podania powodów.

Jedynie w wypadkach naglącej potrzeby zabiegu operacyjnego lekarz wzywany przez kolegę do pomocy lub do wykonania zabiegu, nie ma prawa odmówić wezwaniu.

§ 52. Na naradę powinni przybyć lekarze punktualnie o wyznaczonej porze a pożądanę jest, aby lekarz ordynujący przybył nawet wcześniej i u chorego oczekiwał konsyljarjusza.

W razie spóźnienia się jednego z lekarzy (co tylko w razie nadzwyczajnych i nieprzewidzianych przeszkód może nastąpić i z czego należy się usprawiedliwić) lekarz, który przybył w porę, ma wyczekiwać na kolegę w miastach przez 15 minut, na wsi w miarę stosunków i dłużej.

§ 53. W naradach lekarskich unikać należy nawet pozoru współzawodnictwa a przeciwnie postępować względem kolegów otwarcie, uczciwie i delikatnie.

§ 54. Gdy u chorego zjawił się tylko jeden z lekarzy w porze, wyznaczonej na naradę, a wyczekiwanie dalsze okaże się bezcelowem, naradę uważa się za udaremioną, w razie potrzeby ma się zwołać ponownie narada przy czem ordynarjusz może innego konsyljarjusza zaprosić, jeśli pierwsza narada wskutek opóźnienia się lub nieprzybycia konsyljarjusza udaremioną została.

§ 55. Jeżeli w porze wyznaczonej na naradę, zjawił się tylko lekarz ordynujący to zarządza on u chorego co potrzeba.

Jeżeli zaś przybędzie sam tylko konsyljarzusz, może w nieobecności lekarza ordynującego po bezskutecznym oczekiwaniu zbadać chorego i przepisać co uważa za stosowne, nie powinien jednak wypowiadać swego zdania co do rozpoznania, leczenia i rokowania, a gdyby przypuszczał, że jest ono niezgodne ze zdaniem ordynarjusza, ma uwagi w tym względzie przesłać mu listownie lub osobiście wypowiedzieć.

Nie jest dozwolonem pozostawianie takiego listu stronie z poleceniem doręczenia ordynarjuszowi.

§ 56. Podczas całej narady konsyljarzusz ma występować wraz z ordynarjuszem. Niedozwolone są wszelkie konferencje konsyljarjusza z chorym lub rodziną w których by nie uczestniczył ordynarzusz.

§ 57. Narada rozpoczyna się od sprawozdania ordynarjusza o dotychczasowym przebiegu choroby o rozpoznaniu i rokowaniu ordynarjusza, oznajmionem stronie i o dotychczasowym leczeniu. Ta wstępna konferencja w razie uznania ordynarjusza może się odbyć i w obecności osób z rodziny lub z otoczenia chorego, może on jednak także zażądać poufnej wstępnej narady z konsyljarjuszem.

Po konferencji wstępnej następuje badanie chorego, którego dokonuje konsyljarzusz w obecności i przy współudziale ordynarjusza.

Po zbadaniu chorego omawiają obaj lekarze rozpoznanie, leczenie i rokowanie na poufnej konferencji, do której osób z otoczenia chorego dopuszczać nie należy.

Po ukończeniu tej poufnej konferencji przyzywają lekarze rodzinę lub osoby z otoczenia chorego, a jeden z nich referuje o wyniku narady.

§ 58. Zależy od porozumienia między lekarzami, biorącymi udział w naradzie, który z nich ma wobec strony referować o wynikach takowej.

Jeżeli zwołania narady żądał ordynarzusz, referowanie do niego przedewszystkiem należy.

Jeżeli narady domagała się strona właściwiej będzie gdy konsyljarzusz podejmie się referowania.

Wolno jednak drugiemu lekarzowi uzupełnić wywody kolegi, jeśli uważa, że minął jakiś szczegół ważniejszy, lecz uczynić to powinien w obecności tego kolegi.

§ 59. O ile możności należy dążyć do zgodnego sformułowania opinii w głównej treści, pomijając różnice zdania w szczegółach podrzędnych.

Jeśli nawet co do głównych podstaw rozpoznania, leczenia i rokowania nie da się osiągnąć zgodnej opinii, należy w sposób oględny zawiadomić stronę o odmiennem pojmowaniu stanu choroby przez obu lekarzy.

Wtedy lekarz ordynujący może zażądać ponownej narady z innym konsyljarjuszem, którego opinia rozstrzyga.

Jeśli strona nie zgadza się na ponowną naradę ma oświadczyć, czy życzy sobie, aby dotychczasowy ordynarzusz dalej leczył chorego według swych poglądów, czy też zechce komu innemu powierzyć dalsze leczenie.

Wolno także ordynarjuszowi na własny koszt zaprosić do wydania opinii konsyljarjusza.

Jeżeli drugi konsyljarzusz oświadczy się za zdaniem pierwszego konsyljarjusza w takim razie ordynarzusz musi poddać się temu orzeczeniu, albo może się zrzec dalszego leczenia.

§ 60. Po odbytej naradzie choremu przysługuje prawo wyboru ordynatora,

§ 61. Lekarz wezwany do współdziałania w wykonaniu operacji, jeśli wypadek nie jest nagłym, a okoliczności zezwalają na wezwanie innego lekarza—może udziału swego odmówić. Nigdy jednakże, raz współdziałając przyrzekłszy i przybywszy na wezwanie ordynatora do chorego, nie może uzurpować sobie praw operatora, jeżeli o to przez lekarza ordynującego wyraźnie nie jest proszony. W wypadkach nagłych nie może chętnego i życzliwego udziału w operacji odmawiać.

§ 62. Akuszer wezwany do udzielenia pomocy przy porodzie, jeśli zostanie wcześniej przybyłego kolegę, powinien życzliwie i chętnie w operacji mu dopomagać i tylko na wyraźne żądanie kolegi sam głównym być wykonawcą.

Jeśli wykonać się mająca operacja wynika dopiero ze wspólnej narady, to lekarze jeśli o wykonanie jej nie mogą się porozumieć, zdać się winni na wybór otaczających.

UWAGA. W wypadkach przewidzianych §§ 61 i 62 lekarze stosować się winni z całą ścisłością do § 6.

VII. Załatwianie sporów między lekarzami.

§ 63. W razie sporów wynikających między lekarzami, z powodu ich działalności zawodowej, takowe przedewszystkiem przez sąd polubowny rozstrzygane być mają. W skład sądu takiego wchodzić ma zawsze przeważna liczba lekarzy. O przedmiocie i skutkach sporu, zachowaną być ma ścisła tajemnica, jeśli w tej mierze wyrok sądu inaczej nie postanowi.

§ 64. Jeśli pozwany przed sąd polubowny kolega wezwania takiego nie przyjmie, powód może wystąpić przed sądy zwyczajne, bez ściągania zarzutu postępowania niekoleżeńskiego pod warunkiem, że trzech kolegów uzna właściwość tego postąpienia w danym przypadku.

§ 65. Redaktorowie pism lekarskich kierować się winni zasadą ścisłej względem kolegów bezstronności i każdemu w jakibądź sposób w piśmie dotkniętemu, dać możność odpowiedzi w tem samem piśmie.

§ 66. W razie niemożności porozumienia się, co do treści lub formy takiej odpowiedzi, obie strony odwołać się mają do sądu polubownego i poddać jego wyrokowi.

VIII. Społeczne obowiązki lekarzy.

§ 67. Lekarz powinien zawsze starać się za pomocą wszelkich sposobów i środków, jakie obok drogi prawem wskazanej, w danym miejscu i czasie za właściwe uznaje wpływać z całych sił swoich na zapobieganie rozwojowi chorób, zachowanie zdrowia i przedłużenie życia, ludności gminy i kraju w którym mieszka.

§ 67. Wymagania w poprzednim artykule wyrażone odnoszą się z tem większą siłą do lekarzy zajmujących urzędy, do których przywiązana jest szczególna opieka nad zdrowiem pewnej okolicy lub klasy społecznej.

§ 69. Lekarze podejmować winni starania u gminy celem zapewnienia w sposób racjonalny pomocy lekarskiej ubogim danej miejscowości.

§ 70. Obowiązkiem wszystkich bez wyjątku lekarzy, jest staranie się w miarę możliwości o rozwój kas wsparcia dla podupadłych lekarzy i ich wdów, oraz instytucji mających na celu pomoc kształcącym się w zawodzie lekarskim.

§ 71. Lekarze powinni współdziałać z ludnością i władzami dla zapewnienia należytego funkcjonowania aptek.

§ 72. Wszelkie bez wyjątku świadectwa o stanie zdrowia powinien lekarz dawać jedynie najzupełniej zgodne z prawdą, bez względu na cel i ważność świadectwa.

§ 73. Do najwyższego stopnia poniżającym i nagannem jest wydawanie świadectw nieścisłych i niezgodnych z prawdą w wypadkach, w których cierpi na tem interes osób trzecich (pobór do wojska).

§ 74. Świadectwo o zdrowiu wydane przez jednego lekarza, nie ma stanowczej ważności dla drugiego. Każdy poświadczający świadectwo kolegi ma prawo i obowiązek sprawdzić fakty będące przedmiotem świadectwa, własnym badaniem. W razie różnicy zdań pożądanem jest o ile można, osobiste porozumienie się.

§ 75. Lekarz nie powinien odmawiać opinii lekarskiej co do tego, czy zachodzą przeszkody do zawarcia związku małżeńskiego, pomiędzy pewnymi oznaczonymi osobami, jego pacjentami o ile będzie o takową zapytany przez strony interesowane lub prawnych ich zastępców i o ile nie będzie miał wątpliwości, że między temi osobami związek małżeński ma być istotnie zawarty.

§ 76. Lekarz wzywany przez instytucję lub władzę dla opinjowania o sprawach dotyczących zdrowia publicznego, występować winien z całą stanowczością i bezstronnością, pamiętając, że interes publiczny nad prywatnym przeważać powinien.

§ 77. Lekarze towarzystw ubezpieczających, powinni wydawać na żądanie takich towarzystw a za wiedzą osób, które w tym celu ich badaniu się poddadzą—świadectwa o stanie zdrowia z prawdą zgodne.

§ 78. Każdy lekarz odmówić powinien wydania takowej opinji, jeśli nie ma na to zgody osoby interesowanej.

§ 79. Lekarz, który z urzędu jest obowiązany do opinjowania o zdrowiu pewnej grupy osób, nie powinien pod żadnym pozorem przyjmować za wydawanie im świadectw osobnej zapłaty.

§ 80. Lekarz, który, pełniąc obowiązki zawodu, dowiaduje się o przygotowanym lub popełnionem przestępstwie publicznem, powinien o niem zawiadomić władzę. Wyjątek stanowią przestępstwa, których dochodzenie rozpoczętem być może tylko na żądanie poszkodowanych.

§ 81. Lekarz wezwany w charakterze biegłego, jeżeli nie jest dostatecznie kompetentnym w danej kwestji lub nie rozporządza potrzebnymi dla jej zbadania środkami technicznymi, winien o tem otwarć sądowi oznajmić.

§ 82. Lekarz wezwany w charakterze biegłego, oprócz odpowiedzi na pytania sądu, powinien wypowiedzieć i to wszystko, co do rozjaśnienia sprawy przyczynić się może.

§ 83. Lekarz wezwany jako biegły zbadać winien, czy z osobami wpływającymi do sprawy, nie zostaje w stosunku podającym w wątpliwość bestronność orzeczenia a jeśli tak jest—sąd o tem uprzedzić.

§ 84. Lekarz wezwany jako biegły, powinien zdanie swoje wypowiedzieć dopiero po najściślejszem, wszechstronnem, i gruntownem zbadaniu kwestji.

§ 85. Lekarz wyrażać winien jedynie prawdopodobieństwo w wypadkach w których rezultat badania nie przedstawia się niewątpliwym.

§ 86. Występując przed sądem jako biegły, lekarz powinien kwestję daną traktować przedmiotowo, unikając napaści i insynuacji względem kolegi biegłego.

§ 87. Lekarz nie powinien nigdy ustawać w dalszem kształceniu się i doskonaleniu w swoim zawodzie, wciąż śledząc i przyswajając sobie, o ile to jest możliwem, postępy nauki i sztuki lekarskiej.

§ 88. Obowiązkiem lekarzy jest przyczyniać się w miarę możliwości, do postępu i rozwoju nauki lekarskiej.

§ 89. Lekarz na stanowisku nauczającego starać się winien o spełnianie w najobszerniejszym zakresie swych zaszczytnych obowiązków. Powinien być doradcą i przewodnikiem uczniów i o ile to od niego zależy umożliwiać dalszy postęp w nauce.

§ 90. Lekarz bez względu na stanowisko jakie zajmuje, o ile może, nie powinien utrudniać uczącym się dróg kształcenia i doskonalenia.

§ 91. Obowiązkiem lekarzy szpitalnych jest staranie, aby materiały w nich gromadzący się, dla nauki straconym nie zostały.

§ 92. Toż samo wymaganie odnosi się do lekarzy, zajmujących urzędy administracyjno-lekarskie, dla których wyłącznie dostępnymi są pewne działy spostrzeżeń z dziedziny nauki lekarskiej (hygiena publiczna, medycyna sądowa, policja lekarska).

§ 93. Obowiązkiem lekarzy jest staranie się o zakładanie towarzystw lekarskich, przystępowanie do istniejących i staranie się o możliwy rozwój takowych.

§ 94. Lekarze powinni podawać do wiadomości kolegów pouczające spostrzeżenia i wykonane prace naukowe.

§ 95. W zestawianiu takich komunikatów rządzić się mają najwyższą bezstronnością i obiektywnością. Każde wykroczenie przeciw powyższej zasadzie staje się tem bardziej nagannem, jeśli podyktowanem zostało niechęcią do innych kolegów lub widokami zysku.



SPIS RZECZY.

	Str.
Prace Komitetu Organizacyjnego	1
Program Zjazdu	5
Otwarcie	9
Biegański. —Uwagi ogólne o stanach gorączkowych przewlekłych ukrytego pochodzenia	9
Sterling. —Kiedy gorączkę uważać wolno za obraz skrytej gruźlicy płuc	16
Rozenfeld. —O przewlekłych stanach gorączkowych pochodzenia migdałkowego i gruczołowego	24
Watten. —O stanach zapalnych wyrostka robaczkowego, dróg żółciowych i trzustki	36
Rogoziński. —Ukryte sprawy gorączkowe w zakresie chorób dróg moczowych	37
Czerwiński. —Postępy w rozpoznawaniu i leczeniu spraw gorączkowych o pochodzeniu ukrytem w zakresie cierpień narządów rodnych kobiecych	45
Jarosiński. —O zadaniach społecznych lekarza prowincjonalnego w naszych warunkach	49
Perlowski. —Mieszane leczenie przymiotu rtęcią i salwarsanem	57
Maybaum. —O wczesnem rozpoznawaniu raka narządów trawienia	56
Arnsztajn. —Braki w wykształceniu lekarzy prowincjonalnych Król. Polskiego i środki zaradzenia złemu	66
Wiszniewski. —Metoda Calota w leczeniu gruźlicy chirurgicznej na podstawie przypadków, spostrzeganych w ostatniem trzyleciu w szpitalu N. M. P. w Siedlcach	80
Sitkowski St. —Sfigmomanometja w praktyce codziennej	85
Chodźko. —Zadania lekarza-praktyka w dziedzinie psychiatrii	97
Gliński. —Kilka słów o znieczuleniu rdzeniowem	110
Kaczyński. —O wzajemnem ubezpieczeniu lekarzy	121
Zienkiewicz. —Przyczynek do nauki o niedokrwiistości wtórnej w chorob. zakaźnych	123
Puterman. —O skazie kurczowej dziecięcej	130
Wiśniewski. —Dlaczego lud prosty dotąd zamało się leczy	143
Orgelbrand. —O schorzeniach tętnicy głównej, zależnych od przymiotu	152
Okuszeko. —O leczeniu włóknikowego zapalenia płuc surowicą swoistą	153
Dehnel. —W sprawie walki z gruźlicą w Zagłębiu Dąbrowskiem	166
Żebrowski. —Przyczynek do statystyki twardzieli	168
Wnioski Komisji uchwał	169
Spis uczestników Zjazdu	171
Uroczyste posiedzenie T-wa Lekarzy Ziemi Lubelskiej z powodu 40-letniej rocznicy istnienia	177
Projekt Kodeksu etyki lekarskiej	175



SPIS

PRELEAGENTÓW i CZŁONKÓW ZJAZDU

którzy zabierali głos w dyskusji.

Arnsztajn . . .	str. 66, 79, 182.	Okuszeko . . .	„ 153, 166.
Bachnicki . . .	„ 24, 35, 151	Orgelbrand . . .	„ 152, 168.
Bączkiewicz . . .	„ 9, 24, 35	Pański . . .	„ 64, 100.
Biegański . . .	„ 151, 9	Pelczyński . . .	„ 56, 123, 151, 167.
Czaplicki . . .	„ 167.	Perłowski . . .	„ 57, 65.
Czarnocki . . .	„ 109.	Puławski . . .	„ 23, 78.
Czerwiński . . .	„ 45, 151.	Puterman . . .	„ 79, 130.
Chodźko . . .	„ 97, 110.	Rakowski . . .	„ 183.
Dehnel . . .	„ 66, 120, 166.	Rechniowski . . .	„ 78, 120, 151.
Duchateau . . .	„ 151.	Rogiński . . .	„ 57, 110.
Dziemski . . .	„ 66, 164, 5	Rogoziński . . .	„ 37.
Dobrucki . . .	„ 168.	Rozenfeld . . .	„ 23, 24, 36, 37, 78, 98
Erbrich . . .	„ 35.	Sawicki . . .	„ 36, 37, 78, 85.
Fiedler . . .	„ 36, 57, 66.	Sitkowski St. . .	„ 85, 165, 183.
Garbaczewski . . .	„ 168.	Sitkowski Br. . .	„ 168.
Gliński . . .	„ 85, 110, 120.	Schoenajch . . .	„ 36, 167.
Jaczewski . . .	„ 64, 168.	Staniszewski . . .	„ 110.
Jarosiński . . .	„ 49.	Sterling . . .	„ 97, 9, 16, 24, 36, 79, 97
Jaworski . . .	„ 183.	Szawelski . . .	„ 79, 97
Jaworowski . . .	„ 178.	Szczepański . . .	„ 9, 16, 24, 36, 79, 97.
Kaczyński . . .	„ 109, 120, 121.	Watten . . .	„ 36, 37, 66.
Kelles-Krauz . . .	„ 125.	Wiśniewski . . .	„ 148, 151.
Leyberg . . .	„ 64.	Wiszniewski . . .	„ 80, 84, 119.
Majewski . . .	„ 37, 168.	Zawadzki A. . .	„ 37, 65.
Maybaum . . .	„ 65, 66.	Zawadzki J. . .	„ 77.
Meyer . . .	„ 48, 56, 120.	Zembrzusi . . .	„ 84.
Męczkowski . . .	„ 57.	Zienkiewicz . . .	„ 123.
Modrzewski . . .	„ 169.	Żebrowski . . .	„ 168.
Moniuszko . . .	„ 168.		



Uniwersytet Medyczny w Ł
nr inw.: XX - 50233



BG 44033