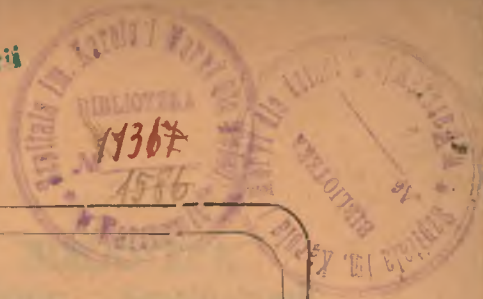


BIBLIOTEKA
Szpitala im. Karola J. arii
Dla D.
Nr. 1136



Serya XI.

Zeszyt 8.

ODCZYTY KLINICZNE,

WYDAWANE PRZEZ

REDAKCYE GAZETY LEKARSKIEJ.

N^o 128.

ALKOHOL W ETYOLOGII I TERAPII

CHORÓB DRÓG ODDECHOWYCH

PRZEZ

Dr. Med. Alfreda Sokołowskiego.

Cena pojedynczego zeszytu 30 kop.

Cena 12 zeszytów, wydanych w ciągu jednego roku, 3 r.

WARSZAWA

Druk K. Kowalewskiego, Mazowiecka 8.

1899.

Biblioteka Główna
MUM



www.dlibra.wum.edu.pl

Дозволено Цензурою
Варшава 7 октября 1899 г.

**Biblioteka Główna
WUM**



Alkohol w etyologii i terapii

CHORÓB DRÓG ODDECHOWYCH.

Odczyt, wypowiedziany w Warszawskim Tow. Lekarskiem 17 Października 1899 r.

Podał

Dr. Med. Alfred Sokołowski.

Rozpoczęliśmy niezwykle ważną dla naszego społeczeństwa sprawę, walkę z gruźlicą. To, na co my lekarze od dawien dawna z niemą rozpaczą patrzyliśmy, dzięki inicjatywie ludzi dobrej woli staje się powoli dostępnem ogółowi wykształconego społeczeństwa. Zaczęło się ono dowiadywać ku swojemu niepomiernemu zdziwieniu, jak strasznym wrogiem naszego społeczeństwa są suchoty płucne, jak wielkie spustoszenia dokonywa ta choroba rok rocznie w latach najbardziej produkcyjnej epoki człowieka. Dowiedziano się dalej, że gruźlica jest stałą i najstrasliwszą epidemią, wobec której wszystkie razem wzięte choroby zakaźne mniej daleko ofiar zabierają, aniżeli ona sama. Objaśniono dalej, że w świecie lekarskim już od kilku dziesiątków lat pojęcie absolutnej nieuleczalności gruźlicy przestało istnieć, że przeciwnie, istnieje system racjonalnego higieniczno-dyetycznego leczenia, który, jak dotychczasowe doświadczenie wykazało, z wielką korzyścią daje się stosować, i że tą drogą stosunkowo dość znaczny procent chorych stale lub też na krótszy czy dłuższy przeciąg czasu daje się uleczyć. Metoda ta lecznicza wreszcie, dostępna pierwotnie dla bardzo zamożnych ludzi, z biegiem czasu i zrobionego doświadczenia okazała się dostępną i dla mniej zamożnych. Przekonano się bowiem, że sanatoria nie tylko w górach i wyjątkowych klimatach, lecz wogóle wszędzie wśród zdrowych miejscowości mogą być zakładane, a wy-

Odczyty kliniczne.

1.

niki, w nich osiągnane, nie ustępują bynajmniej rezultatom, otrzymywanym w zakładach, położonych w miejscowościach górskich. Tym sposobem leczenie gruźlicy stało się dostępnem nawet dla najbiedniejszej klasy społeczeństw, wśród której, jak wykazuje statystyka, największą liczbę pochłania gruźlica. Agitacya, na szeroką skalę prowadzona w Niemczech, wywołała wśród tamtego społeczeństwa wielką ofiarność, umożliwiającą powstanie znacznej liczby zakładów, przeznaczonych dla leczenia nawet zupełnie biednych ludzi, dotkniętych gruźlicą.

I u nas w ostatnich czasach agitacya w kwestyi walki z gruźlicą również została szczęśliwie podjętą¹⁾. Społeczeństwo nasze chętnie popiesza z ofiarnością na zbudowanie pierwszego u nas sanatorium dla biednych suchotników i jest nadzieja, że sprawa ta w niedługim czasie zostanie urzeczywistniona.

Społeczeństwa, tworząc podobne sanatoria, ratując stosunkowo znaczny procent suchotników od zagłady, przedłużając ich egzystencyę, a nawet w niektórych razach tworząc z nich znowu pożytecznych i produkcyjnych członków, spełniają tylko częściowo swoje zadanie. Stokroć ważniejszą bowiem rzeczą jest podjęcie walki z gruźlicą w sensie etyologicznym, t.j. przez staranie się o uchronienie społeczeństwa od tak masowego zapadania na tę straszną chorobę, czyli, ściślej się wyrażając, o zmniejszenie odsetki chorych na gruźlicę. Aczkolwiek z punktu widzenia ściśle etyologicznego istotną przyczyną gruźlicy jest lasecznik gruźliczy Koch'a, przeciw któremu dotychczas nie znamy swoistego leku, to jednakże badania doświadczalne i obserwacye kliniczne wykazały, że w powstawaniu gruźlicy obok pasożyta rolę niepoślednią odgrywają i inne jeszcze, wielce różnorodne czynniki, a więc: usposobienie dziedziczne, złe warunki higieniczne [złe mieszkania, złe odżywianie się], nadmierne fizyczne wyczerpanie ustroju, czynniki deprymujące natury moralnej, nadużycia różnego rodzaju i tym podobne. Otóż zadaniem walki z gruźlicą jest szerokie uwzględnienie i usuwanie tych wszystkich szkodliwych momentów. Naturalnie, walka, podjęta w tak szerokiem znaczeniu, jest możliwą przy pomocy nie pojedynczych jednostek, ale całych społeczeństw i rządów. Wymaga ona bowiem już nie tylko ofiarności prywatnej, lecz gruntownej zmiany stosunków społecznych, olbrzymich ofiar pieniężnych na budowę dobrych mieszkań dla ludzi niezamożnych, dostarczania klasom robotniczym zdrowego i taniego pożywienia i t. p.

¹⁾ Patrz odczyt D-ra Dunina „Walka z gruźlicą“ [„Odczyty klin.“, 1899 zes. 1—2].

Że takie pozornie niewykonalne zadania są możliwe w dobrze zorganizowanych społeczeństwach, najlepiej tego dowodzą przykłady, zaczerpnięte z Anglii i Niemiec, gdzie dzięki stopniowemu wprowadzaniu przez państwo lepszych urządzeń w miastach, budowie domów dla robotników, zastosowaniu lepszemu sposobu odżywiania w domach roboczych i więziennych, śmiertelność z gruźlicy powoli, lecz stopniowo się zmniejsza.

Do liczby czynników, w wysokim stopniu wpływających na powstawanie i szerzenie się gruźlicy płuc *resp.* usposabiających do tej choroby, należy niezaprzeczenie *alkoholizm*, t. j. nadmierne używanie napojów wysokokowych, tak szeroko w naszym społeczeństwie rozpowszechnionych, alkoholizm, o którym słusznie Dr. **LIEBE**, autor niedawno ogłoszonej interesującej rozprawki: „*Alkohol und Tuberculose*“, wyraża się w sposób następujący: „*Die Alkoholfrage ist von grösster Bedeutung für die Bekämpfung der Tuberculose: ohne sie zu berücksichtigen, kann an eine wirksame Bekämpfung nicht gedacht werden*“

Przedewszystkiem należy się zastanowić, jakimi to drogami alkohol może przyczyniać się do rozwoju gruźlicy. Działanie jego szkodliwe w tym kierunku ujawnia się, jak słusznie zaznaczył **BONNE**¹⁾, w sposób bezpośredni i pośredni; wynikiem działania wprost jest zmniejszenie się odporności ustroju alkoholików na zarazki chorób, jak to nietylko spostrzeżenia kliniczne, ale i doświadczenia wykazały [**ABBOT**²⁾, **DELEARDE**]. Pijak nałogowy ma daleko większe szanse zapadnięcia na gruźlicę, aniżeli człowiek nienadużywający alkoholu, a wyrazem tego w praktyce szpitalnej jest częstość chorób zakaźnych ostrych u alkoholików: ostrego zapalenia płuc, ostrego zapalenia gardzieli, róży, ostrego reumatyzmu i t. d. Ten bezpośredni jednak wpływ szkodliwy alkoholu jest o wiele mniej wyraźnym, gdy idzie o powstawanie i szerzenie się gruźlicy, aniżeli wpływ pośredni, sprzyjający rozwijaniu się całego szeregu momentów, ułatwiających rozwój gruźlicy już nietylko u danego osobnika, ale i u jego bezpośredniego otoczenia. Do tych czynników należy zaliczyć w pierwszej linii zubożenie danej rodziny, wywołane codzienną stratą na alkohol stosunkowo dość znacznej części zarobku, i tak nieraz bardzo skromnego. Nietylko więc dany osobnik, ale i cała rodzina zaczyna się stopniowo niedostatecznie odżywiać, przenosi się do coraz gor-

1) G. BONNE. Die Alkoholfrage. Tübingen 1899.

2) ABBOT. Med. Record 1899.

szych i szczuplejszych mieszkań, a tem samem w całej rodzinie rozwija się coraz mniejsza odporność, coraz częściej zaczynają ją trapić czasowe lub stałe choroby; powstaje przytem szereg momentów, moralnie deprymujących całą rodzinę [wymówki, kłótnie, niesnaski, złe nałogi i wady u dzieci]; jednym słowem, rozwijają się obok upadku moralnego wybitne cechy tak zwanego pauperyzmu, który jest jednym z najpotężniejszych czynników, usposabiających do gruźlicy, jak świadczą dane statystyczne, przedstawione na ostatnim kongresie przeciwgruźliczym w Berlinie. Wykazano tam, jak stopniowo wzrasta liczba zapadnięć na gruźlicę wraz ze zmniejszaniem się dochodu rocznego danej klasy ludności. I doświadczenia kliniczne we wszystkich krajach oddawna również wykazały, że w etyologii suchot płucnych alkoholizm odgrywa niepoślednią rolę. Aczkolwiek bowiem niektórzy dawniejsi autorowie, jak np. LEUDER, twierdzą, że suchoty rzadko spostrzegać się dają u nałogowych pijaków, to jednakże inny cały szereg klinicystów [CLARK, LANCEREAUX¹⁾, RICHARDSON²⁾ i wielu innych] twierdzi stanowczo, że alkoholizm w wysokim stopniu usposabia do suchot; wykazuje to również bardzo interesująca statystyka, zebra-na przez D-ra DRISDALE'a³⁾ w szpitalu dla suchotników w Londynie [*North London Consumption Hospital*], która wykazała, że większość suchotników, zapadłych na tę chorobę między 40 a 50-ym rokiem życia, należała do kategorii zdeklarowanych pijaków. Ciekawą również pod tym względem jest statystyka FIRKS'a⁴⁾, według której na 1000 zejść śmiertelnych u kelnerów 528 ma za powód gruźlicę płucną. Moja statystyka szpitalna dała mi pod tym względem następujące wyniki: z liczby 150 suchotników, leczonych w ciągu kilku lat ostatnich na moim oddziale szpitalnym, mieliśmy u 45, t. j. u 30 % wanamniezie wyraźnie zaznaczone mniejsze lub większe nadużycie napojów spirytusowych. Cyfry te jednakże nie są zupełnie miarodajne: procent musi być stanowczo większy, częścią bowiem chorych szpitalnych ze względów wstydu i niechęci wypiera się zupełnie alkoholizmu. Inni przyznają się tylko do umiarkowanego użycia trunków, podczas gdy przy badaniu znajdowano w narządach wybitne objawy alkoholizmu. Inni wreszcie negują alkoholizm na tej podstawie, że od kilku lat, a często od kilku miesięcy pić zaprzestali. Nawet w tak zwanej lepszej klasie publiczności wywiady co do alkoholizmu rów-

¹⁾ LANCEREAUX. Dict.encyklop. des sciences méd. V. II.

²⁾ RICHARDSON. Berl. Kl. Woch. 1875.

³⁾ DRISDALE. Med. Temp. Journal 1875.

⁴⁾ FIRKS. Massigkeitsblätter 1897.

niez z powyższych względów natrafiają na rzetelne trudności. Przekonanie moje osobiste, oparte na bardzo licznych doświadczeniach, upoważnia mnie do twierdzenia, że w klasach tak zwanych lepszych, a nawet i najzamożniejszych, gdzie wszelkie inne czynniki osłabiające organizm dawały się wyłączyć, w wielu bardzo razach jedynie nadmiernemu użyciu alkoholu rozwój choroby piersiowej przypisać należało. To samo da się powiedzieć o gruźlicy płuc, powstałej u mieszkańców wsi, a nawet górali, zamieszkałych w wybornych warunkach klimatycznych: i tu najczęstszą przyczyną choroby stanowi alkoholizm. Na potwierdzenie powyższego mogę przytoczyć ciekawy fakt, zakomunikowany mi w roku bieżącym w czasie mojego pobytu na Szlązku Austriackim, przez Szanownego Ks. Karewskiego, proboszcza w Goliszewie, w bliskości Cieszyna. Ksiądz ten, zamieszkujący od lat kilkunastu tamtejsze okolice, zauważył, że u górali okolicy Wisły, Jaworza it. d. [wyjątkowo uroczo i zdrowo położonej miejscowości, około 450 metrów nad poziom morza wzniesionej] suchoty nie są rzadką rzeczą, a występują głównie we wsiach, w których istnieje nadmierne użycie alkoholu wśród ludu. Suchoty, szybko postępujące i kończące się śmiercią, występują tu zazwyczaj w latach młodych, w 30–40 r., u ludzi poprzednio zupełnie zdrowych i tęgich.

Budzi się mimowoli kwestya, w jaki sposób u tej ostatniej kategorii ludzi [gdzie inne pośrednio działające czynniki dają się wyłączyć] nadmierne użycie alkoholu może wpływać na rozwój gruźlicy płucnej. Sądzę, że w tych wypadkach obok momentów ogólnych, t. j. usposabiających do infekcji gruźliczej na drodze osłabienia odporności organizmu, działać muszą i wpływy pośrednie, t. j. wywołujące zaburzenia w aparacie oddechowym i cyrkulacyjnym. W pracy mojej, ogłoszonej w roku zeszłym w „Odczytach klinicznych“ (*O zmianach w górnym odcinku dróg oddechowych przy różnorodnych cierpieniach chronicznych organizmu*), poświęciłem osobny rozdział kwestyi o wpływie alkoholu na cierpienia górnego odcinka dróg oddechowych. W pracy tej, opartej przeważnie na własnych spostrzeżeniach klinicznych, wykazałem, jak niezwykle często powstają w tych organach zaburzenia, będące następstwem nadmiernego użycia napojów spirytusowych. Niemal u każdego alkoholika po mniejszym lub dłuższym przeciągu czasu występują bardzo typowe zmiany, przeważnie w gardzeli i krtani zlokalizowane [katary chroniczne, przerosty, nadmierna wrażliwość błony śluzowej, objawiająca się upartym suchym kaszlem]. Zmiany te z czasem nie ograniczają się do górnego tylko odcinka dróg oddechowych, lecz opuszczają się i niżej, powodując uparte katarę tchawicy i oskrzeli z następczą rozedmą płuc, tak stale napotyka-

ną u alkoholików. Obserwując od wielu lat na moim oddziale szpitalnym tę ostatnią kategorię emfizematyków, u większości z nich przy dłuższej obserwacji mogłem wykryć w płucach ogniska gruźlicze, które zazwyczaj z trudnością przy znacznym rozwoju rozedmy płucnej dają się fizykalnie rozpoznać. Dokładne jednakże badania wahań ciepłoty, wielokrotne i systematyczne badanie płwociny [w której nieraz dopiero po wielu tygodniach dają się wykazać laseczniki], a wreszcie upadek stopniowy stanu ogólnego pozwalają rozpoznać gruźlicę, której przebieg jest zazwyczaj nieco odrębny; postać tę w pracy mojej „O skrytych postaciach suchot płucnych“ bliżej opisałem i scharakteryzowałem jako *phthisis pulm. emphysematosa*.

Z drugiej strony alkohol wywołuje cały szereg zmian w narządzie krążenia, charakteryzujących się przede wszystkim zmianami w naczyniach i w odżywianiu mięśnia sercowego. Przerost z następującą niedostatecznością mięśnia sercowego, będącą ostatecznym wynikiem tych zmian, powoduje ze swej strony cały szereg zaburzeń w narządzie oddechowym [katary zastoinowe oskrzeli, krwawienia i t. p.]. Zmiany te znowu osłabiają w wysokim stopniu tkanki narządu oddechowego, usposabiając je do infekcji gruźliczej. Prof. BOLLINGER z Monachium, uważając nadużycie alkoholu za jedną z najbardziej usposabiających przyczyn gruźlicy płuc, która występuje pod postacią podostrawej formy bardzo często w Monachium u mocno zbudowanych i poprzednio zupełnie zdrowych robotników w browarach tamtejszych twierdzi że „Dla gruźlicy stan serca danego osobnika jest niezwykle doniosłości, tam zaś, gdzie serce ulega osłabieniu [szczególniej zaś przez alkohol], zarazek gruźliczy znajduje wyborny grunt do rozwoju“. Tą drogą zapewne również przychodzą do skutku owe dosyć często u nałogowych pijaków spostrzegane klinicznie podostrawie postaci suchot płucnych, jakie niektórzy autorowie [LANCEREAUX (l. c.)] za specyficzne dla alkoholizmu formy gruźlicy płuc uważają.

Nie jest to jednakże ogólna zasada. Formę tę rzeczywiście napotykałem wielokrotnie u pijaków; przebiega ona dosyć charakterystycznie, jako postać, którą w pracy mojej „O skrytych postaciach suchot płucnych“ nazwałem pseudolobarną [pseudokrupową]. Sprawa w pierwszych dniach przebiegu robi zupełnie wrażenie ostrego zapalenia płuc; dopiero w dalszych stadyach przebiegu odrębne zachowanie się ciepłoty, brak rezolucyi, stopniowy upadek sił, nieraz wczesne zjawienie się laseczników w płwocinie, wreszcie szybkie zejście fatalne istotę sprawy wyjaśniają.

Na zasadzie powyżej przytoczonych danych możemy, sądząc, dojść do wniosku, że nadmierne używanie alkoholu wpływa stanowczo nie tylko na powstawanie suchot płucnych, lecz jednocześnie fatalnie oddziaływa na przebieg tej sprawy. Tymczasem istnieje w historii naszego lecznictwa fakt niezwykle i godny uwagi, że właśnie w ciągu ostatnich trzech dziesiątków lat t. z. terapia alkoholowa suchot stała się niezwykle popularną wśród lekarzy niemieckich, a ztamtąd importowaną została i do nas, pomimo, że, jak to wyżej powiedziałem, bezstronnie i krytycznie patrzący lekarz musiał w swoim umyśle wyrobić to przekonanie, iż alkohol jest nie tylko niezwykle szkodliwym czynnikiem rozwoju różnorodnych chorób organizmu [choroby wątroby, żołądka, serca i t. p.], ale i na rozwój oraz przebieg suchot płucnych musi wywierać niepośledni wpływ. Fakt ten niezwykle doniosłości pozwolę sobie przedstawić z punktu widzenia historycznego jego rozwoju, jeśli się tak wyrazić wolno.

Stosowanie alkoholu przy leczeniu suchot płucnych znane było oddawna w Anglii i przez różnych klinicystów tamtejszych w tym celu zalecane [TODD, STOKES i inni]. Terapia ta jednakże znaną była tylko w Anglii. Przeciwnie, gdzieindziej w Europie uważano używanie alkoholu za przeciwwskazane w chorobach piersiowych. Dopiero dr. Hermann BREHMER, znany powszechnie twórca metody higieniczno-dyetycznej leczenia suchot płucnych, zastosował metodycznie terapię alkoholową w swoim zakładzie leczniczym w Görbersdorfie na Szlązku pruskim. Alkohol jednakże w BREHMER'owskiej metodzie leczniczej, zalecającej obok przebywania stałego w górskim powietrzu—forsowne odżywianie chorych [przeważnie tłustymi i mlecznymi potrawami], był tylko mało znaczącym dodatkiem. Chorym przepisywaliśmy [byłem bowiem przez lat sześć (1874—1880), t. j. w czasie najświetniejszego rozwoju zakładu lekarzem-asystentem D-ra BREHMER'a] alkohol przeważnie w postaci lekkiego wina węgierskiego w ilości bardzo umiarkowanej [jeden do trzech kieliszków dziennie najwyżej]. Pacjenci nie pili nigdy więcej nad pół niewielkiej fiaszki dziennie. Obok wina zalecaliśmy także i koniak, stosując go tylko u chorych gorączkujących i pocących się nadmiernie, w bardzo ograniczonej ilości, t. j. po łyżeczce od kawy do szklanki zimnego mleka na noc. Zalecaliśmy również koniak w tych przypadkach, gdzie peryodycznie występowały codziennie dreszcze [forma pseudomalaryczna suchot]; i tu podawano łyżeczkę od kawy koniaku w szklance gorącego mleka w okresie, poprzedzającym dreszcze; chory kładł się następnie do łóżka. Przy tego rodzaju postępowaniu często, chociaż nie u wszystkich chorych, dreszcze trwały krócej i były mniej

gwałtowne. To samo da się powiedzieć i o stosowaniu koniaku przy potach nocnych u suchotników: nie u wszystkich terapia ta doprowadzała do celu pożądanego. Stosowaliśmy również w niewielkiej ilości koniak u mocno gorączkujących suchotników, również jednak niezawsze z dodatnim wynikiem, o czym będzie jeszcze mowa niżej. Z powyższego widzimy, jak bardzo ograniczonym było stosowanie podówczas terapii alkoholowej w Görbersdorfie. BREHMER jako pobudkę do jej stosowania przy leczeniu suchot uważał nie własności odżywcze alkoholu, lecz pobudzające jego działanie na serce; wiadomo bowiem, że podstawą fundamentalną jego teorii leczenia suchot było obok odżywiania przebywanie chorych w górskim powietrzu przy używaniu o ile można metodycznego ruchu w górach. Oba te ostatnie czynniki miały wpływać według BREHMER'a pobudzająco na działalność serca, a tą drogą pośrednio na lepsze ukrwienie płuc oraz rezorbcję nasięzków gruźliczych, a tem samem na zagojenie się zmian gruźliczych. Tym sposobem w Görbersdorfie terapia alkoholowa odgrywała tylko podrzędną rolę w ogólnym systemacie i z zastosowania jej w tych rozmiarach nie widzieliśmy jakichś wyraźnie ujemnych wyników, prócz chyba tych przypadków, gdzie chorzy nie stosowali się do przepisanej dozy i pili o wiele więcej. Kontrola co do tego-nawet w ściśle zamkniętym zakładzie, szczególnie latem, przy znacznej liczbie chorych, niezawsze może być dość ścisła. Już wówczas w Görbersdorfie spostrzegałem chorych, a szczególnie kobiety, którym alkohol w większej ilości stanowczo szkodził, wywołując bicie serca, utratę apetytu, wybitne nieraz objawy podrażnienia przewodu pokarmowego. Byłbym nawet dzisiaj skłonny do uważania uporczywego krwotoczenia u niektórych chorych, tam spostrzeganych, za skutek używania cichaczem nadmiernych ilości koniaku. Nie należy jednakże o tem zapominać, że przy stosowanej wówczas w Görbersdorfie metodzie nie tylko przebywania, lecz i chodzenia metodycznego na powietrzu [dziś stosowana w zakładach t. z. metoda BREHMER'a polega więcej na leżeniu chorych, często w zamkniętych pokojach!] alkohol mniej ujawniał swoje ujemne skutki dzięki szybkiemu utlenianiu się przy ruchu metodycznym. Dopiero naśladowcy metody BREHMER'a, szczególnie DETTWEILER, WOLFF i inni nadali alkoholowi przy terapii suchot płucnych bardzo wybitne znaczenie, odmawiając leczniczego wpływu klimatu górskiego przy leczeniu suchot [byli oni kierownikami zakładów, położonych przeważnie na równinach!]. Całą podstawę terapii gruntowali na mocnym odżywianiu chorych z unikaniem ruchu, oraz na metodycznym leżeniu na świeżem powietrzu [t. z. *Freiluftcur*], w odżywianiu zaś stosowali bardzo obszernie napoje alkoholowe, a więc wina, i to t. z. ciężkie, t. j. znaczny procent alko-

holu zawierające [portwajn, madera i inne], mocne piwa, koniaki, likiery i t. p. Alkohol używano nie dla pobudzania serca, jak to czynił BREHMER, lecz w znaczeniu środka czysto odżywczego, ochraniającego (*Sparmittel*), przeciwgorączkowego, a nawet trawienie i apetyt wzmacniającego.

Stosowanie to alkoholu opierano na pracach doświadczalnych przeważnie BINZ'a i jego szkoły. Poglądy DETTWEILER'a i jego zwolenników zaczęto stosować w szybko powstających podobnych zakładach w Niemczech, utrzymywanych nie tylko przez lekarzy, ale i przez różnorodnych przedsiębiorców, dla których owo nadmierne spożywanie napojów alkoholowych przez chorych z zalecenia lekarskiego stanowiło niepoślednią i wielce ponętną rubrykę dochodową. Z zakładów terapia podobna, mimo protestów niektórych trzeźwiej patrzących na tę kwestyę lekarzy, weszła szybko w ogólne użycie lekarzy praktyków. Alkohol, a szczególnie koniak i jego przetwory zaczęto *larga manu* bezkrytycznie zalecać nie tylko suchotnikom, ale wogóle chorym piersiowym nawet w tych razach, gdzie zdrowa logika kazała alkohol uważać za przeciwwskazany, na przykład przy cierpieniach gardzieli, krtani, krwotokach płucnych i t. p. Jednym słowem alkohol, a szczególnie koniak i jego przetwory stały się prawdziwym *specyfikiem*, a nawet *panaceum* na wszystkie choroby piersiowe, naturalnie ku niemałej radości fabrykantów i importerów z zagranicy tych zazwyczaj bardzo drogich, pompatycznie nazwanych kuracyjnymi koniakami napojów. O ile jednakże stosowanie alkoholu u suchotników w zakładach zamkniętych przy używaniu jednoczesnem świeżego powietrza było szkodliwością w ograniczonym jeszcze stopniu, o tyle stosowanie tej metody u chorych, pozostających w miastach, a często nawet u chorych gorączkujących, nie wychodzących ze swoich najczęściej szczupłych i źle przewietrzanych pokojów, stało się metodą fatalną, a nawet wielokrotnie zgubną. Chorzy bowiem tej ostatniej kategorii, pozbawieni tego, co stanowi istotną podstawę leczenia suchot, t. j. świeżego powietrza i ruchu, nie mogli odnieść żadnego rezultatu z zalecanego im forsownego odżywiania się; nadto alkohol, obficie stosowany, pozbawiał ich do reszty apetytu; wywoływał bezsenność, przyczyniając się tą drogą do ostatecznego upadku odżywiania, a więc i do szybkiego fatalnego zejścia. U chodzących suchotników, aczkolwiek wolniej, występowało jednakże to samo szkodliwe działanie, tembardziej, że u wielu z nich, szczególnie u kobiet, użycie nadmierne koniaku przy przeważnie siedzącym sposobie życia szybko przechodziło w istotny nałóg, wywołując wielokrotnie objawy chronicznego alkoholizmu.

I u nas, szczególnie w Warszawie, terapia alkoholowa chorób piersiowych szybko się spopularyzowała. Po powrocie moim do kraju w 1881 r., mając możność spostrzegania znacznej liczby chorych piersiowych [w pierwszych latach praktyki przeważnie suchotników], którzy z różnorodnych względów, a przeważnie materyalnych, nie mogli wyjeżdżać na zimę na dłuższą kurację klimatyczną, lecz zmuszeni byli zostawać w mieście i leczyć się li tylko symptomatycznie, zauważyłem odrazu, że zalecany przeze mnie lub też przez innych kolegów alkohol bynajmniej nie wywierał tego względnie dobroczynnego wpływu, jaki widywałem w Görbersdorfie [nb. przy leczeniu klimatycznym]. Przeciwnie, coraz częściej zacząłem widywać całe szeregi ujemnych wpływów, a nawet odrazu rzucające się w oczy zgubne działanie alkoholu u niektórych chorych piersiowych, objawiające się przedewszystkiem zupełną utratą apetytu i snu; objawy te ustawały w zupełności z chwilą zaniechania przez chorych użycia koniaku.

Pocuzającym i zmieniającym moje poglądy terapeutyczne był przypadek, spostrzegany przeze mnie, jeśli się nie mylę, w 1884 roku, a dotyczący młodej osoby, która, będąc dotkniętą niezbyt rozległymi zmianami gruźliczemi jednego ze szczytów płucnych, zasięgała mojej porady, nie tak z powodu objawów piersiowych, jak przedewszystkiem braku snu, apetytu i stopniowo powiększającego się ogólnego osłabienia. Objawy takie towarzyszą najczęściej skrycie przebiegające gorączce suchotniczej; sądziłem też *a priori*, że i tu gorączka jest istotną przyczyną wzmiankowanych objawów. Dokładne jednakże badanie termometryczne wykazało stanowczo zupełny brak gorączki. Tymczasem stan ogólny chorej coraz bardziej się pogarszał, do tego stopnia, że pacjentka nie była w stanie z łóżka się podnieść. Zmiany miejscowe u szczytu płucnego nie postępowały natomiast wcale ku gorszemu. Stan chorej wreszcie był tak pozornie złym, że leczący ją lekarze, jak i otoczenie, uważali ją za zupełnie straconą. Udało mi się jednak wykryć istotną przyczynę upadku stanu ogólnego chorej, a stanowiła ją nie gruźlica, której wszystko przypisywano, lecz zatrucie alkoholem, względnie koniakiem, który chora przeszło od pół roku piła w znacznej ilości z zalecenia lekarza. Lekarz ów utrzymywał, że im więcej pacjentka używać będzie koniaku, tem prędyj wyzdrowieje i odzyska apetyt. Stało się jednak wprost przeciwnie: apetyt nikał stopniowo, a wreszcie w ciągu ostatnich tygodni, oprócz dużej ilości wina, około pół butelki koniaku dziennie oraz niewielkiej ilości czarnej kawy, chora literalnie nic więcej nie spożywała, co właśnie wywołało ów coraz stopniowo wzmagający się upadek stanu ogólnego. Była to osoba rozsądna, pragnąca być zdrową, to też po zwróceniu uwagi na istotną przyczynę osłabienia przestała używać alkoholu;

stan jej odrazu acz powoli począł się polepszać i doszedł wreszcie do tego, że po kilku miesiącach była w stanie odbyć z wielką korzyścią kurację klimatyczną. Osobę tę widuję do dziś dnia; czuje się ona bardzo dobrze, pomimo dość ciężkich warunków życiowych, w których obecnie pozostaje. Sprawa gruźlicza w szczyście płucnym uspokoiła się w zupełności. Mniej lub więcej analogicznych przypadków widziałem więcej i to mnie skłoniło do zaniechania stopniowo w zupełności stosowania alkoholu nie tylko u suchotników, lecz wogóle u chorych z cierpieniami dróg oddechowych, zarówno w praktyce prywatnej, jak i szpitalnej. Zasadę tę ku niemałemu zdziwieniu chorych stosuję konsekwentnie od lat około dziesięciu i nie miewam gorszych wyników, aniżeli przy stosowaniu alkoholu. Przeciwnie, szczególnie wielce dodatnie rezultaty widuję u tych chorych, u których przy użyciu z zalecenia lekarskiego alkoholu wystąpił szereg wyżej szczegółowo opisanych zaburzeń [brak apetytu, bezsenność, nadmierne rozdrażnienie nerwowe]. W Niemczech w ostatnich latach również wystąpiły liczne kompetentne głosy nie tylko za ograniczeniem alkoholu u suchotników, lecz nawet za zupełnym jego wyrugowaniem, przede wszystkim zaś w zakładach dla niezamożnych suchotników, zbudowanych kosztem miast lub instytucji fabrycznych [t. z. kasy związkowe dla chorych]. Wyrugowanie alkoholu z sanatoryów jest już nie tylko kwestią terapeutyczną, lecz nawet ekonomiczną i społeczną, z jednej bowiem strony ogranicza znacznie koszt utrzymania chorego, z drugiej zaś strony chorzy po ukończonej kuracji i po powrocie do swych ognisk domowych nie tylko że nie piją nadal alkoholu, lecz są nawet propagatorami wstrzeźliwości wśród swego otoczenia. Naturalnie, że w praktyce zakładowej, podobnie jak w prywatnej, li tylko doświadczenie wieloletnie rozstrzygnąć może kwestię pożyteczności lub szkodliwości wyrugowania alkoholu przy leczeniu suchotników. Doświadczenie to, zdobyte w zakładach, jest nawet bardziej przekonujące [gdyż może być ściśle kontrolowane i odrazu na znacznym materiale przeprowadzone], aniżeli to może mieć miejsce w praktyce prywatnej. Otóż jeden z dyrektorów tego rodzaju zakładu, Dr. LIEBE z Wodzisławia [Löslau] na Górnym Szlązku, autor wyżej już wzmiankowanej pracy, wprowadził, jak pisze, od lat kilku w swoim zakładzie system zupełnej abstynencji od napojów alkoholowych. Autor ten, człowiek ze wszechmiar wiarogodny, twierdzi, że rezultaty leczenia suchotników z klasy biednej bez użycia alkoholu bynajmniej nie ustępują wynikom, otrzymywanym w tejże kategorii zakładach przy użyciu alkoholu [pod postacią piwa, koniaku, a wreszcie wódki]. Tem więcej to zasługuje na uwagę, że większość biednej

ludności niemieckiej, przeważnie fabrycznej, jest w wysokim stopniu do używania, a nawet nadużywania alkoholu przyzwyczajona. Alkohol lub jego przetwory, a przede wszystkim piwo, zastępuje w Wodzisławiu limonada, lekka herbata lub kwas, na sposób rosyjski przygotowany, jak to ma miejsce w zakładach finlandzkich. Że wyrugowanie z zakładów dla biednych suchotników alkoholu, a przede wszystkim piwa ma dosyć wielkie ekonomiczne znaczenie, wskazuje na to następujące wyliczenie, zrobione przez Dr. SCHNÖLLER'a, dyrektora holenderskiego zakładu dla suchotników, istniejącego w Davos: „Butelka limonady kosztuje zakład około dwóch fenigów [niecałe dwa grosze], butelka zaś piwa, czyli zwykła porcja, kosztuje 14 fenig. Używając limonady zamiast piwa, zakład w ciągu roku oszczędza 3942 marki [około 2000 rubli]“. Tenże autor podaje ciekawe dane co do ilości napojów alkoholowych, spotrzebowanych w ciągu roku w czterech Berlińskich przytułkach dla biednych chorych [z tych dwa są przeznaczone dla chorych piersiowych]. Otóż wypito tam w ciągu roku 82787 but. piwa, 2752 butelek wina, 90 butelek koniaku, a koszt tych wszystkich napojów wynosił około 10000 marek [cyt. u LIÈRE'go].

Należałoby choć pokrótce zastanowić się nad kwestyą, o ile doświadczenie kliniczne, wyżej zestawione, zdobyte drogą obserwacji chorych w praktyce prywatnej, szpitalnej lub specjalnie zakładowej, przemawiające na korzyść zupełnego wyrugowania alkoholu z terapii chorób narządów oddechowych, a specjalnie suchot płucnych, jest zgodne z danymi czysto naukowymi, zdobytymi drogą eksperymentu fizyologiczno-farmakologicznego. Jak to już wyżej, na początku niniejszej pracy wzmiankowałem, zwolennicy użycia alkoholu opierali się przede wszystkim na doświadczeniach, dokonanych głównie przez BINZ'a i jego szkołę. Z doświadczeń tych wynikało, że alkohol jest nie tylko środkiem oszczędzającym w ustroju tłuszcz i białko, ale jednocześnie środkiem wybornie odżywczym. Twierdzenia te niemal do ostatnich czasów uważano prawie za dogmat; były one główną bronią zwolenników terapii alkoholowej. W ostatnich latach szczególnie w Niemczech, zawdzięczając wpływowi BUNGE'go i jego szkoły, rozpoczęto szereg doświadczeń fizyologiczno-farmakologicznych, już nie tylko na zwierzętach, lecz i na zupełnie zdrowych ludziach, starając się sprawdzić powyższe poglądy. Prace te w ostatnich czasach dokonane zostały przede wszystkim przez NOORDEN'a ¹⁾ i jego uczniów [MIURA, STAMREICH],

¹⁾ Zeitschrift für diätetische und physicalische Therapie, herausg. v. LEYDEN 1898.

dalej FICK'a, ROSEMANN'a¹⁾, a w ostatnich czasach NEUMANN'a i wielu innych. W wynikach tych bardzo licznych i wielce interesujących prac napotykaemy szereg różnorodnych sprzeczności; wogóle jednakże większość autorów dochodzi do wniosku, że alkohol stanowczo należy uważać za środek oszczędzający tłuszcz organizmu (*Fettsparende Wirkung*), a bowiem około 90% jego utlenia się w ustroju w zupełności. Co się tyczy własności alkoholu oszczędzania rozpadu białka w organizmie (*Eiweissparende Wirkung*), to pomimo powyższych doświadczeń do dziś dnia kwestya jeszcze pozostaje sporną. Szereg bowiem autorów ostatniej doby [STAMREICH, MIURA, SCHMIDT i inni] zaprzecza alkoholowi tej właściwości; przeciwnie, inni, a głównie NEUMANN²⁾ [l. c.] w ciekawej pracy eksperymentalnej, dokonanej na samym sobie w Würzburgu, przychodzi do zupełnie odwrotnych wniosków. Autor robił na sobie ściśle doświadczenia w przeciągu 35 dni; w okresie tym przez 16 dni przyjmował codziennie po 100 gramów alkoholu absolutnego. Przedtem w ciągu 70 dni autor absolutnie żadnego alkoholu nie przyjmował. Rozpoczynając doświadczenia, doprowadził on w ciągu 5 dni swoje odżywianie do stanu równowagi azotowej [77 grm. białka, 224 grm. wodorów węgla i 156 grm. tłuszczu co razem odpowiadało 2681 kaloryom]. W drugim okresie doświadczenia usuwał z pożywienia 77 grm. tłuszczu; w trzecim okresie dodawał do pożywienia 100 grm. alkoholu; w czwartym okresie wrócił do poprzedniej ilości tłuszczu przy jednoczesnem użyciu alkoholu; w piątym wykluczył alkohol i 77 grm. tłuszczu, a w szóstym wreszcie wrócił do pierwotnego odżywiania, jak w pierwszym okresie doświadczenia. Z doświadczeń powyższych wynika, że w pierwszych dniach przy użyciu alkoholu nastąpiło zwiększone wydzielanie się azotu, t. j. wzmógł się rozpad materji białkowych, w kilka jednakże dni potem nastąpiła zupełna równowaga azotowa. Wyniki te, pozornie sprzeczne, autor objaśnia w następujący sposób: w pierwszych dniach użycia alkoholu, kiedy wzmaga się wydzielanie azotu, alkohol działa jako środek, trujący protoplazmę komórek (*Protoplasma-Gift*), i tem samem wywołuje zwiększony rozpad ciał białkowych; skoro jednakże w ciągu kilku dni następnym organizm do alkoholu przywyknie, występuje znów równowaga azotowa, podobnie jak przy użyciu innych ciał odżywczych.

¹⁾ ROSEMANN. *Milch. Med. Woch.* 1898.

²⁾ NEUMANN. *Der Werth des Alkohols als Nahrungsmittel nach Stoffwechselforschungen am Menschen.* Berl. *Kl. Woch. N.* 23. 1899, str. 508.

Tak więc alkohol należałoby uważać za środek odżywczy. Ostateczny jednak wniosek NEUMANN'a brzmi: „Alkohol jest wprawdzie środkiem odżywczym, ze względu jednakże na własności trujące *należy jego użycie o ile można ograniczyć*“. Wniosek ten, wyprowadzony na podstawie ścisłych doświadczeń, w zupełności odpowiada pogładowi znanego fizyologa i higienisty, FORSTER'a, że określenie istotnej pożyteczności danego środka z punktu widzenia higienicznego nie zależy li tylko od jego właściwości pożywnych; w grę muszą tu wchodzić i inne poboczne, a wielce ważne czynniki [cena, własności trujące, i t. p.].“ Rzeczywiście, doświadczenia NEUMANN'a wykazują wielką szkodliwość alkoholu, tego pozornie odżywczego środka. Nie wdając się w bliższy rozbiór sprawy z punktu widzenia higienicznego i ogólno-ekonomicznego, zaznaczymy tylko, że alkohol jest wszędzie, a szczególnie u nas środkiem kolosalnie drogim w porównaniu z innymi środkami odżywczymi.

Zdaje się, że powyższe dane ściśle naukowe potwierdzają spostrzeżenia kliniczne o małej stosunkowo wartości alkoholu w porównaniu ze szkodliwymi jego wpływami na organizm tak zdrowego, jak przedewszystkiem chorego człowieka.

I inne dodatnie własności, przypisywane alkoholowi przez różnych autorów przy leczeniu suchot płucnych, zarówno na zasadzie danych klinicznych, jak i doświadczalnych, zostały w ostatnich czasach poważnie zakwestyonowane.

Rozpatrzmy po kolei te różne własności alkoholu, a więc:

1) **Własności przeciwgorączkowe.** DETTWEILER, WOLFF, TURBAN ¹⁾ i inni uważali alkohol, a głównie koniak za nieoceniony środek przeciwgorączkowy, a to na zasadzie doświadczeń BINZ'a, które wykazały, że alkohol u zdrowych ludzi i u zwierząt jest w stanie wywołać obniżenie się ciepłoty ciała. Nawet TURBAN, dyrektor znanego powszechnie zakładu w Davos, ex-asystent DETTWEILER'a, wybitny ongi zwolennik terapii alkoholowej, w ostatniej, z kądną bardzo interesującej pracy pisze, że aczkolwiek u niegorączkujących suchotników alkohol nie jest koniecznie potrzebnym, jest on jednakże u lekko gorączkujących bardzo pożyteczny, a obejść się bez niego nie można przy leczeniu mocno gorączkujących suchotników [gorączka o typie septycznym przedewszystkiem]; w tych ostatnich razach zaleca on chorym od 80 do 100 grm. koniaku.

Przeciwgorączkowe jednak działanie alkoholu jest w rzeczywistości objawem tylko toksycznym, podobnie jak to ma miejsce przy

¹⁾ Beiträge zur Kenntniss der Lungen-Tuberculose, 1899, str. 121.

otruciu kwasem karbolowym i innymi podobnymi środkami, nie można więc z doświadczeń Binz'a wyprowadzać wniosków co do przeciwgorączkowego działania alkoholu w chorobach gorączkowych, a przede wszystkim w gorączce u suchotników. Już w Görbersdorfie za pomocą bardzo dokładnych pomiarów termometrycznych u ludzi inteligentnych doszedłem do wniosku o bardzo mało znaczącym lub prawie żadnym działaniu alkoholu na typową gorączkę suchotników. Doświadczenia podobne oraz wyciąganie z nich wniosków napotykają na pewne istotne trudności, gorączka bowiem u suchotników jest niezwykle zmienną: u jednego i tego samego osobnika są okresy, gdzie gorączka trwa po kilka tylko godzin na dobę, bez widocznej przyczyny zmienia zupełnie nieraz typ swojego przebiegu, a nieraz ustępuje raptownie lub powoli na krótszy lub dłuższy przeciąg czasu, bez żadnej interwencji terapeutycznej; wszystko to może być przyczyną błędnych wnioskowań od działaniu antypiretycznym danego środka w gorączce suchotniczej. Z biegiem jednakże czasu zaniechałem w zupełności użycia alkoholu, jako środka przeciwgorączkowego w suchotach płucnych, tembardziej, że w tych rzadkich stosunkowo przypadkach, gdzie zwalczanie gorączki uważałem za wskazane, nowsze środki przeciwgorączkowe, przede wszystkim antypiryna i piramidon, wywierały wpływ stanowczo antypiretyczny, bez tych pobocznych ujemnych objawów, które wywoływał alkohol. Do podobnego wyniku co do bezskuteczności działania alkoholu przy leczeniu gorączki u suchotników doszli i inni lekarze [FIEDLER, LIEBE i inni].

2) Własności pobudzające apetyt i trawienie suchotników, jakie ma mieć alkohol, również ulegają wielkiej wątpliwości, tembardziej, że doświadczenia fizyologiczne doprowadziły pod tym względem do różnych, wprost przeciwnych wyników. Doświadczenia kliniczne różnych autorów, jako też i moje spostrzeżenia, wyżej wzmiankowane, stanowczo utwierdzają mnie w tem przekonaniu, że alkohol, zamiast pobudzać trawienie u suchotników, sprowadza w większości przypadków skutek wprost przeciwny, t. j. stopniowy upadek łaknienia i trawienia. Przeciwnie, ci wszyscy chorzy piersiowi, którzy używania alkoholu w zupełności zaprzestali, bynajmniej nie narzekali na zmniejszenie się apetytu.

3) Pobudzający wpływ alkoholu na układ nerwowy, wzmacniające działanie na ustrój osłabionych suchotników uważają zwolennicy alkoholu jako jeden z ważnych argumentów, przemawiających za stosowaniem tego środka. I tutaj doświadczenie kliniczne wykazuje, że w tych smutnych okresach choroby bynajmniej alkohol nie wywołuje ogólnego

wzmocnienia organizmu; przeciwnie, nadmierne jego użycie odurza i podnieca chorych chwilowo, wywołując następnie okresy mocnego osłabienia, co zresztą zgadza się w zupełności z doświadczeniami prof. FICKA ¹⁾ z Würzburga, według którego nawet niewielkie dawki alkoholu wywołują widoczne zaburzenia w oddziaływaniu nerwów na bodźce zewnętrzne; wzmoczoną pobudzalność nerwów, jaka występuje w pierwszym krótkim okresie, a następnie przechodzi w odczyn osłabienia i porażenia, należy uważać za zakłócenie prawidłowego odczynu nerwowego.

Zresztą główne dolegliwości chorych, znajdujących się w ostatnim okresie suchot płucnych, jako to: mocna duszność, kaszel męczący i pozbawiający ich snu, daleko skuteczniej zwalczają różne przetwory makowca, aniżeli alkohol; przetwory makowca są nadto bardzo tanie, co ma również niepoślednie znaczenie dla chorych niezamożnych. Zresztą, gdybym miał zrobić jakiegokolwiek ustępstwo od wyżej wyłożonych moich poglądów na użycie alkoholu w suchotach, to jedynie w końcowym okresie u chorych z klas zamożniejszych zezwoliłbym na nie. Jeśli bowiem tego rodzaju terapia alkoholowa, jak zresztą każda inna w tym okresie, istotnego pożytku chorym nie przynosi, gdyż choroba z nieubłaganą konsekwencją kroczy ku zejściu fatalnemu, to przynajmniej szkodzić nie jest w stanie, czego o innych okresach choroby stanowczo nie da się powiedzieć.

To, co wyżej powiedziałem o bezskuteczności, a właściwie o szkodliwości terapii alkoholowej w przebiegu suchot płucnych, da się *mutatis mutandis* zastosować i do innych przewlekłych cierpień dróg oddechowych, a więc do chronicznych katarów górnego odcinka, katarów oskrzeli zwykłych, lub też wikłanych rozedmą płuc. Szczególnie w tej ostatniej postaci chorobowej alkohol jest szkodliwy, wywiera bowiem przy dłuższem użyciu wpływ toksyczny na mięsień sercowy, już i tak zazwyczaj częściowo zwyrodniały wskutek zaburzeń krążenia, zależnych od rozedmy płuc.

Pozostaje mi jeszcze parę słów do powiedzenia o stosowaniu terapii alkoholowej przy leczeniu ostrych gorączkowych chorób dróg oddechowych, których prototypem jest *ostre, t. z. krupowe zapalenie płuc*.

¹⁾ Cyt. u BONNE'go (l. c.).

Otóż, co do tej choroby, to zdawałoby się, że w dzisiejszym stanie nauki nie ulega najmniejszej wątpliwości to, iż terapia alkoholowa daje tu doskonale wyniki. Stosowanie też alkoholu *larga manu* w ostrem zapaleniu płuc stało się rzeczą tak powszednią, niemal dogmatem terapeutycznym, że zdawałoby się rzeczą wielce ryzykowną wypowiedzenie wątpliwości w tym względzie. Hołdując ściśle tej zasadzie, w pierwszych latach mojej praktyki szpitalnej w Warszawie stosowałem alkohol szeroko [zazwyczaj około 50 grm. *spir. vini rectificatis pro die*] u chorych, dotkniętych wyżej wzmiankowaną chorobą. W ostatnich jednakże latach, podobnie jak w innych cierpieniach dróg oddechowych, zaprzestałem w zupełności stosowania alkoholu i w zapaleniu płuc, zastępując go w późniejszych dniach choroby, t. j. przy wystąpieniu niedomogi sercowej, środkami pobudzającymi serce, a więc: kofeiną, kamforą i t. p. Że zaś terapia tego rodzaju, konsekwentnie u wszystkich moich chorych w szpitalu przeprowadzana, nie dała mi gorszych wyników od terapii alkoholowej, powszechnie dzisiaj przy leczeniu tejże choroby przez lekarzy szpitalnych niemal w całej Europie używanej, za dowód niech służy następująca moja statystyka, zebrana na oddziale szpitalnym. Od roku 1891 do 1899, t. j. w ciągu lat ośmiu znajdowało się na moim oddziale szpitalnym 116 chorych, dotkniętych ostrem zapaleniem płuc; wszyscy oni poddani byli wyżej wzmiankowanej terapii z wykluczeniem alkoholu. Zmarło tylko 7, t. j. 6% ogólnej liczby; jest to rezultat, zdaniem moim, tak dobry, że podobnym najlepsze zagraniczne statystyki poszczycić się mogą; a przypomnijmy sobie, że w ciągu lat ostatnich mieliśmy do czynienia w Warszawie z kilku epidemiami dosyć ciężko przebiegającego ostrego zapalenia płuc.

To, co mówiłem o szkodliwości terapii alkoholowej przy leczeniu chorób dróg oddechowych, sądzę, że da się w zupełności zastosować i do innych chorób narządów wewnętrznych, a szczególnie do cierpień kanału pokarmowego i układu nerwowego, przy których leczeniu alkohol w ostatnich latach bywa również szeroko stosowany. I co do tych cierpień mógłbym również na mocy własnego doświadczenia podać odpowiednią kazuistykę, wykazującą wielce szkodliwe następstwa terapii alkoholowej [mam tu na myśli szczególnie chlorotyczne młode panienki, którym dla pobudzenia apetytu zalecano koniaki lub mocne wina, dalej neurasteniczki, dotknięte bezsennością i t. p.] Ograniczając się jednakże moim ściśle zakreślonym tematem pozostawiam sposobność innym kolegom, bardziej ode mnie kompetent.

nym w tych działach medycyny wewnętrznej, do wypowiedzenia swojego pod tym względem zdania, a nie wątpię, że ono zgodnem będzie z moimi wywodami.

Na zakończenie chciałem wypowiedzieć parę jeszcze słów ogólniejszej dla naszego społeczeństwa doniosłości. Jak to wiadomo, w ostatnich czasach u nas, podobnie jak i w całej Europie Zachodniej, rozpoczęta została walka przeciw alkoholizmowi, temu najistotniejszemu wrogowi społeczeństwa. Powstałe u nas t. z. kuratorya trzeźwości mogą li tylko wtedy skuteczną rozpocząć walkę, kiedy w niej wezmą udział szerokie warstwy inteligentnej sfery naszego społeczeństwa; wśród tych zastępów niepoślednia, jak sądzę, rola przypadła nam, lekarzom, jako stykającym się ze wszystkimi warstwami społeczeństwa, znającym gruntownie ich potrzeby, zale ty i nałogi. Sądzę, że głos lekarzy, zabierany w interesie zdrowia publicznego, chętniej będzie słuchany, aniżeli głos osób innych, które przez klasy nieoświecone mogą być podejrzewane o pewne uboczne cele lub nawet o apostołowanie jakichś nowych, fałszywych, zupełnie nieusprawiedliwionych idei. Lekarze, usuwający alkohol przy chorobie z punktu widzenia ściśle lekarskiego, wykreślający go z ogólnej dyetyki swych pacjentów w celach higienicznych, będą doskonałymi propagatorami idei wstrzemięźliwości, a tem samem przyczyniać się będą do skutecznej walki z alkoholizmem. Sądzę wreszcie, że nasze Towarzystwo Hygieniczne, idąc za przykładem lekarzy niemieckich i angielskich, powinnyby utworzyć z grona swoich członków sekcję wstrzemięźliwości od napojów alkoholowych. Towarzystwa takie, już dziś na szeroką skalę zorganizowane w Anglii i w Niemczech, coraz bardziej się rozszerzają, wywierając zbawienny wpływ szczególnie na młode pokolenia ludności. Przykład lekarzy, chociażby na początek szczupłego grona członków Towarzystwa Hygienicznego, będzie, jak sądzę, o wiele skuteczniejszym czynnikiem, aniżeli czysto teoretyczne zachęty i rozprawy.

Biblioteka Główna WUM

KS.1427



210000001427



www.dlibra.wum.edu.pl

