

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

WYCHODZI CO CZWARTEK

REDAKTOR: ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCA: WILHELM KNAPPE

ADRES REDAKCJI: Sienkiewicza 12, m. 28, tel. 652-51.

ADRES ADMINISTRACJI: Marszałkowska 71, tel. 834-48.

Rok VIII

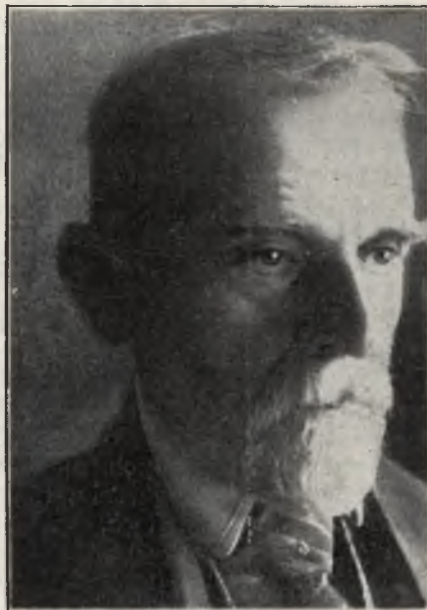
WARSZAWA, 3 WRZEŚNIA 1931 R.

Nr. 36

W 1-ą BOLESNĄ ROCZNICĘ ŚMIERCI

Ś. p. D-ra KAZIMIERZA DŁUSKIEGO.

Dnia 6 września
r. b. upływa rok
od daty śmierci
jednego z najzasłu-
żeńszych Synów
Polski a wiernego
i nieodżałowanego
Towarzysza naszej
pracy redakcyjnej,
ś. p. D-ra med.
**KAZIMIERZA
DŁUSKIEGO.**



Dla upamiętnienia
tego dnia żałoby
umieszczamy w
numerze dzisiej-
szym dwa przemó-
wienia*), wygło-
szone na Uroczy-
stej Akademii ku
czci Zmarłego, zor-
ganizowanej przez
Polskie Towarzy-
stwo Medycyny
Społecznej dnia
31 maja r. b.

*) Z wydrukowania przemówienia p. Ministra Leona Wasilewskiego z żalem musieliśmy zrezygnować z powodu nieotrzymania rękopisu.

UROCZYSTA AKADEMJA

ku czci ś. p. D-ra med. Kazimierza Dłuskiego, urządzona staraniem Polskiego Towarzystwa Medycyny Społecznej w d. 31 maja r. 1931.

Z a g a j e n i e

wyłoszone przez Prezesa Polskiego Towarzystwa Medycyny Społecznej D-ra Zygmunta Srebrnego.

Wielce Szanowne Zgromadzenie!

Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej składa dziś hołd ceniom swego niezapomnianego, długoletniego Prezesa, ś. p. D-ra med. Kazimierza Dłuskiego.

Czem był Dłuski dla Towarzystwa Medycyny Społecznej, jaką je otaczał miłością, jak nie szczędził mu swoich sił i pracy, o tem pisał obszernie Dr. Wilhelm Knappe w numerze „Warszawskiego Czasopisma Lekarskiego,” poświęconym Dłuskiemu z okazji 75-lecia Jego urodzin. Szykowaliśmy się wtenczas do uroczystego obchodu tego jubileuszu, pełni wiary w jego rychłe zrealizowanie. Niestety, ciężka niemoc, zakończona śmiercią Dłuskiego, obróciła w niwecz nasze zamierzenia: zamiast planowanej przed rokiem uroczystości radosnej, mamy dziś Akademię Żałobną.

Uproszeni przez nas mówcy, którym za gotowość, z jaką na wezwanie nasze pospieszili, gorące składam podziękowanie, szarakteryzują Dłuskiego jako człowieka i lekarza, jako polityka i jako działacza społecznego.

Zanim to nastąpi, proszę Szanownych Państwa o uczczenie pamięci Wielkiego Syna Polski przez powstanie z miejsc.



KAZIMIERZ DŁUSKI jako człowiek i lekarz.

(Przemówienie, ogłoszone przez D-ra Czesława Wroczyńskiego).

Szereg miesięcy upłynął od chwili, gdyśmy ulicami naszego miasta w skupieniu i ciszy odprawdzali trumnę ze zwłokami Kazimierza Dłuskiego na dworzec kolejowy. Cichy i skromny za życia, unikający wszelkich wyróżnień—do których miał liczne tytuły, udał się wtedy Dłuski z pełnią honorów cywilnych i wojskowych w swą ostatnią podróż do Zakopanego, aby w chwale spocząć wśród gór polskich, tam, gdzie najlepsze lata swego życia spędził, tworzył, pracował i związał nazwisko swoje i swej czcigodnej towarzyszkii życia z dziełem, może niezupełnie docenianem i niezupełnie rozumianem przez młode pokolenie lekarzy.

Dzień dzisiejszy poświęcamy uczczeniu Jego pamięci w gronie przyjaciół z różnych epok Jego życia, z licznych terenów pracy społecznej, lekarskiej i publicznej, z działalności, przepojonej zawsze szczerem uczuciem dobrego obywatela. Odtworzyć mamy przed sobą niezapomnianą postać Dłuskiego, wnoszącą wszędzie w tych środowiskach, w których się obracał, zapal, żywość umysłu, pełnię entuzjazmu, dowcipu i pogody. Obecność Dłuskiego działała wybitnie na otoczenie. Umiał porywać, skupiać, prowadzić. Znał czule strony szlachetnych uczuć ludzkich i umiał wydobyć z nich najlepsze wartości, grać na nich, jak wirtuoz, to znaczy, że miał ten wielki, rzadko spotykany, wrodzony skarb żywej energii ducha, stającej się zawsze ośrodkiem twórczym, pociągającym ku sobie i promieniąjącym wokoło. To znaczy, że, gdzie żył i gdzie pracował, tam zawsze wokół siebie stworzył opisać się niedający i napozór nieuchwytny, a jednak realnie istniejący—świat wpływów swego umysłu, związany niezliczonemi więzami z otoczeniem, atmosferę ducha, pochłaniającą i prowadzącą naprzód tych, co z nim przy wspólnym warsztacie stali.

Tego skarbu żywej energii ducha Dłuski nie nabył. Bo niema ceny, za którąby go kupić można. Po ojcach wziął tę spuściznę. Pochodził z rodziny kresowej ziemiańskiej, w której płynęła krew tych, co kiedyś, na rubieży Rzeczypospolitej stojąc, bronili w ciągu wieków jej granic. Co później w latach niewoli brali udział w walkach o wolność. Co w okresie wyzwolenia naszego na czyn zbrojny się zdobyli. W tych rodzinach kresowców to, co było słabe duchem i mało przedsiębiorcze, to ginęło bezpowrotnie. Wielu padło na posterunkach. A ciężki młot losu wykuwał z tych ludzi twarde, jak stal, charaktery zdolne do walki i czynu. Pokolenie, które dożyło czasów obecnych — dało Polsce licznych, wielkich i dobrych obywateli.

Życie Dłuskiego upłynęło w epoce brzemiennej w wielkie wydarzenia historyczne dla naszego narodu. Przez olbrzymią widownię tego życia przesuwaly się dni zwątpienia, dni zmagani długich, a zdawało się beznadziejnych, wreszcie dni szczęścia i sławy odzyskania naszej niepodległości.

Nigdy nie był biernym widzem tych wydarzeń. Energja twórcza jego umysłu, zapal do pracy i umiejętność tej pracy kazała mu zawsze rzucać bez wahania na szalę wydarzeń wszystko, co mógł z siebie wydobyć. Nie kierował się tutaj ani wyrachowaniem, ani karierą, ani osobistymi względami. Dłuski był urodzonym demokratą. Wrażliwy umysł jego od lat dzieciennych był karmiony w środowisku rodzinnym gorącą chlebą niewoli. Sześcioletnim dzieckiem będąc, w okresie powstania styczniowego słuchał opowiadań o szubienicach i okrucieństwach, jakich ofiarą padła garść zapaleńców w walce o wolność. W późne wieczory słuchał zasłuchany, oczarowany dźwięków „Z dymem pożarów”. Apatja, która w epoce popowstaniowej ogarnęła polskie społeczeństwo, nie zmogła zapalu i energii młodego umysłu, chcącego pracować dla innych. Z chwilą, gdy z ogniska rodzinnego przechodzi do szkół, ujawnia się wszędzie ten dar jego czynu i oddziaływanie na otoczenie. Już w ostatnich klasach gimnazjalnych Dłuski samorządnie skupia wokół siebie młodzież, organizuje kółka samokształcenia. Dwukrotnie wydany z gimnazjum — pracy nie rzuca i uparcie prowadzi ją w dalszym ciągu.

Studia uniwersyteckie Dłuskiego, a przede wszystkim sam wybór kierunku, w którym chciał iść, jest większym przejawem jego aspiracji społecznych. Pierwsze lata, spędzone na wydziale prawnym w Odesie, następnie w Warszawie, krystalizują jego poglądy. Staje się pionierem socjalizmu w Królestwie obok tych dobrze znanych nazwisk, należących już dzisiaj przeważnie do historii. Waryński, Kobylański, Pławniccy, Uziembło, Dąbrowski, Mendelson, Dikszajn i t. d., a z żyjących Wacław Sieroszewski, byli towarzyszami jego pracy. Dłuski był jednym z twórców tego socjalizmu polskiego, któremu zarzucano jego początkowo jakoby międzynarodowy charakter, a który jednak pierwszy wypisał na swych sztandarach hasło niepodległości Ojczyzny, naczelną punkt programu.

Zmuszony opuścić granice Kraju, Dłuski w Genewie i Paryżu z zamiłowaniem oddaje się studjom społecznym i ekonomicznym, pozostawiając szereg prac z tej dziedziny. Po ukończeniu szkoły nauk politycznych w Paryżu stwierdza, że droga do pracy dla niego w tym kierunku jest zamknięta, i po ukończeniu trzydziestego już roku życia wstępuje na wydział lekarski.

Na tej drodze na obczyźnie zdobył sobie powodzenie i uznanie, zapewniające mu świetną karierę lekarza praktyka.

To było jednak łatwe do przewidzenia, że taka praca nie da mu zadowolenia. Chciał wracać do Kraju, ten lekarz wielkiego pokroju społecznego, w czasach, kiedy medycyna w olbrzymiej większości była zawodem wolnym — o szlachetnym podłożu altruizmu i szczytnych ideałach pomocy choremu, ale kiedy jeszcze nie przeczuwano jej znaczenia w zastosowaniu do organizacji życia zbiorowego, w rozwiązywaniu wielu kwestyj społecznych w trosce o zdrowie narodu. Zainteresowanie Dłuskiego poszło w kierunku największego zagadnienia społeczno-lekarskiego — gruźlicy, która wówczas na ziemiach Polskich zabierała przynajmniej trzykrotnie większą liczbę ofiar, niż dzisiaj. Każdy co czwarty lub piąty zgon spowodowany był gruźlicą. Dłuski przeczuł wagę tego zagadnienia, pracując jako uczeń znakomitego profesora Granchera. Na ziemiach polskich sprawa ta jeszcze leżała odłogiem. Koniec 19-go stulecia przynosi cały szereg wielkich odkryć Villemina, Kocha i innych. W Niemczech Brehmer zapoczątkowuje pierwsze sanatorium wprowadzając metodę leczenia klimatyczno-dietetycznego. Dłuski pilnie śledzi te postępy, marząc o stworzeniu w Polsce pierwszego wzorowego sanatorium dla chorych płucnych. W r. 1898 zakłada wspólnie z gronem przyjaciół: Ignacym Paderewskim, Henrykiem Sienkiewiczem, Brunonem Abrahamowiczem, Konstantym Hr. Potockim, D-r'em Józefem Skłodowskim „Towarzystwo sanatorium dla chorych piersiowych”.

Po długich staraniach, konieczności zdawania egzaminów państwowych austriackich, staje na ziemi Małopolskiej i przystępuje do pracy. Porywa się z motyką na słońce. Ze strony miejscowych czynników napotyka utrudnienia i przeszkody. Lecz tu ujawnia się znowu jego zdolność do czynu, wytrwałość, umiejętność pracy żmudnej, obliczonej na długie lata.

„Historja powstania sanatorium w Zakopanem” mówi Seweryn Sterling, „to epos epopeja nieustrudzonych wysiłków jednego człowieka, który dla urzeczywistnienia swego zadania porzucił piękne stanowisko w Paryżu, aby w kraju walczyć niezmordowanie z biernością i niewiarą polskiego społeczeństwa”.

Nawet ci wybitni lekarze, którzy współpracowali z Dłuskim przy tworzeniu sanatorium, wątpili o możliwości ukończenia rozpoczętej budowy. Lecz właśnie osobisty wpływ Dłuskiego przemógł wszystkie trudności, i w roku 1902 stanęło pierwsze na ziemiach Polskich wysokogórskie wzorowe sanatorium.

Kazimierz Dłuski był Dyrektorem tego sanatorium w ciągu lat szesnastu, aż do roku 1918. Zakład rozwinął się wspaniale i zyskał sobie zasłużoną opinię nie tylko w kraju, ale i zagranicą.

Gdy dziś z perspektywy lat ocenić możemy to dzieło Dłuskiego i jego małżonki, to obiektywnie stwierdzić musimy, że sanatorium, pomijając wzorowe urządzenia, bardzo korzystne warunki klimatyczne, cudowne położenie, obmyślane w każdym szczególe, noszącym piętno myśli i pracy swego twórcy — stało się pierwszorzędnym zakładem leczniczym i jednocześnie warsztatem poważnej pracy naukowej. Stosunek Dłuskiego do tej trudnej, wymagającej, niezadowolonej kategorii chorych gruźliczych, z trudnością dającej się utrzymać w korbach regulaminu, był takim, jakim był dla wszystkich. Szczery, otwarty, dowcipny, zawsze z humorem przemawiający, wzbudzał zaufanie i miał ten autorytet duchowy lekarza, któremu chory musi bezwzględnie i z całym zaufaniem ulegać.

Z punktu widzenia nauki Dłuski umiał stworzyć wokół siebie w sanatorium to, co go zawsze otaczało — atmosferę pracy systematycznej, przywiązując do niej młodych lekarzy. Bez tego niepodobna jest stworzyć szkoły klinicznej. To też stwierdzić należy, że Dłuski stosunkowo w tak krótkim przeciągu czasu dał nam szkołę fizjologów, z której wyszedł cały szereg lekarzy wybitnych, o nazwiskach,

dobrze dziś znanych: Czaplicki, Rozpędzikowski, Stefan Rudzki, Zawistowski, Olgierd Sokołowski i inni są jej przedstawicielami.

Prace kliniczne Dłuskiego i jego asystentów zajmują szczytne miejsce w polskim piśmiennictwie lekarskim. Przezorny i zawsze uczący się, Dłuski wprowadzał w swoim sanatorium nowe metody kliniczne — promienie Roentgena, technikę odmy sztucznej i t. p. Bystry i spostrzegawczy umysł kliniczny pozwolił mu na stwierdzenie przed laty takich danych, które dzisiaj stały się podstawą nowych prądów, dotyczących umiejscowienia początkowych okresów rozwoju gruźlicy płuc. Nie będę wymieniał szczegółowo prac, znanych sferom lekarskim, a więc o stosowaniu tuberkuliny, o swoim leczeniu gruźlicy, o wartości klinicznej odczynu tuberkulinowego wspólnie z Rudzkim.

R. 1918 — będący rokiem wyzwolenia, oderwał Dłuskiego od warsztatu pracy klinicznej i naukowej. Pochłonęły go wówczas sprawy wielkiego znaczenia politycznego. Sanatorium z chwilą jego wyjazdu z Zakopanego upadło i dopiero w ostatnich latach po przejściu na własność wojska znowu dźwigać się zaczyna. Ostatni okres życia swego spędził Dłuski w stolicy Polski. Z tego okresu pozostał szereg prac naukowych, z których jedną z r. 1922 poświęcił sprawom walki z gruźlicą w Polsce. Píše o stosowaniu preparatów z laseczników Kocha dla celów rozpoznawczych w gruźlicy płuc, o odmie sztucznej, o jamach jawnych w płucach gruźliczych. (r. 1929). Jeszcze uczęszcza do szpitala i utrzymuje żywą styczność ze światem klinicznym i naukowym. Działalność społeczną w walce z gruźlicą rozwija na terenie stolicy w szerokiej mierze. Jest członkiem Rady Warszaw. T-wa Przeciwgruźliczego — jest jednym z założycieli Polskiego Związku Przeciwgruźliczego, jednoczącego dzisiaj ruch przeciwgruźliczy na terenie całej Polski. Staje jednocześnie na czele T-wa Medycyny Społecznej. Żadna inicjatywa społeczno-lekarska nie jest mu obca.

Jażeli w okresie studiów uniwersyteckich, jak pisze Wacław Sieroszewski — Kazimierz Dłuski był przesłicznym młodzieńcem o kruczach, wijących się puklami włosów, wielkich szafirowych oczach, rysach subtelnych i rasowych, ozdobionych przemiłym, wesołym uśmiechem, dającym koncerty dowcipu i humoru na zebraniach, — to Dłuski z ostatniej epoki życia w Warszawie, choć zmęczony i stargany pracą i przeżyciami, był zawsze tym samym młodym duchem z umysłem, tryskającym sarkazmem i humorem. Te same bystre oczy jego patrzyły na nas ze szczerym serdecznym uśmiechem.

Jeszcze w r. 1929, gdy nam przewodniczył w Poznaniu na Zjeździe przeciwgruźliczym, podziwialiśmy niewyczerpany zasób jego wiedzy, umiejętność wnoszenia na wszystkich posiedzeniach tętna zainteresowania i prowadzenia dyskusji.

Zjazd ten był jedną wielką manifestacją jego zasług na polu walki z gruźlicą.

Zawsze szczerzy i bezkompromisowy w swoich przekonaniach — nadewszystko miłujący prawdę, nie krępował się nigdy i miał odwagę cywilną swego zdania.

Pokolenie, do którego należał, nie stąpało po różach. Szło drogą pełną cierni i kamieni, aby torować przyszłość swoim następcom. Dłuski patrzył w tę przyszłość, niosąc na swych barkach dolę najbardziej upośledzonych warstw naszego narodu. Wybiegał myślą na te przyszłe drogi, starając się podpatrzeć, mówiąc słowami poety, „zórz wstających jasność” „aby ją zanieść pod ten dach ubogi i w słońce zmienić te światelka liche”. Dłuski walczył i żył dla idei, i danem mu było wykrzesać z swej nadziei, nawskroś burzy i zawieji, jasne dni.

Spełnił obowiązek swój jako obywatel, a jako lekarz-społecznik pozostanie wzorem dla tych, co, myśląc kategorjami zbiorowości, nie dla swych własnych celów, chcą pracować. Pokolenie jego minęło i mija. Ale w historii naszego wyzwolenia, w historii naszej medycyny, pochłubić się mogącej całym szeregiem lekarzy-społeczników, pozostanie postać Kazimierza Dłuskiego o niegasnącem światłem, z którego czerpać możemy siły do walki, gdy nam ich braknie.

— © —

Dr. KAZIMIERZ DŁUSKI

jako prezes Polskiej Konfederacji Pracowników Umysłowych

(Przemówienie wygłoszone przez prof. Henryka Rygiera)

Poprzedni mówcy tak wszechstronnie i tak głęboko scharakteryzowali działalność nieodżałowanej pamięci d-ra Kazimierza Dłuskiego, jako człowieka, jako fachowca-lekarza i jako działacza politycznego, że do przemówienia mego upoważnia mnie tylko to, iż obraz działalności d-ra Dłuskiego byłby niepełny, gdybyśmy pominęli Jego wielką działalność społeczną. Ośmiela mnie również do tego kroku niezastudzona, ale szczerza przyjaźń i zaufanie, jakimi dr. Dłuski obdarzał mnie w ciągu naszej wspólnej długoletniej działalności społecznej na terenie związków zawodowych pracowników umysłowych, co pozwoliło mi niejednokrotnie zrozumieć najistotniejsze motywy Jego działalności.

Pierwsze nasze spotkanie na tym terenie odbyło się bodaj w końcu 1922 r. Dr. Kazimierz Dłuski stał wówczas na czele Związku Inteligencji Pracującej, do którego zarządu i ja zostałem w tym czasie powołany.

Było to wkrótce po drugiej z rzędu próbie przeprowadzenia do Sejmu przedstawicieli pracowni-

ków umysłowych z własnej listy wyborczej № 10, wystawionej przez tak zwaną Unję Narodowo-Państwową.

Lista № 10, uzyskawszy około 40.000 głosów, przepadła; była jednak pierwszą realną próbą zżyczenia inteligencji pracującej i pierwszym podliczeniem wpływów, jakie na platformie, wystawionej przez Związek Inteligencji Pracującej, osiągnąć się dało na terenie Rzeczypospolitej Polskiej.

Próba ta jednak—muszę to mocno podkreślić—odbyła się na gruncie jeszcze politycznym.

Pamiętam doskonale rozmowę, jaką wkrótce po nieudanych wyborach miałem z dr. Dłuskim. Sam jeszcze podówczas przejęty byłem przewagą kierunku politycznego nad społeczno-zawodowym, co zupełnie da się usprawiedliwić charakterem tego okresu, niedawnego co do liczby lat, lecz bardzo już odległego co do poglądów na ustroj społeczny; przeto z pewną rezerwą odniosłem się do ideologii d-ra Dłuskiego w sprawie konieczności organizowania świata pracy nie na gruncie politycznym, lecz zawodowo-społecznym.

Nietylko zresztą ja, spokrewniony podówczas z pewną ideologią polityczną, a więc i z kierunkiem politycznym również w zakresie pracy związkowej, lecz i wszyscy bodaj pozostali współpracownicy d-ra Dłuskiego w Związku Inteligencji Pracującej mieliśmy co do Jego poglądów poważne zastrzeżenia.

Okazało się jednak w krótkim czasie, że dr. Dłuski, choć o tyle starszy latami, wciąż jednak był młodszy od nas duchowo. Głębiej bowiem, niż my, orjentował się w tych wielkich przemianach, jakie zachodziły w ustroju państwowo-społecznym, i jaśniej zdawał sobie sprawę, jakimi drogami idzie ewolucja życia zbiorowego.

Toteż wkrótce, bo już 1923 r., dr. Dłuski znalazł w nas najgorętszych rzeczników swej ideologii zorganizowania na szeroką skalę inteligencji polskiej już nie na gruncie politycznym, lecz zawodowo-społecznym.

Był to triumf niemały, bo my wszyscy, młodszy koledzy d-ra Dłuskiego, byliśmy ludźmi politycznymi, a wielu z nas nimi pozostało do dzisiaj. Dość, że wymienię kilka nazwisk, aby scharakteryzować ten wielki wpływ, jaki dr. Dłuski wywarł na nas w dziedzinie zasad organizowania się związków zawodowych. Oto wśród nas byli między innymi red. Tytus Czaki ze Strzelca, zgasły dr. Ignacy Mucha, sympatyk P. P. S., obecny dyrektor departamentu Ministerstwa Pracy i O. S. inż. Jerzy Drecki, obecny wojewoda Jerzy Paciorkowski i najbliższy ideowo od samego początku stojący przy d-rze Dłuskim obecny tu na sali p. Jan Kłobukowski.

Pod wpływem d-ra Dłuskiego potrafiliśmy oddzielić naszą działalność czy sympatje polityczne od działalności społecznej. W tej drugiej dziedzinie postanowiliśmy zapomnieć o polityce, grupując ludzi zawodami, a nie partyjnie. Dziś dla wielu jest to już stanowisko proste i normalne, podówczas jednak było ono zupełną nowością.

Uporawszy się z tym bardzo w owym czasie trudnym problemem i przerósłszy w ten sposób ówczesny światopogląd o szereg lat naprzód, przystąpiliśmy z dr. Dłuskim na czele do pracy wzmacniania inteligentnych związków zawodowych, już istniejących, oraz do powoływania do życia apolitycznych związków w tych zawodach, które związków tych nie posiadały. Równocześnie powołany został specjalny komitet, na którego czele stanął znów dr. Dłuski, a który miał na celu wytworzenie centrali związków inteligentnych.

Tak oto w 1923 r. narodziła się myśl powołania do życia Polskiej Konfederacji Pracowników Umysłowych.

Czyż mam Państwu przypominać trudności, jakie komitet ów napotykał na swej drodze? Nie było takiego ugrupowania politycznego, nie było takiego czasopisma, gorzej, bo nie było takiego urzędu państwowego czy związku robotniczego, któreby się choć z cieniem życzliwości odniosły do naszych poczynań.

Zasadniczo nie wierzono w możliwość zorganizowania inteligencji, tego „sypkiego piasku“, jak nas podówczas nazywano, a już kategorycznie przeczono samej idei organizowania świata pracy umysłowej na podstawie nie politycznej, lecz zawodowej.

Pamiętam te nasze łącznie z dr. Dłuskim włości po różnych ministerstwach, gdzie nas niechętnie, nieraz lekceważąco przyjmowano. Pamiętam wizyty w redakcjach, gdzie redaktorzy, a więc przedstawiciele inteligencji, odmawiali nam poparcia lub choćby umieszczenia drobnej wzmianki. Pamiętam tę niezliczoną litanję zebrań, na których kaptowaliśmy sobie adherentów dla naszej idei.

I nadaremnie chciałbym tutaj przedstawić Państwu ten ogrom pracy, jaką wkładał z dnia na dzień, bez wytchnienia, niemłody już podówczas dr. Dłuski, nie opuszczając ani jednego posiedzenia, konferując z nami niejednokrotnie w swoim prywatnym mieszkaniu, rzucając na szalę naszej pracy swoje wielkie wpływy osobiste, więcej—bo zachęcając nas młodszych do siebie w chwili zniechęcenia do wytrwania i wiary.

Zapalaliśmy się znów pod Jego wpływem do dalszej pracy, aż wreszcie dn. 30 października 1924 r. na posiedzeniu delegatów 12 związków, w tej liczbie i Polskiego Towarzystwa Medycyny Społecznej, którą reprezentował dr. Wilhelm Knappe, powołana została Komisja Organizacyjna Polskiej Konfederacji Pracowników Umysłowych, i znów Dr. Dłuski stanął na czele.

Gdybyście Państwo mogli wejrzeć w akta tej Komisji, to ze zdziwieniem odcyfrowalibyście tę wielką pracę, włożoną przez dr. Dłuskiego, a wykonywaną w tak szybkim i młodzieńczym tempie, że oto już 23 listopada 1924 r., a więc w niespełna 2 tygodnie powstała Polska Konfederacja Pracowników Umysłowych w składzie 19 organizacji centralnych i 48 organizacji prowincjonalnych. Śmiem twier-

dzić, że niewyczerpana energia i zapał, a w równym stopniu wielki autorytet dr. Dłuskiego spowodowały w największej mierze powstanie Konfederacji.

O ile nieco trudne było ustalenie składu personalnego władz Konfederacji, o tyle ani chwili wątpliwości nie było, kto ma zostać jej prezesem.

Został nim oczywiście i bez chwili wahania z naszej strony dr. Kazimierz Dłuski.

Mandat ten piastował do samej śmierci.

Nie jest zamierzeniem mojem kreślenie tutaj dziejów Konfederacji, a tylko w ten sposób mógłbym zobrazować tę część działalności dr. Dłuskiego. Muszę więc tylko poprzestać na stwierdzeniu faktu, że nie było ani jednego ważniejszego posunięcia w działalności naszej instytucji, któreby aż do samej jego śmierci nie było ściśle uzależnione od niego i z jego ideologią niezwiązane. I to nie tylko wówczas, gdy jako prezes Konfederacji faktycznie kierował nami, lecz i w czasie późniejszym, kiedy, nieco już zmęczony latami i pracą, część swych funkcji przekazał nam młodszym.

Pamiętam zebrania zarządu Konfederacji, którym ja już przewodniczyłem, i na których w sprawach wątpliwych zapytywaliśmy siebie, jakby w danym razie postąpił dr. Dłuski? Pamiętam również i to, jak, sterany już nieco życiem i nadmiernymi obowiązkami, znajdował wolne godziny, aby mnie wezwać do siebie lub mnie odwiedzić dla dokładnego poinformowania się o przebiegu prac Konfederacji i dla dania nam wskazówek.

To też nie tylko ceniliśmy, nie tylko liczyliśmy się z jego zdaniem i ulegaliśmy mu, ale nade wszystko kochaliśmy go za jego jasną myśl i szlachetne, bezinteresowne serce.

W uznaniu tych zasług—ku naszej wielkiej radości i dumie—dr. Dłuski jednomyślnie w 1928 r. zostaje wybrany na stanowisko prezesa Międzynarodowej Konfederacji Pracowników Umysłowych, t. j. na najwyższe stanowisko międzynarodowe, jakie w hierarchii zorganizowanych pracowników intelektualnych można było osiągnąć.

I tu znów wystąpił w całej pełni charakter dr. Dłuskiego. W jednej z rozmów ze mną dr. Dłuski—a był to człowiek, któremu się wierzyło bezwzględnie—ponad radość osobistą, że jednak osiągnął to, co mu się słusznie należało, postawił sprawę znaczenia Jego wyboru, jako Polaka i przedstawiciela Polskiej Konfederacji.

Wkrótce potem przewodniczył dr. Dłuski na Międzynarodowym Kongresie Pracowników Umysłowych.

My, Polacy, stronnie mogliśmy byli ocenić jego przewodnictwo. Ale z jaką radością usłyszeliśmy w prywatnej rozmowie kilku nas z długoletnim sekretarzem generalnym Międzynarodowej Konfederacji Pracowników Umysłowych adwokatem Louis Gallié, że na żadnym jeszcze Międzynarodowym Kongresie Pracowników Umysłowych nie było tak świetnego, tak upraszczającego pracę kongresową i tak czarującego, jak się wyraził—przewodniczącego. „A przytem—dodał adw. Gallié, jest on wszak młodszy od nas wszystkich”.

W kilka miesięcy po tym kongresie dr. Dłuski zaczął odchodzić od nas, choć o tem nie wiedzieliśmy jeszcze podówczas. Opuszczały Go stopniowo siły fizyczne, ale nie duchowe. Przewodniczył stale na posiedzeniach naszej rady, uprzednio zawsze bardzo szczegółowo przygotowując się do tych posiedzeń.

I do końca swej działalności na terenie Konfederacji ściśle przestrzegał apolityczności ruchu zawodowego pracowników umysłowych i dokładał łącznie z nami najusilniejszych starań, aby powołana została do życia naczelna centrala związków zawodowych pracowników umysłowych. Stał przytem do końca na stanowisku, że centrala taka z jednej strony winna obejmować wszystkie odłamy pracowników umysłowych, t. j. zarówno pracowników najemnych—państwowych, samorządowych i prywatnych, jak i zawody wyzwolone, artystyczne i naukowe; z drugiej zaś, że obowiązana jest odgrodzić się murem od wszelkich wpływów ubocznych. Zgodne to było z naczelną zasadą dr. Dłuskiego, że żadne cele obecne nie miały nigdy dostępu do Jego ducha.

To też w organizowaniu się przedstawicieli intelektu polskiego widział dr. Dłuski określony cel, którego wytyczna nie powinna zmieniać się w zależności od tego lub innego wpływu ubocznego. Ruch zawodowy inteligencji z jednej strony winien służyć obronie słusznych praw pracowników umysłowych i uzyskaniu podstaw do odegrania przynależnej im roli społecznej, z drugiej strony nakłada na nich określone, a ważne obowiązki społeczne—organizowania wspólnie z innymi grupami społecznymi nowego ustroju i wnoszenia do życia zbiorowego tych zwłaszcza wartości twórczych, których poza inteligencją nikt inny w tym samym stopniu wnieść nie może.

Śmierć nie pozwoliła mu doczekać tych dalszych posunięć, które rokują, iż w niedługim czasie nastąpi scalenie ruchu zawodowego pracowników umysłowych w jednej naczelnej centrali, oraz że reforma ustroju społeczno-państwowego i zmiana konstytucji i ordynacji wyborczej pójdzie w kierunku oparcia się o grupy zawodowo-gospodarcze, a nie o ugrupowania polityczne.

Cześć jego świetlanej, niezamąconej żadnym kompromisem lub interesem osobistym pamięci!

Pamięć ta pozostała wśród wielu z nas, gdyż pośród różnorodnych talentów dr. Dłuskiego była umiejętność tworzenia szkoły i wychowywania sobie następców.

To też nie pozostała po nim pustka, lecz ziarna, rzucone przezeń, kiełkować i rozwijać się będą, póki nie zwyciężą.

Pragnę dzisiejsze moje przemówienie zakończyć słowami, które wypowiedziałem na pierwszym

posiedzeniu Rady Naczelnej Konfederacji po zgonie dr. Dłuskiego i po przewiezieniu jego doczesnych szczątków do Zakopanego.

„Życie jego było tak górne, jak i odejście z tego świata. Zwłoki Jego nie mogły być złożone w nizinach. Dążył ku szczytom w ciągu całego swego ziemskiego istnienia — i na spoczynek wieczny legł wśród gór”.

PRACE ORYGINALNE

Wykłady kliniczne

Metody rozpoznawania, klasyfikacji i leczenia suchot płucnych w sanatorium Trudeau.

Podał

Dr. Marja SKOKOWSKA-RUDOLFOWA (Warszawa)

W sanatorium Trudeau (stan New York Essex county) używana jest klasyfikacja, przyjęta przez „American Sanatorium Association” w 1922 r. i potwierdzona przez „National Tuberculosis Association” w 1925 r. Klasyfikacja amerykańska jest oparta na wynikach badania fizykalnego i danych rentgenologicznych.

W myśl tego podziału używane są następujące określenia zmian w płucach w przebiegu gruźlicy przewlekłej:

1) Gruźlica początkowa (Minimal incipient). Zmiany niewielkie, zajmujące jedno płuco nie dalej, niż do połączenia 2-go żebra z mostkiem i do 3-go kręgu piersiowego, lub oba płuca do obojczyka.

Mogą być następujące objawy fizykalne: ograniczenie ruchów oddechowych, zaznaczone dołki nad — i podobojczykowe, zwężenia pola szczytu, lekkie zmiany opukowe i osłuchowe (mogą nie być), niewielkie zmiany przewodnictwa głosu. Rzężenia mogą być obecne lub nie. Również mogą być obecne lub nie prątki w płwocinie w małej ilości. Roentgen wykazuje: niewielkie zaciemnienie wierzchołka (lub wierzchołków), spowodowane przez lekkie nacieczenie (infiltration), lub skupienie gruzełków (conglomeration of tubercle), lub mocniejszy cień wskutek rozwoju tkanki włóknistej (fibrosis); mogą być również zwapnienia. Brak poważniejszych powikłań ze strony organów innych.

2) Umiarkowanie posunięta (Moderately advanced). Zmiany zajmują od $\frac{1}{3}$ do całej przestrzeni jednego płuca, lub do 2-go żebra po obu stronach. Badanie fizykalne wykazuje obecność nacieczenia lub zwłóknienia płuca, może być mała kawerna. Rentgenologiczne badanie wykazuje: mocny, jednolity cień, (należy wykluczyć zapalenie opłucny), sięgający najdalej do 4-go żebra [kawerna (o ile istnieje) powinna mieścić się w jednej przestrzeni międzyżebrowej], lub rozsiane zaciemnienie na przestrzeni całego jednego płuca i do 2-go żebra po drugiej stronie. Brak poważnych powikłań.

3) Daleko posunięta (Far advanced). Badanie fizykalne i rentgenologiczne wykazuje zmiany większe, niż w umiarkowanie posuniętej, lub przy mniejszych zmianach w płucach, istnieją poważne powikłania gruźlicze ze strony organów innych *laryngitis tbc*, *peritonitis tbc*, *enteritis tbc*.

Każdy z tych stopni posiada odcienie, zależnie od stanu ogólnego pacjenta, oznaczane literami A, B, C.

A więc istnieje

Minimal	A	Moderately advanced	A	Far advanced	A
"	B	"	B	"	B
"	C	"	C	"	C

Gdzie A oznacza brak objawów ogólnych lub lekkie: lekkie zmęczenie, niewielki brak apetytu, niewielka utrata wagi, może być lekkie podwyższenie ciepłoty do 99°F (37,2° C) w ustach i do 100,5° F (38° C) w odbytnicy; niewielkie przyspieszenie tętna: 90 u mężczyzn, 96 u kobiet po półgodzinnym odpoczynku.

B oznacza zaburzenia ogólne lub miejscowe, niezbyt silnie zaznaczone.

C oznacza wyraźne zaburzenia ogólne lub miejscowe (duszność, *anorexia*, *tachycardia* i t. p.)

Przy klasyfikowaniu chorego oprócz samej formuły (np. MA — A Moderately Adv. brak zaburzeń ogólnych) oznacza się sposób badania, a więc przed formułą umieszcza się P — physical, R — Roentgen, lub P/R — oba razem.

Karta każdego chorego w Trudeau zawiera określenie, zgodne z klasyfikacją Turbana, na zasadzie badania fizykalnego określenie według norm „National Tuberculosis Association” i dokładnie sformułowane dane rentgenologiczne.

Dla tych ostatnich przyjęto następujące skróty: zmiany miąższowe (parenchymatous) oznacza się przez Pc; zmiany około-oskrzelowe (peritruncal) — przez Pt. Przy tych ostatnich cienie mają kształt wydłużony i idą w kierunku rozgałęzień „drzewa” oskrzelowego (ramificationsof the trunks). Zmiany miąższowe dają cienie, rozsiane w granicach nieregularnych.

Za „ujemną” uważa się płytę fotograficzną, która nie wykazuje zmian wyżej wymienionych, może jednak wykazywać:

- a) dyskretne zaciemnienie dookoła wnęki w promieniu 1—1½ cala;
- b) małe zwapnienia, rozsiane w polu płuca;
- c) zrosty przeponowe;
- d) zmniejszoną przejrzystość pola płuc skutkiem nieprawidłowego oddechu lub zmian w ścianach klatki piersiowej.

Rozmiary zmian oznacza się liczbami 1, 2, 3, a więc:

Peritruncal 1 (Pt 1): zmiany umiejscowione są wzdłuż linii kręgosłupa (paravertebral trunk) po jednej lub obu stronach, lub w 1-em międzyżebżu po jednej lub obu stronach lub w 2-gim międzyżebżu

po jednej lub obu stronach, albo na linii kręgosłupa (paravertebral) i w 1-em międzyżebrow po jednej stronie. Strony oznacza się przez R — prawa (right), lub L — lewa (left).

Peritruncal 2 (Pt 2). Zmiany umiejscowione są na linii kręgosłupa (paravertebral) i w 1-em międzyżebrow po obu stronach, lub na linii kręgosłupa i w obu międzyżebrowach po jednej stronie.

Parenchymatous — zmiany mięszkowe (Pc).

Pc 1. Zmiany nie wynoszą więcej ponad 60—80 cm² na przestrzeni jednego lub dwóch międzyżebrow, to znaczy: a) do górnego brzegu połączenia I żebra z mostkiem po jednej lub obu stronach (R, L, lub RL); b) do górnego brzegu II stawu mostkowożebrowego po jednej stronie.

Pc 2. Zmiany sięgają: a) do górnego brzegu 2-go stawu mostkowożebrowego po obu stronach (RL), b) do górnego brzegu 3-go stawu mostkowożebrowego po jednej stronie (R2 lub L2), c) o ile zmiany po jednej stronie sięgają dalej niż górny brzeg 2 go, lecz mniej niż górny brzeg 3-go stawu mostkowożebrowego, mogą być pewne zmiany po drugiej stronie. Cała przestrzeń nie powinna być większa, niż w punkcie b (R2L lub RL2).

Pc 3. Zmiany zajmują przestrzeń większą niż przy PC2.

Stopień natężenia procesu (intensity) oznacza się literami: a (lekki), b (umiarkowany), c „consolidation” (zwłóknienie), „cavity” (jama), f (fibrosis). Prawdopodobną zdolność procesu do zmiany na lepsze lub gorsze (stopień czynności) oznacza się przez cyfry, dodane do liter, oznaczających rozmiary zmian. A więc: 0 oznacza proces nieczynny (zagojony?); 1 prawdopodobnie zdolny do słabego rozwoju lub cofania się; 2—umiarkowanie czynny; 3—bardzo czynny. Węc np. 2 kolejne zdjęcia jednego i tego samego pacjenta, oznaczone przez:

Pierwsze: PC3 R 2 a 2 L2 b3

Drugie: PC3 R2 a1 L2 b2

należy rozumieć, że rozmiary zmian pozostały te same (R2L2) o tym samym charakterze (PC3); nasilenie po stronie prawej małe (a), przy drugim prześwietleniu zmniejszona czynność (a1, poprzednio a2); po drugiej stronie nasilenie większe (b). Czynność zmniejsza się (b2), poprzednio (b3).

Dokładną granicę zmian oznacza się przez liczbę żebra (rib) i kręgu (v.s. vertebr. spine). Karta każdego pacjenta w sanatorium Trudeau zawiera formuły według klasyfikacji Turbana i według „National Tuberculosis Association” i dokładną interpretację radiologiczną.

Np. Turban O; P — badanie fizykalne, R — badanie rentgenologiczne.

MA — A (umiarkowanie posunięta)

(Moderately Advanced, brak objawów ogólnych)

$R_2 r+4 v s b,$
PC₂ $L_3 r+5 v s (C?)_1$

Zmiany mięszkowe umiarkowane (PC₂) po stronie prawej sięgają do 2-go żebra (2 r) i 4-go kręgu (4 v s), nasilenie umiarkowane (b), prawdopodobnie niezbyt czynne (1); po stronie lewej zmiany sięgają do 3-go żebra i 5-go kręgu, podejrzenie kawerny (C?), prawdopodobna niewielka zdolność do zmian (1). Cyfry 1, 2, 3, dodane do skrótu Pt lub PC (PC₁, PC₂, PC₃), odpowiadają klinicznemu minimal, moderately, far advanced.

Przy przyjmowaniu pacjentów do sanatorium

i wypisywaniu chorych brane są pod uwagę jako *criterium*, prócz badania fizykalnego i rentgenologicznego: badanie płwociny, odczyn tuberkulinowy, odczyn wiązania dopełniacza, historia choroby.

Za niegruźliczych (nontuberculous) uważa się pacjentów, którzy wykazują:

1. Brak stałych rzeżeń (non persistent rales) w górnej połowie klatki piersiowej.

2. Brak zmian rentgenologicznych lub lekkie zmiany przywłkowe.

3. Stały brak prątków gruźliczych.

4. Odczyn wiązania dopełniacza dodatni lub ujemny.

5. Brak ogólnego lub ogniskowego odczynu tuberkulinowego po zastrzyknięciu jednorazowo 10 mlgr. O.T. (stopniowanie zwykłe: 0,0001, 0,001, 0,003, 0,005, 0,01, 0,01).

6. Odczyn tuberkulinowy ogólny po jednokrotnym zastrzyknięciu 10 mlgr. O.T. lub mniej, bez odczynu ogniskowego, dającego się określić przez badanie fizykalne lub rentgenologiczne.

7. Pacjent nie miał krwotoku płucnego większego ponad łyżeczkę herbacianą.

8. Pacjent nie miał zapalenia opłucny z wysiękiem bez wyraźnie określonej przyczyny (unexplained).

Podejrzenie gruźlicy (Suspected tuberculosis):

Punkty 1—4, jak wyżej.

5-6. Może być odczyn tuberkulinowy ogniskowy, dający się wykazać przy badaniu fizykalnym (rzeżenia), ale nie rentgenologicznie.

7. Przebyty krwotok płucny bez innej wyraźnej przyczyny (unexplained), ponad łyżeczkę herbacianą.

8. Przebyte wysiękowe zapalenie opłucny bez wyraźnej innej przyczyny (ale nie p.p. 7 i 8 razem).

Gruźlica niekliniczna (non clinical):

1. Jak wyżej.

2. Zmiany mięszkowe, wykazane rentgenologicznie, niedające się inaczej wytłumaczyć.

3-4. Jak wyżej.

5-6. Odczyn tuberkulinowy po 10 mlgr. O. T. dodatni lub ujemny. Odczyn ogniskowy nie daje się wykazać ani fizykalnie, ani rentgenologicznie.

7. Brak krwotoku.

8. Brak zapalenia opłucny.

9. Brak objawów ogólnych.

Gruźlica kliniczna:

Jeden lub więcej z objawów poniższych:

1. Rzeżenia stałe (persistent) w górnej połowie klatki piersiowej.

2. Zmiany mięszkowe, wykazane rentgenologicznie.

3. Obecność prątków w płwocinie.

7-8. Przebyty krwotok bez innej wyraźnej przyczyny (unexplained) ponad łyżkę herbacianą wraz z przebytem zapaleniem wysiękowym opłucny (unexplained).

5. Odczyn ogniskowy po 10 mlgr. O. T., lub mniej, dający się wykazać rentgenologicznie. Objawy ogólne muszą być obecne w tym samym czasie.

Zpóśród objawów fizykalnych najwięcej wagi przywiązuje się do średnio-bańkowych rzeżeń.

Przy badaniach w regularnych odstępach czasu przy wypisywaniu pacjentów i w statystyce używane są następujące terminy dla oznaczenia rezultatu leczenia i dla dalszej obserwacji.

1. Apparently cured (Pozornie wyleczony). Brak wszelkich objawów ogólnych oraz płwociny, zawierającej prątki w ciągu 2-ch lat przy zwykłych warunkach życia.

2. Arrested (Proces zahamowany). Brak objawów ogólnych i płwociny, zawierającej prątki w ciągu 6-ciu miesięcy. Objawy fizyczne i Roentgen wykazują zmiany zaleczone.

3. Apparently arrested (Proces pozornie zahamowany). Warunki te same, co w poprzednim punkcie, trwające 3 miesiące.

4. Quiescent (proces w stanie spokoju). Brak objawów ogólnych. Płwocina, zawierająca prątki, obecna lub nie. Objawy fizyczne i rentgenologiczne wykazują proces w stanie nieczynnym lub cofają się. Powyższe warunki trwają najmniej 2 miesiące.

5. Improved (Poprawa). Objawy ogólne zmniejszone lub nieobecne. Kaszel, płwocina i prątki zwykle obecne. Objawy fizyczne i rentgenologiczne jak w p. 4.

6. Unimproved (Bez poprawy). Proces pozostaje czynnym bez zmiany lub postępuje.

7. Zmarł.

Przyjmowanie chorych w sanatorium odbywa się podług pewnej rutyny. Przyjęcia nowych pacjentów odbywają się 2 razy tygodniowo. Każdy kandydat musi mieć kartę z miejscowego Towarzystwa Przeciwdziedzicznego, które potwierdza jego stan materialny, kwalifikując go do instytucji napół dobroczynnej, jaką jest sanatorium Trudeau; pozatem przyjmowani są chorzy, skierowani przez lekarzy, specjalnie do tego upoważnionych w rozmaitych miastach. Po zbadaniu przez lekarza dyżurnego chory udaje się do lekarza naczelnego, który decyduje o przyjęciu, stamtąd do pracowni rentgenologicznej, gdzie są robione 2 zdjęcia, i na 2 dzień otrzymuje ostateczną odpowiedź. Przy przyjęciu otrzymuje druki — przepisy dla pacjentów, poczem zostaje umieszczony w „cottage” lub w oddziale szpitalnym, zależnie od stanu choroby. Nowoprzybyły pozostaje w łóżku w ciągu tygodnia, przyczem ciepota mierzona jest co 2 godziny. Następnie każdy pacjent traktowany jest indywidualnie. Każdy chory ma mierzoną ciepłotę 3 razy dziennie: o godz. 7.30, 4-ej, 8-ej.

Badanie płwociny nowoprzybyłego chorego odbywa się metodą koncentracijną; płwocina jest zbierana w ciągu 3-ich dni. Preparaty są barwione metodą zmodyfikowaną Coopera. Badane są każdorazowo 2 szkiełka. Pozatem badanie płwociny odbywa się raz na miesiąc, jak również moczu. Na żądanie lekarza dokonywane jest szczepienie świnie morskiej.

O ile chory nie ma wyraźnych dodatnich objawów miejscowych, szczepiony jest tuberkuliną O. T. podskórnie, przy zachowaniu następującego stopniowania: 0,0001, 0,0002, 0,0005, 0,001, 0,002, 0,005, 0,01; ostatnią dawkę powtarza się 2 razy, o ile przy pierwszej nie ma odczynu. Za miarodajny uważa się odczyn ujemny. Za dodatni uważa się odczyn ogniskowy, dający się wykazać fizycznie (rzężenia) i rentgenologicznie.

Każdy chory badany jest na odczyn wiązania dopełniacza.

Co tydzień odbywają się zebrania lekarskie, na których po zreferowaniu historii przebiegu choroby i dyskusji zostaje przyjęta ostateczna diagnoza.

„National Tuberculosis Association” poleca le-

czenie pacjentów, zależnie od diagnozy I w domu — suspect, arrested, apparently arrested, quiescent; II w sanatorium lub szpitalu w gruźlicy czynnej.

Dopuszczalne jest leczenie II grupy w domu pod następującymi warunkami:

a) jeśli niema dzieci, które mogą być narażone na zakażenie,

b) jeśli inteligencja pacjenta i jego rodziny daje gwarancję, że szczegółowe polecenia zostaną wykonane,

c) jeśli pacjent może korzystać z odpowiedniej opieki lekarskiej i pielęgnarskiej, jak długo tego potrzebuje,

d) jeśli ma w domu warunki higieniczne i ułatwione leczenie klimatyczne (outdoor treatment).

Grupa „suspect” (podejrzani) może być leczona w domu, jednak często konieczne bywa umieszczenie w szpitalu lub w sanatorium, co ma duże znaczenie wychowawcze, a bywa całkowicie usprawiedliwione, jeśli warunki domowe są nieodpowiednie, lub dla wyjaśnienia diagnozy.

Grupa „arrested”, „apparently arrested” i „quiescent” wymaga ścisłej kontroli w formie miesięcznego badania przez lekarza w przychodni i częstych wizyt pielęgniarzy.

Leczenie domowe zwykle bywa wystarczające przy indywidualnym zachowaniu przepisów, jak sypianie na otwartym powietrzu, odpoczynek i t. p.

O ilości pracy i wyborze zajęcia decyduje lekarz. Należy przygotować pacjenta, że w razie konieczności będzie musiał powrócić do sanatorium lub szpitala.

„Rozsądek, optymizm, cierpliwość i takt są podstawowymi czynnikami w leczeniu” (Diagnostic standards of the N. T. A.).

Kuracja w sanatorium Trudeau polega na absolutnym spokoju, dobrem odżywianiu, przebywaniu na świeżym powietrzu i uświadamianiu pacjenta. (1 Rest. 2. Good Food, 3. Fresh air, 4. Education). To ostatnie rozumiane jest w sanatorium, jako ścisła współpraca między lekarzami i pacjentami. Prócz indywidualnych rozmów, co 2 tygodnie odbywają się pogadanki na temat wymagań w zakładzie, roli własnej chorych w osiągnięciu celu kuracji, stosunku do otoczenia i t. p. Pogadankami kieruje zwykle lekarz naczelny — Dr. Lawrason Brown. On również odpowiada na pytania, które pacjenci składają do skrzynki z zapytaniami. Odczytywanie odbywa się w czasie obiadu co 2 tygodnie i stwarza atmosferę wzajemnego zaufania i wielkiej nieraz wesołości.

Prawie wszyscy pacjenci przebywają stale, nawet w nocy, na werandach.

Największy jednak nacisk kładzie się na absolutny odpoczynek, który jest uważany za czynnik ważniejszy, niż odżywianie i świeże powietrze. Ćwiczenia (exercise) są dozowane bardzo ostrożnie. Po tygodniu obserwacji, o ile stan zdrowia pozwala, pacjent otrzymuje pozwolenie na 15-minutowy spacer w czasie od 11-ej rano i od 4-ej popoł., potem, o ile stan zdrowia pacjenta pozostaje zadawalający, czas spaceru zwiększa się stopniowo do 2-ich godzin. Za specjalnem zezwoleniem lekarza niektórzy pacjenci pracują w warsztatach, gdzie uczą się koszykarstwa, metaloplastyki, introligatorstwa i t. p.

Dr. Brown podaje następujące przepisy dla kontroli ćwiczeń:

„Ćwiczenie (exercise) oznacza spacer. Musi być

specjalne pozwolenie na inne. Nie zezwala się na ćwiczenia, o ile pacjent: gorączkuje, traci na wadze, jeśli płwocina zawiera krew, jeśli ma puls przyspieszony. Nigdy nie należy używać ruchu do zmęczenia do utraty tchu, nie należy biegać, robić rzutów, zwisów, nosić ciężarów, wchodzić na góry. Należy spacerować wolno, systematycznie i codzień, niezależnie od pogody. Jeśli teren jest nierówny, należy iść pod górę, aby móc schodzić z powrotem z góry. Należy odpoczywać $\frac{1}{2}$ godziny przed jedzeniem i tyleż po jedzeniu”.

Metody sanatoryjne wydają się bardzo proste, zabiegów nie robi się prawie żadnych, z wyjątkiem odmy sztucznej. Lekarstwa daje się tylko objawowo. Wydaje się, że, prócz doskonałych rezultatów leczniczych, największą rolę odgrywa sanatorium, jako zakład wychowawczy, gdyż nawet pacjent, który nie

uzyskał poprawy, wychodzi stamtąd świadomy niebezpieczeństwa, dokładnie, prawie mechanicznie zachowujący przepisy o zapobieganiu szerzeniu się choroby, a przez to nieszkodliwy dla otoczenia, będąc sam propagatorem wiadomości higienicznych.

P I Ś M I E N N I C T W O:

Brown Lawrason. Rules for recovery from tuberculosis. Heize Fred. Forty first Medical Report and 21 Medical Supplement. Heize and Sampson: The classification of pulmonary tuberculosis with a comparative analysis of the different methods employed. Brown, Heize and Sampson. The classification of pulmonary tuberculosis based upon symptoms and X-ray findings. Brown, Heize, Petroff and Sampson. A preliminary study of clinical activity. Diagnostic standards of the National Tuberculosis Association (edit. 1926). Wykłady i druki sanatoryjne.

Z klinik, szpitali i pracowni

Z Poradni Przeciwgruźliczej Pow. Kcsy Chorych w Pabjanicach
(Kierownik: dr. Zdzisław Świder).

Spostrzeżenia nad naciekami wczesnymi.

Podał

Zdzisław ŚWIDER (Pabjanice).

W artykule, ogłoszonym w zesz. 30-31 niniejszego pisma w lipcu r. ub., wspomniałem o rzadkiem występowaniu nacieków wczesnych wśród chorych i tutejszej poradni przeciwgruźliczej.

Obecnie pragnę, opierając się na przeszło rocznej pracy w tej poradni, omówić zarówno częstość występowania ognisk podobojczykowych wśród tutejszych gruźlików, jak i sposób powstawania tych nacieków—dalej ich przebieg kliniczny oraz odrębności lokalne.

W czasie od połowy lutego 1930 r. do 1-go lipca r. bież. zanotowałem ogółem 12 przypadków tych nacieków. Podkreślić trzeba, że mam tu na myśli jedynie typowe ogniska Assmanna-Redekera, jako nacieki okrągłe, o dość wyraźnym zarysie. Chodzi o to bowiem, że do nacieków wczesnych zaliczają różni badacze, np. Romberg, również nacieki rozlane, umiejscowione poniżej obojczyka, a nawet rozległe gruźlicze nacieki pławowe (*lobitis*). Ponieważ jednak nie jest rzeczą zbadaną, czy nacieczenia wczesne, mniej lub bardziej rozlane, powstały odrazu w tej postaci, czy też są w każdym bezwzględnie przypadku tylko dalszą fazą w rozwoju (rozpadzie) typowego, okrągłego, nacieku podobojczykowego, którego pierwszy okres przebył chory przed zgłoszeniem się do nas—pragnę tu omówić jedynie nacieki wczesne *sensu stricto* t. j. „Rundilfiltrat” Assmanna-Redekera.

Wymienione wyżej 12 przypadków okrągłych nacieków wczesnych wykryto na materiale, obejmującym prawie 2000 (1992) zbadanych przez ten czas chorych, skierowanych z ambulatorjum centralnego K. Ch. z powodu najrozmaitszych zaburzeń ze strony narządu oddechowego oraz niedomagań natury ogólnej. U chorych tych wykryto gruźlicę płuc tylko w 772 przypadkach. A zatem

częstość występowania typowych nacieków A—R. wynosi na naszym materiale gruźliczym nieco więcej, niż 1,5%. Martyszewski i Warkenthinówna na materiale warszawskim stwierdzili nacieki wczesne w 5,2% w stosunku do wszystkich zmian gruźliczych.

Redeker wykrył natomiast nacieki te w 25% przypadków (85 n. wcz. na 350 przyp. gruźlicy)!

Nie przytaczam tu szczegółowo liczb innych autorów, które różnią się znacznie między sobą, gdyż nie nadają się one naogół zupełnie do porównania. Wspomniałem bowiem, że różni autorowie ujmują nacieki wczesne niekoniecznie w klasycznym określeniu ich wg. Assmanna-Redekera, jako ogniska izolowane, lecz rozszerzają to pojęcie na zmiany bardziej rozległe, wzgl. wcale nie podają, co rozumieją pod nazwą tych nacieków (zob. artykuł Deisla i Burmeistera). Jeśli Romberg np. znalazł w 225 przyp. gruźlicy „nacieki wczesne” u 48 chorych, to nie możemy stąd wnioskować zupełnie, jaki odsetek na jego materiale wynoszą nacieki wczesne w sensie Redekera, gdyż Romberg zalicza tu również zmiany rozpadowe, a więc jamy w obrębie nacieków wczesnych właściwych, nacieki przerzutowe i nacieki wtórne. Ponieważ „nacieki wczesne” u Romberga stanowią 21% ogółu przypadków, wynika stąd—ze względu na szerokie ujęcie nazwy tych nacieków—że istotna liczba izolowanych nacieków była tu mniejsza od 21%, a tembardziej od liczby 25% u Redekera. Można by na to zauważyć, że Redeker, dzięki odpowiedniej organizacji pracy w swej poradni, miał możliwość spostrzegania nacieków zupełnie świeżych, zatem bez zmian wtórnych, gdy Romberg w klinice mógł spostrzegać już późniejsze okresy nacieków pierwotnie izolowanych. Na to należy jednak odpowiedzieć, że tylko wtedy wolno nam z całą pewnością mówić o dalszych okresach nacieków, gdy mieliśmy możliwość spostrzegania ich cyklu rozwojowego, że zatem rekonstrukcja nacieków wczesnych *sensu stricto* ze zmian, bardziej posuniętych, zawsze jest do pewnego stopnia dowolna, a więc bez wartości dla ścisłego opracowania staty-

stycznego. Innymi słowy zatem, nie wolno nam twierdzić, że materiał kliniczny R o m b e r g a zawiera prawie taki (21 miast 25) odsetek przypadków n. wcz., co materiał R e d e k e r a — z tą różnicą jedynie, że w okresie późniejszym.

Zatrzymaliśmy się na tym przykładzie dłużej, gdyż z rozważań tych wyciągniemy 2 ważne wnioski: 1) konieczność krytycznego ustosunkowania się do danych różnych badaczy; 2) konieczność uwzględniania na przyszłość zawsze tylko nacieków wczesnych w ścisłym tego słowa znaczeniu, co pozwoli dopiero ustalić dokładnie ich rolę („odsetkową”) we ftizeogenezie u ludzi dorosłych.

Jeśli liczba istotnych nacieków wczesnych u R o m b e r g a była niewątpliwie niższa, niż u R e d e k e r a, to da to się do pewnego stopnia wytłumaczyć różnicami w rodzaju spostrzeganego materiału gruźliczego (klinika i poradnia), podobnie, jak zrozumiałe dla nas są niskie liczby odsetkowe dla nacieków wczesnych u chorych sanatoryjnych, a więc ze zmianami już zaawansowanymi (0,2% n. wcz. u 1500 chorych B a d e n a).

Ale w swym artykule poprzednim zwróciłem już uwagę na to, że istnieją różnice w danych różnych autorów, które nie dają się wytłumaczyć w sposób powyższy. Np. fakt, że B r ä u n i n g wśród 4789 ludzi, u których, jak to podkreśla sam A s s m a n n, należało się przedewszystkiem spodziewać nacieku wczesnego (wystawionych na zakażenie zewnętrzne), znalazł zaledwie 15 przyp. tych nacieków, co stanowiłoby 0,3%. Myśmy znaleźli 12 przyp. nacieków u prawie 2000 podejrzanych o gruźlicę chorych, w tem faktycznie 772 gruźlików. B r a u e r wykrył 14 przyp ognisk A s s m a n n a na 1800 badań, w tem 600 przypadków pewnej gruźlicy.

Jeśli więc różnice w rodzaju opracowanego przez poszczególnych badaczy materiału gruźliczego (poradnia, klinika, sanatorium) tłumaczą nam do pewnego stopnia różnice w częstości występowania nacieków wczesnych, jeśli dalej odgrywa tu pewną rolę również różne ujmowanie nazwy tych nacieków przez różnych autorów — przecież mamy kilka faktów, dla których powyższe tłumaczenia nie wystarczają — spostrzeżenia B r ä u n i n g a, dane B r a u e r a, spostrzeżenia nasze: 25% u R e d e k e r a, 0,3% u B r ä u n i n g a, 2,3% u B r a u e r a, 1,5% u nas.

Natomiast dadzą się te różnice wytłumaczyć tem, że (przypuszczenie to wypowiedzieliśmy już w pracy poprzedniej) „w różnych miejscowościach, w różnych warunkach bytowania mogą występować częściej te lub inne postaci gruźlicy płuc... Lokalne warunki konstytucjonalne mogą zatem być przyczyną przejawienia się choroby częściej w tej lub innej postaci klinicznej”.

Autorzy, ujmujący krytycznie rolę nacieków wczesnych we ftizeogenezie, zaznaczają wprawdzie, zawsze fakt, że różni badacze otrzymywali liczby odsetkowe dla nacieków wczesnych o wiele niższe, niż R e d e k e r: stąd wyciągali jednak wyłącznie wnioski, że naciekom tym nie można przyznać dominującego znaczenia we ftizeogenezie, jakie im przypisywał R e d e k e r. Ale inna strona zagadnienia uchodziła naogół ich uwadze: mianowicie, logicznie możliwa, istotna przyczyna tak znacznych różnic w danych poszczególnych badaczy. Zrozu-

miałem jest, że R e d e k e r, stwierdziwszy na materiale swej poradni 25% nacieków wczesnych — zupełnie słusznie, ze swego stanowiska, sądził, że nacieki te mają doniosłe znaczenie we ftizeogenezie u ludzi dorosłych, bowiem przypuszczał, że wszędzie one występują w tym samym stopniu, a więc uogólnił wyniki swych spostrzeżeń lokalnych. Ze więc dane innych autorów częstokroć różnią się znacznie od wyników, otrzymanych przez R e d e k e r a, świadczy to nie tylko o drugorzędnej roli nacieków wczesnych w powstawaniu przewlekłej gruźlicy płuc, ale zarazem, czego ci autorowie nie akcentują, o lokalnych różnicach w częstości występowania tych nacieków.

W pracy niniejszej chodzi mi też o specjalne podkreślenie tych odrębności lokalnych, które, jak zobaczymy z przytoczonych poniżej w zarysie historii choroby poszczególnych przypadków poradni — dotyczą nie tylko częstości występowania nacieków wczesnych, ale i sposobu ich powstawania oraz przebiegu klinicznego.

Przyp. 1. Marja L., l. 30. (L. karty poradni 799). Brak obciążenia rodzinnego i styczności z gruźlicą prątkującą.

Zgłosiła się do ambulatorjum centralnego Kasy Chorych z powodu męczącego kaszlu, trwającego od paru tygodni. Płwocina, zbadana wówczas, nie zawierała prątków gruźlicy. Odczyn Biernackiego (OB) — 200 (norm. 300 i więcej). Badanie rentgenologiczne, wykonane dn. 12/III-30 r. w zakładzie rentgenol. K. Ch. (Kierownik: dr. M a n d e l t o r t), wykazało obecność ogniska A s s m a n n o w s k i e g o pod lewym obojczykiem; silne zagęszczenie lewej wnęki z drobnymi punktami zwapnienia; liczne smugi, dążące ku szczytowi lewego. T⁰ normalna. Waga ciała 51,5 kg. Radiografia kontrolna kl. piersiowej, wykonana po 3 tygodniach, wykazała rozpoczynający się rozpad nacieku, wobec czego zastosowano niezwłocznie odmy, kontynuowaną do chwili obecnej. W lipcu waga 49,4 kg; t⁰ 37,3⁰. W połowie sierpnia waga 52,5 kg, t⁰ nadal 37,3⁰. Dopiero od połowy grudnia 1930 r., a więc w j. k. pół roku od chwili zastosowania odmy, ciepłota ciała jest normalna, waga utrzymuje się mniej więcej na poziomie 52 kg.

Przyp. 2. Sabina Ż., l. 21, tkaczka. (L.K. poradni 1836). Wywiad rodzinny bez znaczenia, brak styczności z gruźlicą wyraźną.

Zgłosiła się do ambul. centr. K. Ch. z powodu kaszlu, który wystąpił przed paru dn'ami, oraz bólu w kl. piersiowej. Badanie, dokonane przez lekarza ambul.: wysłuchowo — *nihił* OB — 132', K o c h —. Wynik badania rentgenologicznego, wykonanego dn. 20/XI 30 r. z polecenia lekarza ambul.: „Izolowane ognisko, ostro odcięte, wielkości 20 groszy, pod prawym obojczykiem (A s s m a n n).” (Dr. M.).

Pierwsze badanie w poradni dn. 20/XI-30 r. Wysłuchowo: zaostrzenie oddechu z lekko chuch. wydechem pod prawym obojczykiem, brak zupełny rżczeń. Waga 52,4 kg; t⁰ 37,3⁰. Badanie rentgenologiczne kontrolne, wykonane dn. 15/XII 30 r.: „Cień pod obojczykiem nie uległ zmianie co do wielkości, ani co do konsystencji. Nowych zmian nie widać.” Stan podgorączkowy utrzymuje się nadal. W połowie grudnia wyjazd do sanatorium w Zakopanem. T⁰ ciała wraca tam do normy, przyrost wagi w ciągu 2 miesięcy pobytu wynosi 10 kg. Badanie rentgenologiczne po powrocie (5/III 31): „Cień pod obojczykiem prawym nie wykazuje tendencji do rozpadu. Silne wysycenie i ostre odgraniczenie przemawia za rozpoczynającym się wapnieniem.” R t g e n. dn. 10/VI 31: cień bardziej jeszcze wysycony i mniejszy już.

Przyp. 3. Józef B., l. 39, tkacz, (L.k.p. 1687). Wywiad rodzinny bez znaczenia.

Kaszele od paru lat, ostatnio bardziej. OB>240: Twierdzi, iż stracił na wadze w ciągu ostatnich 2 mies. ponad 10 kg. kontaktu z gruźlicą otwartą nie ustalono. Badanie dn. 14/XI 30 r.: zaost. oddechu w prawym szczycie, oddech przerywany. Waga 57,2 kg, t^0 normalna. Rtgen (7/XI 30): „Subtelny cień plamisty, wielkości złotego, źle odgraniczony, pod prawym obojczykiem. Badanie rtgen. dn. 21/XI i 5 XII — *st. idem*. Dnia 5/I 31 — waga wykazuje niewielki przyrost, t^0 37,2⁰; w marcu 1931 r.: waga 58,5 kg, t^0 37,6⁰, rtgen, jak wyżej.

Przyp. 4. Janina S., l. 20, tkaczka. (L.k.p. 106 B.)

Kaszele i poci się od pół roku. Nie odpłuka zupełnie. OB—92' (sierpień 1930). Rtgen: „Ognisko okrągłe świetego nacieczenia miejscowego pod obojczykiem prawym, drugie mniejsze nieco — na tle szczytu.” — W wywiadzie — brak perjury od 2 miesięcy; obciążenia rodzinnego oraz kontaktu z gruźlicą prątkującą nie stwierdzono.

Waga (14/VIII 30) 45,8 kg; t^0 37,4⁰. Ze względu na trwającą dłużej sprawę chorobową oraz obawę co do rozpadu nacieku podobojczykowego (zastosowanie w przypadku 1-ym odmy dopiero z chwilą stwierdzenia rozpoczynającego się rozpadu było przyczyną utrzymywania się stanu podgorączkowego przez czas dłuższy i stosowania odmy już przeszło rok), założono odmy prawostronną. Waga w końcu grudnia wykazuje przyrost prawie 3 kg, OB kontrolny—205' miast poprzednich 92', t^0 36,6⁰. Stan poprawy utrzymuje się do chwili obecnej.

Wyjazd do sanatorium w Worochcie.

Przyp. 5. Anna B., l. 40, robotnica miejska. (L. k. p. 1614).

Leczyła się od 22-IX 30 r. [w ambul. centr. K. Ch. z powodu kaszlu, trwającego od paru miesięcy. Lekarz ambul. stwierdził wówczas osłabienie oddechu w prawym szczycie, zaś badanie płwociny nie wykryło prątków Kocha. Brak obciążenia rodzinnego i kontaktu z k+.

Badanie w poradni dn. 22-X 30 r.: rzęź. wilg. śr. bańk. w prawym szczycie, ciepłota ciała normalna. Ubytek na wadze 3 kg. w ciągu ostatnich 6 tygodni. Badanie rentgenologiczne, wykonane d. 22-X 30 r., dało wynik następujący: „Pole płucne prawe: ognisko, wielkości złotego, pod prawym obojczykiem, dość ostro odgraniczone, subtelnie jednolicie wysyczone. Pole płucne lewe: szczyt i okolica podobojczykowa pokryte są grubymi smugami o charakterze zmian włóknistych.” — Stan ogólny poprawia się do 21-X 30 r. (przyb. 1½ kg), t^0 norm., ale wysłuchowo stwierdzamy wprawdzie mniej rzężeń w płucu prawym; natomiast dość dużo rzężeń wilg. oraz furczeń w szczycie i pod obojczykiem lewym. Rtgen nowy wykazuje wtedy, zgodnie z tem: „Cień pod obojczykiem prawym nie uległ zmianom ani co do wielkości, ani co do wysyczenia, natomiast pod obojczykiem lewym widoczne są wyraźne cienie nacieczeń świeżych”. Wreszcie Rtgen kontrolny z dnia 23-VII 31 r. wykazuje: stan bez zmiany w płucu prawym, zmiany włókniste w płucu lewym.

Przyp. 6. Antonina T., l. 34, przy mężu. (L.k.p. 1561).

Zwróciła się do lekarza ambul. centr. K. Ch. w kwietniu r. 1930 z powodu suchego kaszlu. Lekarz ambul. odnotował w karcie chorob. dn. 15-V 30: t^0 37,2⁰; 11-VI 30: neurastenja. Dn. 22-IX chora uskarża się na silne bóle w okol. lewej łopatki, lekarz jednak rzężeń żadnych nie stwierdził i skierował chorą na prześwietlenie. Wynik radioskopji: ognisko Asmanna pod lew. obojczykiem. — Badanie w poradni dn. 29-IX 1930 r. wykryto w szczycie lewym rzęź: wilg. drobnobańkowe po kaszlu. Chora podaje, że przeżyła w grudniu r. 1929 oraz w lutym r. 1930 „grypę”. Od tego czasu czuje się gorzej i traci na wadze. W rodzinie chorych na płuca nie było, z gruźlikami się nie stykała. — Badanie po upływie przeszło pół roku

(w maju 1931 r.): „Ognisko pod obojczykiem lewym wykazuje kształt pasmowaty, ma dość silne wysycenie. Na tle szczytu lewego widać smużasty cień, który był przed 8 mies. niewidoczny”. To norm. Waga bez zmian, Koch—.

Przyp. 7. Pelagja K., l. 32, tkaczka. (L. k. p. 1701).

Leczyła się w K. Ch. już od 2 lat z powodu ogólnego osłabienia oraz skłonności do częstych omdleń. Skierowana do poradni dn. 5-XII 30 r. z powodu silnych bólów w kl. piersiowej. Rodzice zmarli przed paru laty na gruźlicę płuc.

Badanie w poradni nie wykazało żadnych zmian fizykalnych, t^0 norm. Rtgen dn. 5/XII 30 r.: „Drobne, plamiste cienie na tle szczytu lewego o wysyceniu słabem”. W tydzień potem— t^0 37,4⁰, wysłuchowo pojed. rzęź. drobnobańkowe w szczycie lewym po kaszlu. Do 10 lutego samopoczucie się poprawia, waga wzrasta o 2 kg., jednak stan podgorączkowy i rzęź. w szczycie utrzymują się. Ze względu na obciążenie rodzinne chora została wysłana do sanatorium w Zakopanem pomimo „łagodnej”, „szczytowej” sprawy płucnej. W ciągu 2 mies. pobytu w sanatorium dalszy przyrost wagi o 7½ kg., jednak Roentgen, po powrocie, wykazuje w połowie kwietnia 1931 r.: „Pole płucne prawe bez zmian. Pole płucne lewe: plamiste zacienienie pola szczytu lewego. Cień, wyraźnie odgraniczony, wielkości 5-groszówki, pod obojczykiem. Waga wzrasta w ciągu 10 dni jeszcze o 1½ kg. Rtgen kontrolny dn. 24/IV 31 r.: „Zacienienie szczytu lewego, jak dawniej, w miejscu dawnego nacieczenia podobojczykowego widoczne są smużaste cienie”.

Przyp. 8. Adam L., l. 59, tkacz (L. k. p. 1931).

W styczniu r. 31—klucie pod lewą pachą, świsty i furczenia w lewym płucu; męczący kaszel, ogólne osłabienie, Koch—. Badanie w poradni dn. 7-III 31 stwierdza liczne furczenia w obu płucach, zwł. lewym, mniejszą ruchomość przepony po stronie lewej. Rtgen: „Cień wielkości fasoli, ostro odcięty, słabo wysyczony, pod obojczykiem lewym. Cienie wętkowe silnie poszerzone. Przepona lewa napina się od strony przedniej”. Postępujące osłabienie, t^0 normalna, Koch—. Rtgen kontrolny dn. 13-III 31: „Płuco prawe: bardzo silnie poszerzony cień wętki; środkowa część płuca przysłonięta subtelnym zaciemnieniem, płuco lewe: cień o lekkim wysyceniu wapniowem pod obojcz.”

Przyp. 9. Helena B., l. 28 (L. k. p. 1280).

Przed 2 tygodniami „grypa”. W tydzień potem niewielkie krwiopłucie. Badanie w poradni dn. 16-V 31 r. stwierdza pojed. rzęź: wilg. oraz tarcie opłucnowe w dole prawego płuca; t^0 norm. Koch—. OB 80'. Rtgen dn. 19-V 31: „Pole płucne lewe: cień plamisty wielkości złotego, ostro odgraniczony, jednolicie subtelnie wysyczony pod obojczykiem. Cienie wętkowe silnie poszerzone. Rysunek odwętkowy wzmocniony, sięga po stronie lewej do szczytu”. W ciągu maja i czerwca st. ogólny dobry utrzymuje się, t^0 stale normalna. Szereg zdjęć kontrolnych dn. 28-V, 12-VI, 19-VI i 25-VII nie wykazuje żadnej tendencji do rozpadu, choć narazie również i brak tendencji do cofania się.

Przyp. 10. Tadeusz H., l. 26, murarz (L.k.p. 2344).

Zwrócił się do K. Ch. z powodu bólu w piersiach oraz kaszlu, trwającego od kilku dni. T^0 normalna, Koch—. OB—255'. Wygląda bardzo źle. Wysłuchowo stwierdzamy jedynie rozlane furczenia i świsty, zwł. w prawym płucu. Badanie krwi wykazuje hipochromję: zawartość hemoglobiny 60% przy 5 milj. ciałek krwi. Wynik badania rentgenologicznego dn. 6-VII 31: „Pole płucne prawe: w okolicy podobojczykowej widoczny jest intensywny, plamisty cień, dość ostro odgraniczony, o konturach nieregularnych, wielkości orzecha. Pole płucne lewe: smugi i zwapnienia na tle szczytu”. Rtgen kontrolny dn. 18-VII 31 — *st. idem*. Przyrost wagi 1 kg., t^0 normalna.

Przyp. 11. Zygmunt W., l. 24, biuralista (L.k.p. 2345.)

Pokasłuje od paru miesięcy, czuje się osłabiony; brak łaknienia, ubytek ostatnio na wadze 4 kg. OB 5h. Rtgen: „Okragły cień zagęszczenia miąższu o lekkim wysyceniu wapniowym, widoczny w V międzyżebrowym w linii pachowej przedniej. Cień ma wielkość złotego i umiejscowiony jest od przedniej strony kl. piers.—W wywiadzie kontakt z k+. Badanie dn. 6 VII 31: t⁰ nadal norm., ubytek na wadze ok. 1 kg. osłabienie. Rtgen kontr. dn. 25-VII 31 — st. idem.

Przyp. 12. Wanda H., l. 38, tkaczka (L. k. p. 2216).

Leczyła się w ambul. K. Ch. od 3 mies. z powodu ogólnego

osłabienia, kurczów żołądk. oraz bicia serca. Skierowana do poradni z powodu kaszlu oraz silnej niedokrewności. Badanie dn. 27-V 31, stwierdziło poj. rzęź. w okol. wnęk, zwl. lewej. t⁰ 37,4°. Rtgen dn. 2-VI 31 r.: „Cień okragły, wielkości złotego, ostro odgraniczony, słabo wysycony, widoczny poniżej bieguna dolnego wnęki lewej w obrębie miąższu płucnego, bardziej od strony tylnej. Poza tem zmian nie stwierdza się“. Dn. 6-IV wysłuchowo więcej rzężeń we wnęcie lewej, t⁰ 37,7°, K o c h—. OB—179'. Rtgen kontr. dn. 10-VI, 15-VI i 25-VII — st. idem.

(Dok. nast.).

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i poglądowe.

Nowsze prace z dziedziny gruźlicy.

Zestawił

Henryk J. LANDAU (Warszawa).

LOCHTKEMPER i SCHULTE-TIGGES. O znaczeniu różniczkoworozpoznawczem wiązania dopełniacza gruźliczego. (Beitr. klin. Tbk. t. 76, z. 6.)

W zastosowaniu praktycznym znane dotąd antygeny gruźlicze (antygen B e s r e d k i, antygen gruźliczy W a s s e r m a n n a, tebeptina T o e n i s s e n a, wyciąg K l o p s t o c k a E12, antygen L e h m a n n a - F a c i u s a) okazały się niedostatecznie pewne i swoiste w porównaniu z kiłą. Przygotowujący antygeny muszą się zdecydować na tak dokładne ich nastawienie, by była zagwarantowana możliwa ich swoistość, wtedy bez wątpienia odczyn wiązania dopełniacza gruźliczego znajdzie większe zastosowanie. Że jest to możliwe, dowodzą badania L a n g e g o, H e n e r a i M o e l l e r a z Państwowego Instytutu Zdrowia.

H.-R. OLIVIER i A. SLIOSBERG. Badania nad białkami surowicy w przebiegu gruźlicy płuc. (Rev. de la Tub. № 1/1931.)

W przebiegu gruźlicy płucnej poziom białka całkowitego w surowicy jest, poza przypadkami wyjątkowymi, niezmienny lub bardzo nieznacznie zmniejszony. Z pośród białek surowicy największym zmianom ulegają globuliny. Postaciom krańcowym, postępującej wrzodząco-serowatej z jednej i włóknistej bezgorączkowej z drugiej strony, odpowiadają charakterystyczne wartości współczynnika białkowego: niskie w pierwszym, wysokie w drugim przypadku. Dla wartości pośrednich tego współczynnika znajduje się mieszaninę wszystkich postaci anatomo-klinicznych gruźlicy płucnej, przyczem jest rzeczą niemożliwą ustalenie wśród nich zapomocą tej metody jakiejś klasyfikacji.

Wahania współczynnika, badane u tego samego osobnika, są bardziej rozległe w stanie patologicznym, niż w stanie normalnym, zaś fakt, że w jednym i drugim przypadku są one silnie zaznaczone, przyczynia się jeszcze do trudności klasyfikowania i odbiera badaniom nad zawartością białek we krwi ich znaczenie prognostyczne, tembardziej, że zmiany patologiczne w zawartości białek nie przebiegają równolegle do zmian klinicznych.

Zbliżone do badań nad napięciem pęcherzykowym CO₂, i nad szybkością opadania czerwonych ciałek krwi, badanie proteinemji, trudniejsze i subtelniejsze pod względem technicznym, nie przedstawia postępu w rozpoznawaniu postaci klinicznych gruźlicy płucnej i w stawianiu rokowania co do dalszego rozwoju tej sprawy.

E. RAGNOTTI. O późnym gruźliczym ognisku pierwotnym u dorosłych. (Beitr. klin. Tbk. t. 76 z. 4-5.)

Większość wszystkich osobników nabywa gruźlicze ognisko pierwotne we wczesnym dzieciństwie. Osobnicy, którzy uniknęli pierwszego zakażenia gruźliczego w dzieciństwie i młodości, mogą mu ulec w każdej chwili swego życia. Na zasadzie materiału autora krzywa gruźliczych „późnych ognisk pierwotnych” dorosłych dochodzi do swego szczytu między 20 a 25 rokiem życia, a potem stromo opada.

Wśród materiału sekcyjnego autora, obejmującego 4000 przypadków w rozmaitym wieku, a pochodzącego z Instytutu Patologicznego Uniwersytetu we Fryburgu i Patologicznego Instytutu Szpitala Rudolfa V i r c h o w a w Berlinie, znaleziono 36 przypadków późnych ognisk pierwotnych u dorosłych, co stanowi niecały 1% (0,9%).

Gruźlicze późne ognisko pierwotne u dorosłych powstaje z reguły drogą powietrzną, w 72% badanych przypadków były płuca siedzibą zespołu pierwotnego, w 28% było ono pozapłucne, a mianowicie wskutek zakażenia jelitowego w dolnym odcinku jelit krętych. Innych przypadków pozapłucnego zakażenia nie spostrzegano.

W jednym przypadku powstałego drogą powietrzną późnego ogniska pierwotnego potwierdzono prawo umiejscowienia P a r r o t a.

Zazwyczaj późne pierwotne zakażenie dorosłych drogą powietrzną prowadzi do jednego ogniska płucnego, rzadko do kilku w tem samym płucu, równie rzadkie są podwójne pierwotne zakażenia obu płuc. Pod względem umiejscowienia zespołu pierwotnego oba płuca wykazują prawie jednakowy udział. Uderzająco często górny płąt był siedzibą ogniska pierwotnego. Świeżo nabyte ognisko płucne późnego pierwotnego zakażenia u dorosłych z upodobaniem, podobnie jak u dziecka, zajmuje położenie podopłucnowe.

Późne ogniska pierwotne dorosłych, nabyte drogą jelitową, znajdują się tak samo, jak u dzieci, w dolnym odcinku jelit krętych, w jednym przypadku istniało podwójne zakażenie z siedzibą pierwotnego owróżdzenia gruźliczego w gardle i jelitach krętych. Uderzającą jest względnie duża częstość jelitowych późnych ognisk pierwotnych u dorosłych (28%).

W pewnej części przypadków anatomiczne podłoże późnego gruźliczego ogniska pierwotnego dorosłych było zupełnie nieoczekiwanym odkryciem w czasie sekcji. Jak wynikało z uzupełnianych później wywiadów, pierwotne zakażenie gruźlicze dorosłych przebiegało bez żadnych objawów klinicznych, tak że istnieją tutaj takie same stosunki, jak u małego dziecka, które przebywa zakażenie pierwotne zupełnie niespostrzeżenie.

Podobnie jak małe dziecko, tak i dorosły wykazuje w stosunku do pierwotnego zakażenia gruźliczego przyrodzoną oporność, tak że z reguły obie komponenty zespołu pierwotnego ulegają wyleczeniu klinicznie i anatomicznie. W niepomysłnie przebiegających przypadkach rozwija się w bezpośrednim związku z pierwotnym zakażeniem, powstałym drogą powietrzną lub jelitową, postępująca gruźlica, przebiegająca według określonych praw. Ten prawidłowy przebieg gruźlicy, związanej z ogniskiem pierwotnym, u dorosłych niczem się nie różni od typu przebiegu dziecięcej gruźlicy, związanej z ogniskiem pierwotnym.

Gruźlica dorosłych, rozwijająca się w związku z powstałym drogą powietrzną zakażeniem pierwotnym, może wychodzić: 1) z ogniska narządowego w płucach, 2) z odpowiednich gruczołów chłonnych. W pierwszym wypadku powstaje gruźlicze odoskrzelowe względnie płatowe zapalenie płuc, przebiegające zwykle czysto wysiękowo i wykazujące wielką skłonność do serowacenia z rozpadem jamistym i zachłystowym wysiewem drogą oskrzelową. Na jednym jaskrawym przypadku (chodziło tutaj o pierwotne późne zakażenie przez *typus bovinus*) wykazuje autor, że taka gruźlica, związana z ogniskiem pierwotnym u dorosłego, może przebiegać pod typowym obrazem gruźlicy reinfekcyjnej, t. j. izolowanej narządowej gruźlicy płuc.

Jeśli w zakażeniu pierwotnym dorosłego, które nastąpiło drogą powietrzną, gruczoły chłonne późnego ogniska pierwotnego wykazują skłonność do propagacji, to powstaje serowaciejąca gruźlica gruczołów chłonnych w ten sam sposób, jak u dziecka, w zakresie odpływu chłonki ogniska pierwotnego, która w zakresie swego szerzenia się pod względem topograficznym zachowuje się tak samo, jak gruźlica gruczołowa wczesnego wieku dziecięcego.

Tak samo, jak u małego dziecka, dochodzi u dorosłego w związku z szerzeniem się tego typu drogą układu chłonnego nabytej drogą powietrzną gruźlicy do przebicia do układu krwionośnego, mianowicie do układu żyły próżnej górnej, wskutek czego powstają uogólnione i częściowe wysiewy prosówkowe, jak również izolowana gruźlica narządowa, które co do swego dalszego przebiegu zachowują się tak samo, jak odpowiednie postacie wieku dziecięcego.

Świeżo nabyte drogą jelitową późne gruźlicze ogniska pierwotne dorosłego, którego ulubioną siedzibą jest dolny odcinek jelit krętych, stwierdzano w wielu przypadkach na sekcji jako przypadkowe

odkrycie. Świeże jelitowe gruźlicze ognisko pierwotne składa się podobnie, jak powstałe drogą powietrzną, z 2 elementów: pierwotnego owróżdzenia jelitowego jako ogniska narządowego i odpowiedniej komponenty gruczołowej w gruczole krezkowym. Pierwsze może, zdaje się, bez śladu, bez pozostawiania blizny ulec wyleczeniu, teoretycznie jednak istnieje także możliwość, że warunkujące zakażenie pierwotne prątki gruźlicze mogą przejść przez śluzówkę jelit, nie wywołując żadnego urazu tkankowego.

W pewnym odsetku nie ulegają wyleczeniu obie części składowe jelitowego późnego ogniska pierwotnego, tak, że przy dalszym szerzeniu się procesu gruźliczego, wychodzącego z pierwotnego owróżdzenia jelitowego, powstaje pierwotny gruźliczy guz ileocekalny, jak u dziecka. Pierwotna gruźlica ileocekalna może, jak to wykazuje jeden przypadek tego rodzaju, ulec wyleczeniu bliznowatemu, t. j. pod obrazem klinicznym zwężeń jelitowych. Przy szerzeniu się procesu drogą chłonną, mającym za punkt wyjścia komponentę gruczołową jelitowego późnego ogniska pierwotnego, powstaje (ten fakt ukazuje się jako szczególnie charakteryzująca go własność) makroskopowo pod obrazem t. zw. „gruczołów kartoflanych” ukazujące się masywne zserowacenie gruczołów krezkowych — *Tabes mesaraica*.

Poza szerzeniem się drogą wewnątrzkanalikową i chłonną stoi otworem przed jelitowym późnym ogniskiem pierwotnym dorosłego trzecia możliwość szerzenia się przez przeniesienie się przez styczeńność na sąsiednie narządy jamy brzusznej. Poza przeniesieniem na otrzewną, wchodzi tutaj w pierwszym rzędzie w rachubę przeniesienie przez styczeńność na prawe przydatki kobiety.

Szerzenie się procesu gruźliczego drogą chłonną, mające za punkt wyjścia serowaciejącą gruźlicę gruczołów krezkowych, odbywa się 1) drogą przez grupę gruczołów okołotrzustkowych do przewodu piersiowego, 2) we wstecznym kierunku poprzez gruczoły tylnego śródpiersia do tchawiczo-oskrzelowego obszaru odpływu chłonki. W obu wypadkach przychodzi wreszcie do dostania się prątków do układu krwionośnego, w następstwie czego spostrzega się wysiewy prosówkowe. Uderzającym jest, że w przypadkach tego rodzaju stwierdzano brak izolowanej gruźlicy narządowej; wobec tego autor przypuszcza, że wykazywane w tych razach masywne zserowacenie gruczołów krezkowych należy ująć jako izolowaną gruźlicę narządową układu limfatyczno-limfoidnego, która, wywołując swoistą alergię, przeszkadza wystąpieniu innej izolowanej gruźlicy narządowej.

R. GALLAND i R. RAUTUREAU. Rozsiana obustronna gruźlica płuc o drobnych ogniskach z gruźliczym zapaleniem krtani. (*Rev. de la Tub.* Nr. 1. 1931).

Jeśli rozpatrywać ogół gruźlików płucnych pod kątem widzenia powikłań krtaniowych, widzi się, że istnieje pewna liczba chorych, u których obraz radiologiczny płuc tworzą obustronne od początku zmiany rozsiane, składające się z drobnych elementów, bez widocznej skłonności do rozmiękania. Chodzi tutaj, zdaniem autorów, o ziarnicę (granule) przewlekłą lub podostrą, zależnie od szybkości procesu rozwojowego.

Zgodnie ze spostrzeżeniami autorów chorzy, przedstawiający ten szczególny obraz płucny, nie muszą przebyć wtórnego gruźliczego zapalenia krtani,

lecz to powikłanie jest częste, gdyż autorzy znajdowali je 8 razy na 24 przypadki (33,3%). Rokowanie staje się nader poważne, gdy u gruźlików tej kategorii zaatakuję choroba krtani (8 zgonów na 9 przypadków).

Na 683 chorych, pielęgowanych w okresie siedmioletnim w sanatorium dla warstwy zamożnej, autorzy znaleźli 63 przypadki, w których była zajęta krtani, co stanowi 9,23%. Ośmiu chorych z powikłaniem krtaniowym przedstawiało, z punktu widzenia płucnego, charakter radiologiczny delikatnie guzkowaty, mający małą skłonność do tworzenia jam, opisany powyżej; 55 pozostałych miało zmiany o tendencji od początku rozpadowej. U pierwszych przedwczesne zajęcie krtani, najczęściej ciężkie jej zmiany, fakt, że wydzielina płucna jest skąpa i zawiera w przebiegu choroby mało prątków, skłaniają autorów do przypuszczenia, że zakażenie krtani, podobnie do tego, jak to przyjmują autorzy dla płuc, odbywa się drogą chłonną, podczas gdy u chorych z jamami, których płwocina jest obfita i zawiera dużo prątków, sposób kontaktowy zakażenia krtani wydaje się bardziej możliwym.

Jeśli chodzi o leczenie rozpatrywanej grupy gruźlików płucnych, wydaje się logicznym łączenie kuracji higieniczno-dietetycznej i ewentualnych zabiegów na krtani ze stosowaniem soli złotych, jeśli niema przeciwwskazań ze strony objawów intoksykacyjnych.

A. SYLLA. O obrazie płuc w gruźlicy krtani wraz z uwagami o leczeniu. (Dtsch. Arch. klin. Med., t. 170, z. 5—6).

Na 645 chorych z gruźlicą płuc 151 wykazywało swoiste zmiany w krtani. 128 przypadków było dokładnie zbadanych rentgenologicznie. Daje się stwierdzić, że obrazy rentgenowskie płuc tych chorych, którzy jednocześnie cierpią na gruźlicę krtani, wykazują określone właściwości. Można odróżnić 3 grupy takich obrazów rentgenowskich, a mianowicie:

- 1) suchoty jamiste płuc z przeważająco gruboplamistym wysiewem w obu płucach;
- 2) przypadki z rozsianym (krwionośnym) wysiewem;
- 3) przypadki z marskością górnych pól i szczególnie wysiewem poniżej;
- 4) wreszcie przypadki o niecharakterystycznym obrazie płuc.

Autor podaje opis kilku przypadków, w których autopsja wykazała pewną gruźlicę krtani; omawia przytem pokrótce wyniki badania histologicznego. Zupełnie pewnych danych dla wytłumaczenia sposobu tych wysiewów w płucach nie udało się otrzymać. Bardzo prawdopodobnie wysiewy w przypadkach grupy I są mieszanane i odbywają się drogą oskrzelową i krwionośną; nie jest wyłączona częściowo kanalikowa droga szerzenia się.

W przypadkach grupy II należy przyjąć jako bardzo prawdopodobną krwionośną drogę wysiewu. Miejsca wtargnięcia do układu naczyniowego nie udało się z pewnością stwierdzić. W grupie III należy myśleć również o możliwości szerzenia się drogą naczyń chłonnych.

Jako prostą i mającą duże widoki powodzenia metodę leczniczą zaleca autor stosowanie soli złota, a mianowicie solganalu w określonych dawkach, przy których daje się uniknąć odczynów. Wielokrotnie

osiągano wyleczenie, a jeszcze częściej poprawę cierpienia krtaniowego.

LAURE i MALARTIC Torbiel skórzasta śródpiersia a gruźlica. (Rev. de la Tub. Nr. 10, 1930).

Autorzy opisują przypadek, w którym chora zaczęła kasłać przed 30 z górą laty. Ten kaszel oznaczał, prawdopodobnie, początek gruźlicy, która rozwinęła się i doprowadziła do jamy znacznych rozmiarów. W międzyczasie torbiel skórzasta śródpiersia osiągnęła znaczne rozmiary; ta torbiel odgrywała rolę odmy sztucznej. Zdawało się, że gruźlica jest tak dobrze wyleczona, iż w ciągu przeszło dwudziestu pięciu lat mówiono o niej jedynie w tym celu, by ją wyłączyć; stan ogólny chorej był znakomity, a badanie płwociny dawało stale wyniki ujemne. Później wskutek interwencji chirurgicznej, która doprowadziła do nagłego odprężenia płuca, gruźlica raptownie się obudziła i uogólniła się po obu płucach.

F. FAME. Ciśnienie tętnicze a gruźlica płuc w środowisku sanatoryjnym. (Rev. de la Tub. Nr. 2, 1931).

Mniemanie, jeszcze dotąd tak rozpowszechnione, iż gruźlica płuc jest przewlekłym cierpieniem, *par excellence* obniżającym ciśnienie, nie jest usprawiedliwione w środowisku sanatoryjnym. Glaros (z Bli-gny), który badał pod tym względem 100 chorych, otrzymał 3% hipotensji czasowej, 9% hipotensji stałej (ogółem 12%), 87% normalnego ciśnienia tętniczego i 1% hipertensji. Autor osobiście, uważając za granice krańcowe ciśnienia normalnego liczby 110—135 mm. Hg dla ciśnienia skurczowego i 65—85 mm. Hg dla rozskurczowego, znalazł w Leykin (wysokość 1400 m.) na 200 przypadków: 2% nadciśnienia, 73% ciśnienia normalnego, 25% ciśnienia obniżonego.

Autor ma wrażenie, że założenie „gruźlica płuc—choroba hipotensyjna” zależy od faktu, że zrodziło się ono ze spostrzeżeń szpitalnych, a nie sanatoryjnych i opiera się na zbyt ograniczonej liczbie przypadków.

Postać anatomo-kliniczna zmian płucnych nie jest również bez znaczenia dla ciśnienia. Przypadki postępujące wywołują często hipotensję, która naogół znika, kiedy zmiany przestają być czynnymi i zatrzymującymi.

Ciepłota gorączkowa, podgorączkowa i normalna nie mają wpływu na ciśnienie tętnicze. Niema również paralelizmu między ciśnieniem tętniczym a tętnem.

Hipotensji często towarzyszy przyspieszenie opadania czerwonych ciałek krwi, niema jednak ścisłej zależności między obu krzywymi, gdyż opadanie czerwonych krążków jest o wiele wrażliwsze na zmiany kliniczne w rozwoju gruźlicy.

Niema również naogół wyraźnego związku między wagą chorych a ich ciśnieniem tętniczym.

Natomiast w 144 przypadkach na 200 (a więc w 72%) znalazł autor zastanawiającą zgodność między krzywą ciśnienia tętniczego a krzywą dynamometryczną (mięśniową). W 34 przypadkach istniała „niezależność” między temi krzywymi, zaś w 22 przypadkach (11%) wahały się w odwrotnych kierunkach. Wobec tego wydaje się usprawiedliwione przyjęcie, że mięsień sercowy ulega tym samym wpływom, co mięsień roboczy, i odpowiada na nie w sposób analogiczny—zmniejszeniem się chwilowym lub stałym swej siły.

Chorzy, badani przez autora, byli prawie wszyscy młodzi. Autor wobec tego przypuszcza, że może w sposób pewny wyłączyć wpływ wieku na ciśnienie tętnicze. U mężczyzn ciśnienie tętnicze bywa częściej normalne, niż u kobiet. Największą liczbę hipotensji dostarczają właśnie kobiety.

Długość trwania choroby nie wywiera wyraźnego wpływu na wartości ciśnienia. Leczenie klimatyczne i wypoczynkowe wywiera korzystny wpływ na ciśnienie tętnicze. Kuracja słoneczna wywołuje chwilowy spadek ciśnienia tętniczego. Leczenie tuberkuliną, sanokryzyną, odma sztuczną jednostronną lub obustronną, oleotoraks nie mają bezpośredniego wpływu na ciśnienie tętnicze. Frenikotomia nie wpływa zupełnie na ciśnienie skurczowe, wywołuje często natomiast lekkie podniesienie się ciśnienia rozkurczowego. Jedyny przypadek torakoplastyki, spostrzegany przez autora, nie pozwala na żadne wnioski. Ciepło, pocenie się i zmęczenie pociągają za sobą chwilowy spadek, zimno—lekkie podniesienie się ciśnienia tętniczego.

Wartość prognostyczna ciśnienia tętniczego jest minimalna, z wyjątkiem znacznych i trwałych jego spadków, które zapowiadają zejście śmiertelne w krótkim czasie, kiedy liczby tensyjne spadają poniżej 85 mm. Hg dla ciśnienia skurczowego.

E. FÜRTH. W sprawie długości życia w czynnej gruźlicy. (Beitr. klin. Tbk., t. 76, z. 4—5).

Na podstawie doświadczeń autora jest prawie niemożliwym nawet w przybliżeniu przewidzieć w gruźlicy długość życia. W braku swoistego czynnego leczenia i obecnie, tak jak poprzednio, różniczkowanie okresu życia według okresów musi być dokonywane bardzo ostrożnie. Nie pozostaje, zdaje się, nic innego do powiedzenia, niż, że widoki w trzecim okresie są bardzo złe, w drugim w razie wystąpienia objawów otwartej gruźlicy prawie nie lepsze, a w pierwszym rokować wolno nieco pomyślniej tylko wtedy, gdy można zapobiec postępowaniu i przemianom procesu zamkniętego w otwarty.

Chodzi więc o to, by przez odpowiednie podniesienie sił obronnych osiągnąć ten cel. Autorowi wydaje się, że to się dotąd w pewnym stopniu udało. Ponieważ zaraźliwość w Niemczech nie jest bynajmniej mniejsza, niż była przed 25 laty, a zmiany w zjadliwości drobnoustrojów nie mogły być wykazane, gdyż inaczej śmiertelność ogólna musiałaby się o wiele silniej zmniejszyć, należy więc, być może, wyciągnąć ten wniosek, że rozmaite metody lecznicze umożliwiły zwiększenie się liczby przypadków gruźlicy, pozostających zamkniętymi, a nawet zupełnie utajonemi. Wydaje się jednak błędne stawianie pewnego rokowania zależnie od okresu, byłoby ono możliwe do pewnego stopnia tylko wtedy, gdyby po dłuższym czasie spostrzegania można było wyraźnie wykazać nietylko niepostępowanie, ale raczej cofanie się procesu chorobowego. Postępującym przypadkom w dalszym ciągu należy przypisywać okres życia, rozciągający się na 4 do 6 lat, pomyślnie procesy nie mają jednak mniejszych widoków życia, niż istnieją one ogólnie dla odpowiedniego wieku. W im większej więc liczbie mogą być te ostatnie zaszeregowane w ogólny obraz chorobowy gruźlicy, tem wyżej może być ustalona długość życia dla dużych przeciętnych liczb.

C. BAHN i V. M. TOMAŠEVIĆ. Spostrzeżenia nad leczeniem gruźlicy płuc chaulmoogrą. (Beitr. klin. Tbk., t. 76, z. 6).

Pomyślnego wpływu preparatów chaulmoogry, zwłaszcza na przeważnie wytwórcze przypadki gruźlicy płuc, zaprzeczyć nie można. Wyraża się on w zmniejszeniu się szybkości opadania czerwonych ciałek krwi, w przyroście na wadze, zmianach w obrazie morfologicznych krwi (zmniejszenie się przesunięcia w lewo, zwiększenie się liczby kwasochłonnych). Oczywiście, *oleum chaulmoograe* nie jest jedynym środkiem leczniczym, ani nie należy mu się nawet równorzędne miejsce obok środków swoistych. Ma on jednak pomocnicze działanie, któremu, zgodnie z doświadczeniami w trądzie i z badaniami *in vitro*, nie można odmówić nawet pewnej swoistości.

J. N. LORENZEN. O występowaniu złocicy w przypadkach gruźlicy płuc, leczonych uprzednio tiosiarczanem złotowo-sodowym. (Beitr. Klin. Tbk., t. 76, z. 6).

Przy badaniu kontrolnem 57 przypadków gruźlicy płuc, leczonych przedtem sanokryzyną, okazało się, że 28 zpośród nich wykazuje silniej lub słabiej wyrażoną, w każdym razie wyraźną złocicę. Występowanie jej zależy w wysokim stopniu od ilości wprowadzonego złota. Wśród przypadków z lat 1923—1928 (łącznie) przy ilości sanokryzyny poniżej 5 cg. na kilogram wagi nie było ani jednego przypadku dodatniego, a przy ilości sanokryzyny powyżej 15 cg. na kilogram wagi nie było ani jednego ujemnego. Zjawisko to staje się widoczne w końcu pierwszego i w ciągu drugiego roku, a rozwój jego rozciąga się zapewne na 2—3 lata. Cofnięcia się, zdaje się, nie ma. Zabarwienie ogranicza się ściśle do odcinków skóry, wystawionych na działanie światła. Odcień barwy waha się zależnie od stosunków osobniczych między łupkowo-szarym a błękitnym. Zależność od charakteru pigmentacji jest możliwa, ale przy tym szczupłym materiale właściwie trudna do stwierdzenia. Dotknięcie złocicą (*chrysiasis*) ma więc dla pacjentów pewne znaczenie pod względem kosmetycznym, psychicznym i społecznym.

A. KAMSLER. Wyniki kombinowanego leczenia śledzioną i solami złota. (Beitr. klin. Tbk., t. 76, z. 6.)

Autor leczył swych chorych, u których leczenie klimatyczne w Zakopanem pozostawało bez wyniku, śledzioną i solami złota. Autor używał triphalu w dawkach bardzo małych (raz tygodniowo 0,001 do najwyżej 0,005); ogólna dawka nie przekraczała 0,05—0,2. Śledzionę podawano albo w stanie półsurowym (100—150 gr. dziennie) lub w zastrzykiwaniach podskórnych, kuracja odbywała się serjami po 10—12 tygodni, oddzielonemi od siebie 2-tygodniowemi paузami. Wyniki, otrzymane przez autora, były bardzo dobre, co ilustruje on opisem dwóch leczonych w ten sposób przypadków.

T. DUBOC i L. PALFRAY. Próba leczenia gruźlicy trójbromometaksylenolem. (Rev. de la Tub. Nr. 10/1930.)

Trójbromometaksylenol dał autorom w przypadkach gruźlicy gruczołowej, kostnej, nerkowej i skórnej dodatnie wyniki, polegające na szybkim obniżeniu się gorączki, szybkiej poprawie stanu ogólnego

z przyrostem wagi, dochodzącym do 14, 5 kg. w ciągu kilku miesięcy. Dalej spostrzegano cofanie się starych zmian, niektórych istniejących od 5 lat i opornych na wszelkie metody lecznicze; w dwóch przypadkach gruźlicy stawów chorzy odzyskali ruchy stawowe bez ankilozy.

V. I. JANCSÓ. Leczenie gruźlicy własną surowicą i krwią. (Beitr. klin. Tbk. t. 76, z. 4—5.)

Na gruźlicze zmiany w płucach dobrze wpływają zastrzyknięcia własnej surowicy chorych. Włókniste i wysiękowe procesy, zajmujące nie więcej, niż 50% powierzchni oddechowej, ulegają przy leczeniu domięśniowymi i dożylnymi zastrzyknięciami własnej surowicy w przeważającej liczbie przypadków trwałemu wyleczeniu w ciągu 3—6 miesięcy.

Jeśli proces jest bardziej rozległy, widoki wyleczenia są odpowiednio znacznie mniejsze. Bez względu na rozległość procesu nie należy oczekiwać wyleczenia w tych przypadkach, gdzie wskutek zabiegów chirurgicznych (odma, przecięcie nerwu przeponowego, torakoplastyka) powstały rozległe zrosty lub gdzie istnieją grubościenne rozciągnięte jamy. Wyleczenie następuje tem szybciej, im więcej ma chory spokoju, im lepsze jest jego odżywianie, i im lepsza jest zdolność odczynowa jego ustroju. Osłabieni, wycieńczeni, niedokrewni chorzy mogą być leczeni surowicą dopiero po kilkutygodniowym leczeniu przetaczaniem krwi. Na podstawie dotychczasowych badań i spostrzeżeń nie można jeszcze z pewnością rozstrzygnąć, czy w tej metodzie leczenia chodzi o leczenie swoiste czy też o bodźcowe.

A. CAMINO. Przyczynek do leczenia antygenem metylowym gruźlicy płucnej i jej powikłań. (Rev. de la Tub. Nr. 2/1931.)

Autor nie chce twierdzić, że antygen metylowy stanowi leczenie swoiste gruźlicy płucnej. Jednak uważa, że można go kombinować z chemoterapią, a zwłaszcza z solami złota. Połączenie tych dwóch metod wydaje mu się nader szczęśliwe, gdyż złoto jest lekarstwem podostrych wysiewów wysiękowych, antygen zaś metylowy, odwrotnie, — lekiem zmian wytwórczych, czyniąc silniejszym odczyn stwardnienia, utrwalając stwardnienie.

Antygen metylowy nie może nigdy zastąpić leczenia klimatycznego wypoczynkowego, z którym powinien być kombinowany; należy go również kombinować z kollapsoterapią (odmą, frenikotomją, torakoplastyką), kiedy, po zatrzymaniu rozwoju sprawy płucnej, istnieje mimo to ropienie i obfita wydzielina wskutek niemożności uciśnięcia jamy. Autor systematycznie łączy stosowanie antygeny metylowego z odmą, i wydaje mu się, że dzięki temu zapobiega się tak częstemu powikłaniu zapaleniem opłucny. Na 32 odmy, z których najświeższe datują się od ośmiu miesięcy, autor miał rzeczywiście tylko 5 przypadków zapalenia opłucny u chorych, stawianych w tych samych warunkach powyższych: odma + antygen metylowy = sucha odma.

Roztropne stosowanie antygeny metylowego nie przedstawia żadnego niebezpieczeństwa. Pozatem pozwala on lekarzowi na dokładniejszą obserwację chorego, a ponieważ środek jest tani, należałoby go stosować w codziennej praktyce.

Nie sądząc, by środek ten leczył gruźlicę, autor stwierdza na podstawie swych licznych spostrzeżeń,

że wywiera on dodatni wpływ na chorego, jeśli już nie na chorobę.

Poza gruźlicą płucną, w której podaje się antygen metylowy drogą podskórną, stosował autor wlewania doopłucnowe antygeny w surowiczo-włóknikowych i ropnych zapaleniach opłucny, gdzie dawały one doskonałe wyniki. W surowiczo-włóknikowych zapaleniach stosowano je wtedy, gdy płyn był „oziębiony”, t. j. utrzymywał się kilka tygodni lub miesięcy. Wyniki polegały na tem, że albo płyn sam się wysał pod wpływem wlewań, albo po usunięciu go drogą nakłucia więcej się nie zbierał; nigdy w tych razach nie spostrzegano przejścia w płyn ropny. W ropnych zapaleniach opłucny, w których stosowano antygen metylowy od samego początku, jeszcze w okresie gorączkowym, płyn stawał się rzadszy, łatwiejszy do następczego wypuszczenia i miał mniejszą skłonność do zbierania się po nakłuciu; gorączka czasem już po paru wlewaniach ustępowała. W surowiczo-włóknikowych zapaleniach spostrzegano dwa razy odczyny bolesne, w ropnych nie było odczynów ogólnych, ani miejscowych.

Dobre wreszcie wyniki dawało miejscowe stosowanie w postaci zastrzyknięć *in situ* antygeny metylowego w ropieniach gruźliczych, jak: w ropieniach gruczołów chłonnych, gruźlicy kości z przetokami i przetokach odbytniczych pochodzenia gruźliczego. W tych razach spostrzegano odczyny miejscowe: bóle, zwiększenie się wydzieliny ropnej i t. p. objawy szybko przemijające.

I. BARAT. O wartości diety Gersona w leczeniu gruźlicy płuc. (Beitr. Klin. Tbk. t. 76, z. 4/5.)

Autor zestawia przypadki wytwórczych i wysiękowych postaci gruźlicy, leczone dietą Gersona i zwykłą dietą tuczącą. Obie grupy chorych wykazują prawie jednakowe liczby statystyczne: w przypadkach wytwórczych bez diety Gersona, widzi się nawet wyższy odsetek polepszenia. Przypadki wysiękowe wykazują analogiczne stosunki. W tych wysiękowych przypadkach, gdzie właśnie skuteczna metoda lecznicza byłaby tak bardzo pożądana, dieta Gersona zawodzi; przeciętne wyniki nie są lepsze, niż osiągnane zwykłymi metodami sanatoryjnymi.

Ważna rola witamin, tłuszczów i lipidów w leczeniu gruźlicy jest dawno znana i znajduje zastosowanie w dietetyce.

Kierunek, który humoralna patologia chce przywrócić do jego dawnych praw przeciwko komórkowej, polegający na leczeniu konstytucji, a nie narządu, nie oznacza zmiany w ujmowaniu leczenia gruźlicy, gdyż tutaj nie stracił on nigdy swych praw.

Krótko mówiąc, wprowadzenie diety Gersona nie oznacza pod żadnym względem postępu w leczeniu gruźlicy płuc.

K. NÜSSEL i H. HELBACH. O diecie śledzionowej w czynnej gruźlicy wieku szkolnego. (Beitr. Klin. Tbk. t. 76, z. 6.)

Dieta śledzionowa w czynnej gruźlicy wieku szkolnego nie wykazała jednoznacznych wyników leczniczych dla otwartej gruźlicy płuc i gruźlicy pozapłucnej, w poszczególnych jednak przypadkach można było przypuszczać przyczynowe poprawy. Mimo to, należy w cięższych przypadkach próbować przez wiele miesięcy, z wtrącaniem 8-14-dniowych przerw pomiędzy 2 miesiące leczenia, diety śledzio-

nowej, jako pomocniczego organoleczenia w znaczeniu Biera i zapewne nieswoistego leczenia bodźcowego.

M. PERRIN i M. KUNTZ. Bromek acetylocholinyl przeciw potom gruźlików. (Paris Méd. Nr. 21/1931.)

Sole acetylocholinyl, używane w małych dawkach (0,02—0,25) przeciw obfitym potom gruźlików, działają zawsze korzystnie bez żadnych objawów ubocznych, gdyż te małe dawki nie mają zupełnie działania toksycznego i nie zmniejszają ilości innych wydzielin. Pozostawiają one bez zmiany wydzielanie nerkowe; ilość moczu czasem po ustąpieniu potów zwiększa się. Korzystnym więc jest stosowanie zastrzykiwań

podskórnych soli acetylocholinyl (bromek jest mniej bolesny, niż chlorek) przeciw potom gruźlików, kiedy zwykle środki lecznicze, podawane doustnie, okazały się bezskutecznymi. Acetylocholina jest więc orężem do zalecenia w walce z dotkliwym, osłabiającym i odbierającym odwagę objawem.

E. BUTSCHOWITZ i W. ZENN. Rozczyn ałunu chromowego, jako płyn zaporowy dla aparatów do odmy. (Beitr. Klin. Tbk. t. 76, z. 6.)

Autorzy zalecają do wypełniania aparatów do odmy użycie rozczynu ałunu chromowego, zubożonego amoniakiem. Do manometru należy używać rozczynu 5%, do pozostałych naczyń 0,5—1%.

Streszczenia pojedyncze i oceny książek

Bakterjologia i Serologia.

Z. MARCHOUX. Prątki trądu. (Paris Méd. № 26/1931).

Hodowli prątka Stefanskiego, jak prawdopodobnie hodowli prątka Hansena, nie udało się dotąd otrzymać. Oba drobnoustroje dają się długo przechowywać, osiemnaście miesięcy, w miejscu szczepienia na zwierzęciu odporne, lecz w tym czasie tracą swą całą żywotność. Prątek trądu szczura przechowuje się żywy w łaźni wodnej najwyżej dwanaście dni. W lodowni w glicerynowanym mięszu narządów, zabezpieczony od dostępu powietrza jest on jeszcze zjadliwy po upływie siedemnastu miesięcy. Prątek szczura może przypadkowo zakazić człowieka.

Henryk J. Landau.

R. WILHEIM i K. STERN. O cytolytycznym odczynie rakowym w świetle nowszych badań. (Wien. kl. Woch. № 23/1931).

Odczyn cytolytyczny Freund'a i Kaminer'a polega na tem, że normalna surowica w przeciwieństwie do surowicy chorych na raka, zdolna jest rozpuszczać komórki rakowe. Autorzy znaleźli, że równolegle z cytolizą uwalniają się substancje tłuszczowate, dające z czerwienią obojętą (Neutralrot) charakterystyczny odczyn barwny, że więc pozwalają one na ilościowe ujęcie cytolizy na drodze chemicznej. Na 300 surowicy popełniono błąd w 13%. Wyciągi alkoholowe z komórek rakowych, użyte zamiast całych komórek, dały analogiczne krzywe. Wydaje się możliwym, że odczyn cytolytyczny pozostaje w związku z otrzymaniami przez Wittebskiego i Hirsfelda (Warszawa) za pomocą lipidów wynikami badań.

A. Neumann (Vöslau) (H. L.).

Choroby narządów trawienia.

F. STARLINGER i W. RICHTER. Czas gojenia się szwu zespoleniowego w zespoleniach żołądkowo-jelitowych. (Wien. kl. Woch. Nr. 30/1931).

Przez stałe badanie stolca na utajone krwawienie w przebiegu pooperacyjnym, można ustalić z dużym prawdopodobieństwem, że przeciętnie należy obliczać czas gojenia się rany szwu zespoleniowego na najwyżej 4 dni. W przebiegu pooperacyjnym należy wymagać stałego badania kału na utajone krwawienie, aby we właściwym czasie stwierdzić na tej podstawie zaburzenia w gojeniu się rany i zależnie od tego regulować dietę pooperacyjną.

A. Neumann (Vöslau-Gainfarn) (H. L.).

P. BAUZET. Kilka uwag o leczeniu chirurgicznym przewlekłych żółtaczek zastoinowych. (Paris Méd. Nr. 20/1931).

Kamienie, uwiezione w przewodzie żółciowym wspólnym, należy operować możliwie wcześniej, aby uniknąć powikłań pooperacyjnych i mieć jaknajlepsze wyniki.

Raki trzustki i dróg żółciowych należy operować, aby sprawdzić rozpoznanie, które nie jest nigdy bezwzględnie pewne, oraz aby zapewnić choremu wyraźne dobrodziejstwo, wynikające z dopływu żółci do przewodu pokarmowego. Najłatwiejszym zabiegiem tego typu jest zespolenie woreczka żółciowego z żołądkiem (cholecystogastrostomia), w którym, zachowując pewne ostrożności, można uniemożliwić odpływ treści żołądkowej do woreczka. Niektórzy chirurdzy przekładają zespolenie woreczka żółciowego z dwunastnicą (cholecystoduodenostomia).

Należy stosować przeważnie znieczulanie miejscowe, którego użycie czyni bezpośrednie rokowania operacyjne u żółtaczkowych o wiele mniej poważnem.

Henryk J. Landau.

PRIBRAM. Obraz kliniczny lymphangitis mesenterialis i peritonealis (Med. Klinik Nr. 24 i 25 1931).

Uświadczenie sobie obrazu klinicznego lymphangitis peritonealis, nad czem autor pracuje od lat 6-ciu, posiada b. wielkie znaczenie praktyczne. Opracowanie dokładne danych anatomicznych wymaga dalszych studiów, zwłaszcza, że z powodu względnie dobrego rokowania do badania pośmiertnego dochodzi rzadko. O znaczeniu i roli naczyń limfatycznych we wchłanianiu płynów, ciał koloidalnych, bakterij i toksyn nie posiadamy jeszcze uzgodnionego zdania, a z tem łączy się sprawa przeniesienia infekcji z jelit i jamy brzusznej na cały ustrój. Sprawy zapalne przedstawiają się tutaj jako obrzęk i rozrost komórkowy, do martwicy i zropienia dochodzi rzadko. W każdym razie zapalnie powiększone gruczoły, czy na tle swoistem, czy też nie, mogą powodować pewne dolegliwości.

Za punkt wyjścia do dalszego rozumowania należy przyjąć t. z. przewlekłe zapalenie wyrostka robaczkowego, które, o ile podlega zabiegowi operacyjnemu, w przerwach pomiędzy napadami, powoduje, w b. wielkim odsetku przypadków dolegliwości, określane zazwyczaj, jako bóle, powstałe wskutek zrostów i blizn. Nie spotykamy tego w przypadkach operowanych w czasie ostrego ataku wyrostka. Podobny zupełnie stan widzimy w patologii dróg żółciowych. I tu przypadki, operowane w ostrem stadium choroby z martwicą i z ropieniem w pęcherzyku żółciowym i t. p., pozbywają się swych dolegliwości, podczas gdy operacje dokonane „na zimno”, dają w 20—30%

najrozmaitsze pozostałości. *Appendicitis chronica* jest b. często początkiem całego szeregu dolegliwości ze strony jamy brzusznej, zależnych od zmian zapalnych w gruczołach krezkowych, których jednak nie daje się stwierdzić podczas operacji ze względu na zbyt małe cięcie w powłokach brzusznych. Spotykane, zwłaszcza u dzieci, w ostrym napadzie zapalenia wyrostka wysokie umiejscowienie bolesności w okolicy pępka, zależy właśnie od obrzęku gruczołów, idących aż do *radix mesenterii*. Przebieg tej sprawy jest naogół powolny przewlekły, zdarzyć się jednak może i obraz burzliwy, który dotychczas, zdaniem autora, był ujmowany jako *peritonitis diffusa idiopathica*.

Pominąwszy czynnik mechaniczny, jaki istnieje przy operacji i skutki z tego wynikłe, spotykamy często w jamie otrzewnej tak liczne zrosty, że można mówić o chorobie zrostowej, przyczem same narządy nie wykazują zmian patologicznych. Stwierdzono, że bakterie mogą się przedostawać przez ścianę np. pęcherzyka żółciowego, nie uszkadzając go zupełnie i dopiero poza obrębem narządu, w drogach limfatycznych, dawać zmiany zapalne i ich zejście. Takie ujęcie sprawy czyni zrozumiałym występowanie objawów brzusznych w przebiegu ogólnych chorób infekcyjnych, jak: angina, grypa, przyczem żadnych zmian istotnych miejscowo się nie stwierdza. Jakież więc jest miejsce wkroczenia infekcji do organizmu? Należy tutaj przypomnieć występowanie *appendicitis* po anginie, *paranephritis* po zakażeniu gronkowcowym, *endocarditis* i *glomerulitis* posocznicy paciorkowcowej. Skłonność pewnych tkanek do osiedlania się w nich określonych zarazków nie jest rzeczą rzadką i posiada wiele analogii w świecie zwierzęcym i roślinnym. Ustano także, (Roessle), łączność pomiędzy zapaleniem wyrostka a wrzodem żołądka i dwunastnicy. Takie przeniesienie bakterij mogłoby się odbywać tylko na tle wstecznego prądu limfy. Jako przykład tej możliwości służyć może występowanie przerzutów w gruczołach nadobojczykowych przy nowotworach przewodu pokarmowego. W szeregu doświadczeń na świnkach morskich, autor wykazał, że osiągnięcie wstecznego prądu limfy jest rzeczą stosunkowo łatwą. Zarazki b. łatwo mogą drogą dośrodkową, a następnie odśrodkową przedostawać się z jednego narządu do drugiego w obrębie jamy brzusznej. W leczeniu należy dbać o jaknajszybsze wykrycie i usunięcie ogniska pierwszego zanim dojdzie do zajęcia dróg chłonnych. Należy stanowczo zerwać z wyczekiwaniem i operowaniem po uspokojeniu się napadu ostrego, jak z rzeczą niecelową. Ostre przypadki zapalenia wyrostka należy ściśle indywidualizować i czasem w 8 dni po napadzie można dokonać właściwej wczesnej operacji. Dolegliwości, jakie pozostają po usunięciu wyrostka, zależą od przewlekłego zapalenia naczyń limfatycznych krezki i zrostów otrzewnowych. Jako skuteczny środek w tych przypadkach okazało się naświetlanie brzucha promieniami Roentgena.

St. Luxenburg.

BÜCKING. W sprawie leczenia colitis gravis. (D. m. W. № 25/1931).

Colitis gravis należy do jednostek chorobowych, b. trudno poddających się leczeniu, zwłaszcza wobec samoistnych skłonności do remisji. W roku 1930 spostrzegano 11 przypadków, leczonych dotychczasowymi metodami, surowicą czerwinkową oraz przetaczaniem krwi.

Na zasadzie tych spostrzeżeń, autor sądzi, że leżenie w łóżku, ciepłe okłady na okolice brzucha, i dieta oszczędzająca pozostaną nadal podstawą leczenia każdego przypadku ciężkiego nieżytu jelit. B. dobre rezultaty osiągnięto przy stosowaniu ciepłych 38° — 40° c, ławatyw z rumianku oraz preparatów: adsorgan i enzypan. Co do skuteczności stosowania surowicy przeciwczerwinkowej, narazie trudno jest się wypowiedzieć. Przetaczanie krwi stosowano wtedy, gdy inne metody lecznicze zawodziły, względnie w b. ciężkim stanie chorego

i właśnie, w przeciwieństwie do zdania Rachwalskiego o te ciężkie przypadki oddziaływały najlepiej.

St. Luxenburg.

Choroby kobiet i położnictwo.

W. KOGERER. Wskazania psychiatryczne do przerwania ciąży. (Wien. kl. Woch. № 28/1931).

Jest dzisiaj jeszcze rzeczą niemożliwą ustalenie mających ogólne znaczenie wytycznych do przerywania ciąży w schorzeniach umysłowych, lecz szczególne cechy każdego poszczególnego przypadku wymagają indywidualnej oceny.

A. Neumann (Vöslau-Gainfarn). (H. L.).

C. BUCURA. Stosunek położnika do psychiatrycznych i neurologicznych wskazań do przerywania ciąży. (Wien. kl. Woch. N. 28/1931).

Położnik musi sobie zastrzec samodzielną decyzję w sprawie przerywania ciąży. Pewne schorzenie może stanowić wskazanie do przerywania ciąży tylko wtedy, gdy istnieje niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia matki, które nie może być usunięte w żaden inny sposób, jak przez przerywanie ciąży. Ten inny sposób nie może być znacznie niebezpieczniejszy, niż przerywanie ciąży. Ponieważ w miarę postępowania ciąży, moment niebezpieczeństwa wzrasta, przerywanie ciąży należy wykonywać w możliwie wczesnym jej terminie, o ile to możliwe, (pomijając przypadki, w których istnieje ostre niebezpieczeństwo dla życia) wcześniej, niż zaistnieje zdolność płodu do życia. Groźba samobójstwa nie stanowi sama przez się wskazania do przerywania ciąży. Decyzja zależy od pomyślnego wpłynięcia przerywania ciąży na cierpienie zasadnicze. Póki nie stwierdzono dziedziczenia obciążającej w najwyższym stopniu choroby w 100% przypadków, nie można mówić ze strony lekarskiej o zbliżeniu się do wskazań eugenicznych. Należy najpierw stworzyć prawną podstawę dla wskazań eugenicznych. Wskazania społeczne mogą być brane w rachubę przy decyzji w schorzeniach matki, gdy wpływ na schorzenie zależy od czynników, będących w związku z położeniem społecznym.

A. Neumann (Vöslau-Gainfarn). (H. L.).

E. HÖPLER. Wskazania neurologiczne i psychiatryczne do przedwczesnego przerywania ciąży z punktu widzenia prawnego. (Wien. kl. Woch. № 28/1931).

Autor zdaje sprawę, jak traktują tę kwestję obowiązujące prawo austriackie i orzecznictwo sądowe, wyjaśnia następnie stanowisko *legis ferendae* i rozpatruje, jakie wymagania może stawiać przyszłemu prawu sumienny lekarz z punktu widzenia wykonywania zawodu lekarskiego. Autor mniema, że ujęcie prawne musi być podobne do ujęcia prawa niemieckiego, i że zabieg powinien być wykonywany jedynie na zasadzie prawideł sztuki lekarskiej celem usunięcia niebezpieczeństwa dla życia lub groźby stałego ciężkiego uszkodzenia zdrowia matki. W ten sposób odpadłyby wskazania eugeniczne i społeczne, które z punktu widzenia prawnego nie mają nic wspólnego z lekarskimi.

A. Neumann (Vöslau-Gainfarn). (H. L.).

H. HERSCHMANN. Wskazania neurologiczne do przerywania ciąży. (Wien. kl. Woch. N. 28/1931).

Ankieta, przeprowadzona na niemieckich klinikach psychiatrycznych w sprawie 17 organicznych chorób nerwowych, jako wskazań do przerywania ciąży, nie dała jednolitych wyników. Cały ten zespół musi być najpierw gruntownie przestudjowany. Musi się przytem stwierdzić, jakie organiczne choroby nerwowe ulegają motorycznie pogorszeniu wskutek zajścia w ciążę. W tych razach przerywanie ciąży jest bezwzględnie wskazane. W innych organicznych cierpieniach nerwowych de-

czyżby zależało od tego, czy istniały one już przed zajściem w ciążę (w tym przypadku można wyczekiwać), czy też wystąpiły podczas ciąży. W tym przypadku należy przerwać ciążę nawet wtedy, gdy nie wchodzi ona zupełnie pewnie w rachubę jako moment etiologiczny choroby. Istnieją wreszcie wskazania lekarskie do przerywania ciąży w interesie dziecka, a mianowicie, tam gdzie płód jest już zdolny do życia, natomiast matka znajduje się w tak złym stanie, że należy się liczyć z jej szybką śmiercią.

A. Neumann (Vöslau-Gainfarn). (H. L.).

Choroby nerwowe i psychiczne.

G. GUILLAIN i P. MOLLARET. Zespół Klippel-Feila. (Rev. Neur. 1931. N. 4).

Zespół Klippel-Feila polega na wrodzonym zniekształceniu kręgosłupa wskutek spłaszczenia lub braku pewnych kręgów szyjnych. Przypadek dotyczył 33 l. mężczyzny o uderzająco krótkiej szyi. Podczas wojny poczuł w 1917 r. mrowienie w prawej stopie, poczem wystąpiło jej osłabienie. Wkrótce potem pojawiły się podobne objawy w kończynie górnej. Przez następnych 10 lat stan był bez zmiany. Ta sama kolejność zjawisk wystąpiła po stronie lewej w 1930 r. Przy badaniu nie stwierdzono żadnych objawów uciskowych. Rentgenogram wykazał zniekształcenie 4 i 5 kr. szyjnych. Autorzy wyprowadzają zmiany nerwowe z wrodzonej malformacji układu nerwowego, równoległej do wady rozwojowej kręgów. (N. Z. Z.).

A. TOURNAY. Objawy czuciowe, wypytywające z uszkodzenia nerwu współczulnego. (Rev. Neur. T. 1. N. 4. 1931).

Praca doświadczalna, dokonana na psie. Autor wycinał w części brzusznej zwoje współczulne po jednej stronie ciała. Autor rewiduje stare poglądy Gaskella i Langleya i zmienia je w myśl Leriche'a i Fontaine'a: komórki współczulne mieszczą się nie tylko w zwojach, lecz również i wzdłuż całej sieci nerwowej. Usunięcie zwojów współczulnych powoduje wzmocnienie czucia w danym terytorjum. (Cl. Bernard). Autor tęzę tę poparł licznymi doświadczeniami. Za jedną z przyczyn podobnego zjawiska należy uważać rozszerzenie naczyń krwionośnych: intensywniejsze ukrwienie powoduje wzmocnione odczuwanie bodźców. Faix zauważył, że za-

temizowanie kończyny przez podwiązanie tętnicy usuwa kaulgję. Wzmocnienie pobudliwości nerwowej w związku ze zniszczeniem zwojów współczulnych, ujawnia się również w odruchach ścięgowych, żywszych po stronie operowanej, zwłaszcza po zadziałaniu środkami usypiającymi. Zjawisko to było obserwowane w klinice (Batrucki i Fremont) oraz w doświadczeniach d'Arbeliego, Heleny Wasil, Anny Baetger i in.

(N. Z. Z.).

L. POPPER. Ostry ograniczony obrzęk mózgu w bezobjawowo przebiegającym guzie mózgu. (Wien. kl. Woch. N. 24/1931).

Guz bieguna lewego płata czołowego prowadzi nagle do obrzęku tego płata i wskutek tego do śmierci.

A. Neumann (Vöslau-Gainfarn) (H. L.).

G. STIEFLER. Rozległy gglejak prawego mostu z krótkotrwałymi objawami końcowymi. (Wien. kl. Woch. N. 27/1931).

Ostry początek wśród zupełnego zdrowia krótki czas trwania choroby (16 dni), nagle pogorszenie się objawów miejscowych przy nieznacznych objawach ogólnych (ból głowy, łatwe męczenie się), przemawiały, zdawałoby się, za *encephalitis*.

A. Neumann (Vöslau-Gainfarn). (H. L.).

L. VASS. O rzadkim przypadku nawrotowego półpaśca u 8-io miesięcznego oseska. (Wien. kl. Woch. N. 22/1931).

Autor podaje opis przypadku półpaśca z czterema nawrotami w odstępach jednomiesięcznych z podniesieniem ciepłoty lub bez niego.

A. Neumann (Vöslau-Gainfarn) (H. L.).

G. HOLLER. Trzeci przypadek huśtania się ściany klatki piersiowej niesercowego pochodzenia. (Wien. kl. Woch. N. 21/1931).

Autor opisuje jako trzeci dotąd spostrzegany przypadek huśtania się ściany klatki piersiowej. Również dla tego przypadku przyjmuje on za przyczynę skurcz mięśni międzyżebrowych, przypominający tic, i odzuca zależność od zrostów śródpiersiowych.

A. Neumann (Vöslau-Gainfarn). (H. L.).

Wskazówki praktyczne

Leitner leczył 63 przypadki *gruźlicy płuc surowicą ozdrowieńców* i otrzymał w 43 przypadkach wybitną, w 18 nieznaczną poprawę. Surowica gruźliczego bydła rogatego (Uhlenhut) nie dała szczególnych wyników. (Beitr. Klin. Tbk. 1931. T. 76).

— o —

Schill sądzi, że w *obustronnym zajęciu płuc sprawą gruźliczą* wystarcza *jednostronna odma*, jeżeli tylko śródpiersie jest podatne, w przeciwnym razie wskazana jest odma obustronna. S. opiera swoje zdanie na fakcie, że po wypełnieniu powietrzem jednej jamy opłucny wzrasta ciśnienie w drugiej. (Beitr. Klin. Tbk. 1931. T. 76).

— o —

Leendertz radzi w przypadkach *odmy, która nie dała poprawy*, stosować *torakoskopję z przepaleniem zrostów* — po tym zabiegu odma okazywała się skuteczna. Tą drogą mc-

żna uchronić chorych od znacznie cięższego zabiegu — torako-plastyki. (Beitr. Klin. Tbk. 1931. T. 76).

— o —

Neddermeyer i Walther na zasadzie 140 operowanych przypadków *gruźlicy płuc* uważają *wyrwanie nerwu przeponowego* za nader ważną metodę leczenia chirurgicznego *gruźlicy płuc*. Dwie trzecie operowanych mogło powrócić do pracy. (M. m. W. 1931. Str. 476).

— o —

Rupilnis odrzuca *uodparnianie doustne przeciwko gruźlicy metodą Calmette'a* jako niepewne. Szczepienie *parentalne* wywołuje u człowieka i u zwierzęcia zmiany gruźlicze, które zawsze z czasem znikają. Nietylko za pomocą dużych, ale i często powtarzanych małych dawek BCG można u zwierzęcia otrzymać dłuższy czas trwające uodpornienie. (M. m. W. 1931. Str. 263).

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

Protokół uroczystej akademii

ku uczczeniu ś. p. Profesora Bronisława Sawickiego, odbytej w dniu 2 czerwca 1931 roku ze współudziałem Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Warszawskiego, Towarzystwa Chirurgów Polskich, Towarzystwa Chirurgicznego Warszawskiego, Towarzystwa Lekarskiego Siedleckiego.

Obecnych członków Towarzystwa 82 wprowadzonych gości 33.

1. Kol. Prezes, zając Akademję, wzywa obecnych do uczczenia pamięci Zmarłego przez powstanie i jednominutową chwilę skupienia.

2. Kol. A. Leśniewski wygłosił przemówienie p. t. „Ś. p. Bronisław Sawicki jako lekarz i profesor Uniwersytetu”.

3. Kol. W. Łapiński skreślił *działalność społeczno-lekarską ś. p. Bronisława Sawickiego* (streszczenie własne).

Działalność lekarsko-społeczna ś. p. Bronisława Sawickiego była samorządną, wprost koniecznym uzupełnieniem Jego pracy lekarsko-zawodowej. Szpital dla Sawickiego był ułomnym terenem pracy klinicznej w najszerszym jej ujęciu, a rozwój szpitalnictwa stanowił zarazem troskę od zarania do końca działalności lekarskiej Sawickiego.

Prowadził Sawicki pierwsze dwadzieścia parę lat swej pracy zawodowo-szpitalnej w najcięższych warunkach politycznych, w okresie zupełnego zaniedbania szpitali Warszawskich w czasie rządów nawskroś biurokratycznych, t. zw. Warszawskiej Rady Miejskiej Dobroczynności Publicznej. W szeregu artykułów w pismach lekarskich poddaje Sawicki rzeczowej a jednak ostrej opartej na gruntownej znajomości przedmiotu krytyce całą ówczesną gospodarkę szpitalną. Pod naciskiem opinii publicznej lekarskiej i wprost katastrofalnych stosunków władzy rosyjskiej po blisko 40-stoletnich nieudolnych rządach Rady Miejskiej Dobroczynności Publicznej przekazały w r. 1907 Szpital Warszawski Magistratowi m. Warszawy, który przeprowadził wkrótce szereg pożytecznych ulepszeń.

Wobec zmienionych na korzyść warunków rozwijał Sawicki w tej dziedzinie w dalszym ciągu żywą działalność, wysuwając cały szereg postulatów pożytecznych. Sawicki ogarnął gruntownie całość zagadnień szpitalnych i znał doskonale szpitalnictwo Europy Zachodniej; zyskał też sobie w tej dziedzinie wielki posłuch i autorytet w społeczeństwie, dzięki licznym gruntownie opracowanym odczytom i referatom. Był założycielem Sekcji Szpitalnictwa przy Tow. Lek. Warsz., z której przy Jego najczynniejszym współudziale powstało w r. 1930 Polskie Towarzystwo Szpitalnictwa. Był najpracowitszym i pełnym inicjatywy członkiem powstałej w r. 1917 Rady Szpitalnej—organu doradczego przy Wydziale Szpitalnictwa i Opieki Społecznej.

Należy stwierdzić, że, jeżeli szpitalnictwo Warszawskie osiągnęło w ostatnich paru dziesiętkach lat poziom obecny, to stało się to w wielkiej mierze dzięki niezmordowanej akcji propagandowej Sawickiego.

Interesował się też Sawicki — poza szpitalnictwem — licznymi innymi zagadnieniami lekarsko-społecznymi, jak np.: Kasa Wsparcia dla Wdów i Sierot po lekarzach, rozwój przemysłu techniczno-lekarskiego, a zwłaszcza rozwój naszych zdrojowisk i uzdrowisk, które znał dobrze i którym szereg prac poświęcił. Był też inicjatorem ułożenia wykazu oryginalnych prac polskich i wziął czynny udział w opracowaniu książki, zawierającej taki wykaz za lata 1831-1890.

Działalność społeczna Sawickiego była naturalnym, koniecznym przejawem Jego najgłębszych pierwiastków duchowych: były nimi wielkie, najczystsze miłowanie własnego Narodu i z tego miłowania wypływający i nieodłącznie z nim związany imperatyw czynu. Tego nakazu wewnętrznego przejawem była owa przez całe życie cechująca Sawickiego niespożyta siła popędu, która, udzielając się otoczeniu, była źródłem wielu poczyńań twórczych.

Poza działalnością lekarsko-społeczną brał Sawicki udział w miarę sił, możliwości środków, czasu w wielu sprawach natury ogólnej, mających dobro ogólne na celu; np. akcja o wykłady religijne w języku polskim na Podlasiu, udział w Wszechsłowińskim Związku Lekarzy, utrzymywał rozległe stosunki z polakami, przebywającymi na obczyźnie; słowem żył w pełni życiem swego Narodu, gorąco przeżywał jego powodzenie i troski.

Ubył jeden z synów narodu, przedstawiciel najdogodniejszego dawnego pokolenia działaczy, wzór dla wchodzącego obecnie w życie pokolenia młodego.

4. Kol. Podkóliński odczytał w zastępstwie nieobecnego Kol. Bączkiewicza rzecz p. t. „Karika z *działalności ś. p. Prof. B. Sawickiego na polu obywatelskim i filantropijnem*” (streszczenie własne).

Wśród przemówień natchnionych dla tak wielostronnej naukowej działalności ś. p. Prof. B. Sawickiego niech dozwolonym tu będzie załączyć jeszcze jedno wspomnienie z działalności ukochanego profesora, wspomnienie świadczące o wielkiej, znacznej Jego duszy, jako obywatela Polaka i lekarza.

Było to w drugiej połowie 1893 r. a więc 38 lat temu, wówczas nad Królestwem Polskim, tą polacją naszej Ojczyzny, która dostała się pod zabór cara, zaciążyła ciężka ręka safrapów rosyjskich. Dążność do rusyfikacji kraju szła pośpiesznie, a pod przemądrym protektorem Pani General Gubernatorowej Marii Andrejewny Hurko Czerwony Krzyż rosyjski coraz mocniej i silniej zaczął się rozwijać i gnać pod swe opiekunkę skrzydła nie tylko słabsze w charakterze jednostki polskie z inteligencji ale i lud biedny.

Czerwony Krzyż rosyjski otwierał liczne ambulatorja, lecznice i szpitale, szerząc naturalnie wśród ludności polskiej uznanie dla medycyny rządowej i wzbudzając wdzięczność dla jej przedstawicieli, a naturalnie, nie opuszczając każdej sposobności do rusyfikacji.

Wówczas to szereg wybitniejszych jednostek społeczeństwa polskiego postanowił przeciwdziałać tej robocie podstępnej i poszedł w walce tą samą drogą.

Bez statutów pisanych, drogą konspiracyjną zawiązało się grono ludzi pod cichą nazwą „Białego Krzyża” i wzięło sobie za zadanie tworzyć również ambulatorja, lecznice i szpitale z obsadą, naturalnie, dobrego personelu lekarskiego, pielęgniarskiego i służebnego z zadaniem nie tylko udzielania pomocy leczniczej, ale zarazem wnikania w inne potrzeby materialne i moralne biednej ludności i oddziaływania na nią.

Pod auspicjami tego właśnie Towarzystwa powstał szpital dla dzieci przy ul. Ogrodowej. Gdy organizator tego Zakładu zwrócił się do ś. p. D-ra Sawickiego, wyłuszczył mu zadania i cele Zakładu, jednej minuty Dr. Sawicki się nie zastanawiał i przyrzekł swą współpracę, jako chirurg, mało powiedział, jako chirurg, przedewszystkiem jako Obywatel — Polak, a nadto jako troskliwy Ojciec biednego ludu. Jako ówczesny asystent kliniki chirurgicznej, po zajęciach w niej, dążył on przez 9 lat do Zakładu dla dzieci, położonego w przeciwległej stronie miasta, by tam nieraz 2—3 godziny swego drogiego czasu nieść w ofierze dla dobrej sprawy, dla cierpiącej diatwy, aby swą ojcowską ręką kołować ich cierpienia i szlachetnym sercem odczuwać ich niedolę. A iluż to cennych rad i wskazówek już wówczas udzielał młodszym kolegom, którzy się przy nim w szpitaliku zbierali. Stworzył on tu poważną placówkę chirurgii dziecięcej w naszym mieście.

Obowiązek nakładał szczytne zadanie, aby tu w tej smutnej, a tak uroczystej chwili, dziś o tej jego działalności przypomnieć, aby w imieniu owego grona obywateli, z którego już dziś wielu nie żyje, złożyć hołd wdzięczności za współpracę w tych ówczesnych dążeniach, a w imieniu biednej, polskiej diatwy stokroć dziękować za pracę, wysiłek, wiedzę i serce, których tak hojnie udzielał młodemu pokoleniu polskiemu.

I na tem stanowisku wniósł On cenne pierwiastki swego promiennego ducha, pierwiastki miłości chorego, umiłowania zawodu i dar nauczania.

Cechy te obok prostoty współzycia koleżeńskiegobudziły w otaczających go uczucie zaufania i szacunku dla twórczej Jego pracy, dla dostojności Jego ducha.

Gdy opuścimy tę salę i wyjdziemy pod wrażeniem, żeśmy obcowali z duchem ś. p. Profesora, niech lotna myśl nasza, niech dzwiczny ton żalony naszych serc będą przewodnikami tych uczuć, które kierujemy w zaświaty, aby do Niego doszły, aby dały dowód, że duch Jego czysty, aczkolwiek odszedł od nas, ale promieniuje wśród nas, jako duch świetlany, Jego bowiem promienie, jak za życia ziemskiego, tak i nadal wzniecają wśród wspomnień zarzewie miłości Ojczyzny, miłości chorego i miłości wiedzy.

Non omnis mortuus est.

5. Kol. W. Szumlański przedstawił „*Działalność ś. p. D-ra Bronisława Sawickiego, jako członka Redakcji Gazety Lekarskiej*” (streszczenie własne).

Działalność literacka w prasie naukowej lekarskiej Sa-

wicki rozpoczął wcześniej, bo już w niespełna trzy lata po ukończeniu studiów ogłosił drukiem pierwszą poważniejszą pracę kliniczną w ówczesnej Kronice Lekarskiej, pracę „O przepuklinie podotrzewnowej”. Dalszy szereg artykułów, a jest ich, jak to słyszeliśmy w poprzednich przemówieniach, poczet i pokaźny i poważny, umieszczał przeważnie w Gazecie Lekarskiej, do której składu redakcyjnego powołany został w r. 1889 i której przez przeszło lat 30, t. j. do chwili przeniesienia Wydawnictwa w r. 1922 do Lwowa, z wielkim zapałem i z wielkim pożytkiem pracował.

Tu pozwolę sobie w paru słowach przedstawić historję powstania Gazety Lekarskiej i zaznaczyć, jaką rolę spełniała, i jakie znaczenie przywiązywano do faktu należenia do grona Wydawniczego tego pisma.

W roku 1880 w okresie największego ucisku ze strony moskiewskiego ciemięzcy, w chwili ponownego budzenia się do czynu ducha narodowego, grupa młodych wówczas, lecz już przeważnie wybitnych lekarzy warszawskich postanowiła wydawać pismo lekarskie i uczynić zeń nie tylko placówkę nauki polskiej, ale i ognisko, skupiające ludzi idei, ludzi ożywionych i podniecanych do pracy poczuciem spełniania obowiązku obywatelskiego.

Za organ taki wybrano Gazetę Lekarską, która po śmierci poprzedniego wydawcy, prof. Girsztowta, zaczęła się chylić do upadku, a którą do nowego życia powołali nowi, energiczni współwłaściciele, wzięwszy sobie za hasło: popieranie nauki lekarskiej polskiej, spełnianie obowiązków obywatelskich i przestrzeganie zasad etyki lekarskiej.

Jezeli tu o tem wspominałem, to uczyniłem to dlatego, aby zaznaczyć i zaakcentować, że zalety, odpowiadające temu powyższemu hasłu, posiadała w wysokim stopniu ś. p. Sawicki i że wcześniej zaznaczył je w życiu społecznym i koleżeńskim, czem sobie utorował, jako bardzo jeszcze młody lekarz, drogę do wstąpienia do składu grona wydawniczego i powiększył liczbę członków Komitetu Redakcyjnego Gazety.

Sawicki nie tylko nie zawiodł pokładanego w nim zaufania kolegów, ale wybitną swą działalnością zdobył od razu szacunek i uznanie ze strony współtowarzyszy pracy, a wszystkiemi swemi czynami, czy to jako autor licznych prac naukowych, czy jako uczestnik rozpraw, dotyczących oceny nadsyłanych artykułów, czy wreszcie jako gorący patriota i zaalony do czynu działacz społeczno-narodowy, zasłużył na trwałą pamięć i wdzięczne a niezatarte wspomnienie wśród tych wszystkich, którym dane było z nim razem pracować i świetlaną jego działalność podziwiać.

Niech to przemówienie będzie wyrazem najwyższego hołdu, jaki na tem miejscu składam Sawickiemu jako temu, którego imię złotemi i niezatartemi głoskami zostało zapisane na kartach i w historii Gazety Lekarskiej.

6. Kol. A. Jaroński wygłosił przemówienie p. t. „Ś. p. Br. Sawicki — pierwszy członek honorowy Towarzystwa Lekarskiego Siedleckiego” (streszczenie własne).

Podlasie, gdzie się urodził i wychował Dr. Br. S., było terenem, na którym stałe odbywała się walka Wschodu z Zachodem.

Walka ta bezkrwawa toczyła się dwoma łóżyskami — ludzenicki przeciwstawiał się prawosławiu, inteligencja Podlaska podtrzymywała Ducha w narodzie. Dr. S. był bardzo zasłużony w tej walce.

Pomijam zasługi D-ra S. dla Podlasia wogóle, wspomnę tylko o zasługach Jego przy tworzeniu i rozwoju Tow. Lek.

Siedleckiego — jedynej na Podlasiu instytucji naukowej Polskiej, powstałej na Podlasiu w czasach naszej niewoli.

Głównie zawdzięczając energii D-ra Sawickiego, placówka ta powstała i pomyślnie się rozwijała.

Tow. Lek. powołało D-ra S. na swego członka honorowego, składając tem hołd zasługom Jego.

Świetlaną postać D-ra Br. Sawickiego dla przyszłych pokoleń lekarskich na Podlasiu pozostanie na zawsze wzorem cnót lekarza-polaka i obywatela.

Akademję zamknięto o godzinie 9 min. 40.

Sekretarz Doroczny: Jan Roguski.

Prezes: Witold Orłowski.

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Nègre, Valtis i Saenz zakomunikowali na posiedz. czerwcowem parysk. Tow. biolog. (Pr. méd. № 56), że udało im się otrzymać hodowlę prątków kwasoodpornych, pochodzących z zarazka przesączalnego, co dotąd się nie udawało. Autorzy zastrzyknęli pod skórę świnkom, — którym zaszczepiono przesącz świeczkowy płynu z opłucny, — wyciąg acetonowy prątków Kocha. Na podłożu Löwensteina udało się następnie wyhodować pałeczki kwasoodporne.

Van Deinse na posiedz. lipcowem parysk. Tow. biol. (Pr. méd. № 57) poleca w celu szybkiego wykrycia zarazka przesączalnego gruźlicy.

Wstrzykiwanie przesączu świnkom do otrzewny po uprzednim potraktowaniu zwierząt dnia poprzedniego lub poprzedniego również dootrzewnowem wprowadzeniem fosforanu wapnia. Dzięki temu wytwarza się w otrzewnie dużo ropy, stanowiącej świetną odżywkę dla powstających pałeczek kwasoodpornych. Stwierdza się je też w dużych ilościach w ciągu pierwszych 4-ch dni, po upływie dni 8-iu pałeczki te znikają. U 3-ch świnek, zaszczepionych dootrzewnowo zarazkiem przesączalnym i traktowanych następnie wyciągiem acetonowym, wprowadzonym 16 razy pod skórę, otrzymano ropnie podskórne, zawierające liczne pałeczki kwasoodporne, które można było hodować na podłożu Löwensteina.

Na posiedzeniu majowem paryskiego Tow. Pedjatr. (Pr. méd. № 57). Janet cytował przypadek dwustronnego zapalenia ropnego gruczołów szyjnych, wywołanego przez BCG. Dziecko było zaszczepione po urodzeniu, po 2 miesiącach wystąpiły małe gruczoły na szyi, po upływie 13 miesięcy gruczoły te zrosły i miały wygląd gruczołów gruźliczych. W ropie nie znaleziono drobnoustrojów, posiewy były ujemne, żadna z 9 zaszczepionych świnek nie wykazywała gruźlicy; u dwu z nich znaleziono w gruczołach pachwinowych prątki kwasoodporne, które można uważać za BCG. Dziecko wyzdrowiało zupełnie.

Calmette na posiedz. lipcowem Akademii Lekarskiej w Paryżu (Pr. méd. № 61), przedstawił dane Weill-Hallego co do porównawczej śmiertelności dzieci, zaszczepionych i niezaszczepionych BCG, na podstawie materiału, obejmującego 716 dzieci 182 rodzin. W warunkach zdrowych 136 dzieci poniżej roku niezaszczepionych dało śmiertelność 27%, 55 zaszczepionych tylko 10%. W warunkach zagruczołowych 175 dzieci niezaszczepionych dało w wieku do roku 29% śmiertelności, 67 zaszczepionych tylko 8,9%; w warunkach wątpliwych 215 niezaszczepionych dało 37% śmiertelności, 68 zaszczepionych — 16%. Śród zaszczepionych nie było ani jednego przypadku śmierci z gruźlicy.

Medycyna społeczna

pod kierunkiem M. KACPRZAKA

Praca społeczna na sali gruźliczej.

Podał

Benedykt GLASS (Warszawa).

Często się jeszcze zapomina, że gruźlica jest chorobą społeczną, i że nie tylko z punktu widzenia lekarskiego, ale i społecznego należy rozpatrywać każdy przypadek tej choroby. Przez swą długotrwałość, przez niebezpieczeństwo dla otoczenia, rozbijając nieraz całkowicie ognisko domowe, stwarza gru-

źlica nowe, znacznie gorsze warunki życia, wobec których ludzie stają bezradni. Któż udzieli im wtedy rady, kto wskaże właściwą drogę dalszego ich życia? Czyż lekarz, nie znając środowiska, ani warunków społecznych, może ustalić linię postępowania leczniczego i rokowanie? Nie powinno się np. rozpocząć leczenia odmowego, jeśli się nie wie, czy chory po wyjściu ze szpitala będzie je mógł kontynuować, gdyż jeśli będzie to niemożliwe, należy — wbrew zasadzie — z założenia odmy zrezygnować, a uciec się do jednorazowego zabiegu — do plastyki. Lub też — co za cel

ma wypisanie ze szpitala pacjenta, u którego użyśkało się poprawę, poto, by wrócił on do domu, w którym czekają nań te same troski i zmartwienia, te same warunki życia, które przyczyniły się do obostrzenia choroby.

Lekarz szpitalny, nawet jeśli ma najlepsze ku temu chęci, nie jest w stanie sam jeden tym wszystkim zadaniom podołać, gdyż brak mu na to czasu i możliwości.

O ile w przychodniach przeciwgruźliczych badanie lekarskie jest uzupełniane przez wywiadowczy-nie badaniem warunków społecznych, o tyle na sali szpitalnej sprawa ta domaga się uregulowania.

Praca społeczna, której znaczenie w walce z gru-żlicą już przed wielu laty należycie zostało ocenione w Stanach Zjednoczonych, znalazła we Francji gorą-cego zwolennika i propagatora w osobie prof. Ber-narda, dzięki któremu na każdym oddziale gruźli-czym pracują obecnie jedna lub dwie t. zw. *assistantes sociales*.

W czasie pobytu mego na oddziale Rista mia-łem sposobność ocenienia ogromu i wagi pracy, wy-konywanej przez te kobiety.

Praca asystentki społecznej jest bardzo złożona.

Po przybyciu chorego na oddział ustala ona, czy dany chory był znany w odpowiedniej przychodni, czy też nie—i zawiadamia przychodnię, by roztoczyła opiekę lekarską nad jego rodziną i otoczeniem. W dłu-giej rozmowie, która wymaga wiele taktu i uwagi (tę ostatnią określa Cabot jako „attention active”), do-wiaduje się o warunkach życia chorego, o jego tro-skach. Odwiedzając osobiście jego rodzinę, bądź też pozostając w kontakcie z wywiadowczynią odpowied-niej przychodni, staje się łącznikiem między chorym a jego najbliższymi; zaspakajając w ten sposób tę-skotę chorego, dając mu pewność tego, że ktoś się jego domem opiekuje, sprawia, że łatwiej daje się utrzymać w razie potrzeby chorego w szpitalu. Zna-jąc dobrze psychikę każdego pacjenta, łatwo udaje się jej namówić go do poddania się zabiegowi ope-racyjnemu, proponowanemu przez lekarza. Na nią też spada ciężkie zadanie uzyskania od matki zgody na rozstanie się z dzieckiem. Często udaje się jej naprawić złe stosunki rodzinne, wrócić dziecku matkę lub ojca. Pozostawionej na pastwę losu rodzinie udziela rad, daje wskazówki, jak utrzymać ognisko rodzinne, pozbawione głowy rodziny lub gospodyni. Uświadamia chorego, do jakich zasiłków ma on pra-

wo, jakie instytucje i w jaki sposób obowiązane są okazać mu pomoc. Troszczy się też o wystawianie w porę wszelkich świadectw i zaświadczeń, potrzeb-nych choremu.

Ale nie na tem tylko kończy się rola asystentki społecznej. Praca jej nie ogranicza się do terażniej-szości chorego, lecz sięga też w jego przyszłość.

A więc wyszukuje w razie potrzeby dla chorego, względnie dla jego dzieci, miejsce w zakładzie lecz-nicznym. Udaje się po wsparcie do instytucyj filantro-pijnych i społecznych, do zamożnego krewnego, bądź do pracodawcy. Stara się o przydział mieszkania w nowopowstających domach, o zapewnienie odpowied-niej pracy w odpowiednich warunkach. Po wypisaniu ze szpitala przekazuje chorego przychodni. Nie spo-sób zresztą wyliczyć wszystkich funkcyj asystentki społecznej: życie codziennie stawia ją przed nowymi zagadnieniami, które musi ona rozstrzygnąć.

O ile lekarz usiłuje naprawić zdrowie pacjenta, ona stara się poprawić warunki życia—w ten sposób praca ich nawzajem się uzupełnia.

Trzeba mieć wiele serca, by zdobyć zaufanie chorego, by stać się doradcą i powiernikiem jego i jego rodziny. Ale samo serce nie wystarcza—gdyż, kierując się jedynie sercem, łatwo jest zbłądzić. Po-trzebny jest jeszcze rozum: tylko człowiek obdarzony sercem i rozumem, który zdobyć się może na wiele poświęcenia i cierpliwości, spełni to ciężkie, lecz wdzięczne zadanie. Wyniki pracy tej są wielkie, i słusz-nie powiedział kiedyś Rist, że, jeśli asystentka spo-łeczna kosztuje państwo rocznie około 12000 fr., to praca jej przynosi dochód znacznie większy.

Dodać jeszcze należy, że skuteczność pracy asy-stentki społecznej zależy w dużej mierze od oparcia o stowarzyszenia filantropijne i społeczne, o Koła Patro-natu, istniejące przy wielu szpitalach, i t. p. instytucje. W warunkach naszych ilość i jakość pomocy, okazy-wanej gruźlikom, są tak nikłe, że zakres pracy asy-stentek społecznych byłby znacznie węższy. Jednak utrzymywanie kontaktu między rodziną, przychodnią, Kasą Chorych, Wydziałem Opieki Społecznej Magi-stratu i t. p. instytucjami z jednej strony, a chorym z drugiej, wpływ psychiczny asystentki na chorego i dostarczenie lekarzowi danych o warunkach spo-łecznych pacjenta przedstawiają chyba dostateczną wartość, by zastanowić się nad wprowadzeniem etatu asystentki społecznej do szpitali i sanatoriów.

Wiadomości bieżące

— Zrzeszenie Dyrektorów Sanatoriów przeciwgruźliczych o charakterze społecz-nym.

Sekcja Związku Lekarzy Państwa Polskiego.

Adres Prezesa Zrzeszenia: Poznań, ul. Matejki 56 m. 8.

V. Ogólne Zebranie członków Zrzeszenia odbędzie się w sobotę, dnia 19 września 1931 roku w Sanatorium Związku Polskiego Nauczycielstwa szkół powszechnych w Zakopanem (Gubałówka) na które Zarząd uprzejmie zaprasza członków, stałych gości i kandydatów na członków. Początek obrad o godzinie 9.30.

Porządek obrad:

1) Otwarcie Zebrania — Prezes Zrzeszenia. 2) Powitanie zebranych — Gospodarz Zjazdu Kol. W. Kraszewski 3) Wybór Przewodniczącego Zebrania 4) Odczytanie i przyjęcie proto-kółu poprzedniego Ogóln. Zebrania 5) Sprawozdanie Zarządu

i Delegatów Okręgowych 6) Dalszy ciąg dyskusji w sprawie mianownictwa naukowego w gruźlicy płuc — ref. Główny Kol. Szczepański 7) Zwiedzanie Sanatorium Związku Polskiego Nauczycielstwa Szkół Powsz. oraz sprawozdanie Nacz. Lek. (w myśl § 21 Regulaminu) — Kol. W. Kraszewski 8) Uchwalenie wniosków do Komitetu Wykonawczego IV-go Ogólnopolskiego Zjazdu Przeciwgruźliczego, m. in. w sprawie „znakowania ob-jawów płucnych na schematach”, przyjętego przez Zrzeszenie 9) Wybór delegacji do Komitetu Wykonawczego IV-go Ogólnego Zjazdu Przeciwgruźliczego 10) Sprawozdanie Komisji Rewi-zyjnej 11) Wybór miejsca i terminu następnego Ogólnego Ze-brania 12) Wolne wnioski 13) Zamknięcie Zebrania.

Następnego dnia, t. j. w niedzielę, dnia 20 września rb., o godz. 9.30 rozpoczyna swe obrady w Zakopanem.

IV. Ogólnopolski Zjazd Przeciwgruźliczy do wzięcia udziału w którym zapraszamy WSzanownego Kole-gę, załączając przy niniejszym program Zjazdu.

Zarząd Zrzeszenia:

Dr. Cz. Jakubowski, Prezes. Dr. M. Staroniewicz, z-ca prezesa. Dr. W. Jankowski, Sekretarz. Dr. St. Meysner.

Podaje się do wiadomości uchwałę IV-go Ogólnego Zebrania Zrzeszenia z dnia 5. VI. 1931 r.:

„Wrazie niemożności osobistego przybycia na Zjazd (Ogólne Zebranie) obowiązani są członkowie zwyczajni i stali goście (t. j. dyrektorzy, kierownicy, naczelnicy lekarze Społecznych Sanatorjów) delegować w swoim imieniu upoważnionego pisemnie zastępcę w osobie swego starszego ordynatora wzgl. starszego asystenta”.

Informacje:

Koleżdy członkowie naszego Zrzeszenia otrzymają na cały czas obu Zjazdów [19. IX. — 23. IX.] bezpłatne pomieszczenia u Kolegów zakopiańskich. Przez cały dzień 19 września członkowie Zrzeszenia będą gośćmi Dyrekcji Sanatorium Związku Polsk. Naucz. Szkół. Powsz. Na dworcu w Zakopanem dnia 18. IX. po południu i dnia 19. IX. rano oczekiwać będą członków Zrzeszenia młodzi Koleżdy z Sanatorjów Zakopiańskich, którzy przyjeżdżających rozmieszczają, udzielając wszelkich informacji i ułatwień. Prosimy powiadomić Kolegów Gospodarza Zjazdu o swym przybyciu, przesyłając załączoną pocztówkę przed dniem 10-tym września br.

— Program IV. Ogólnopolskiego Zjazdu Przeciwgruźliczego.

Dnia 20 września — niedziela

Godzina 9,30—13: Otwarcie Zjazdu przez przewodniczącego Komitetu Organizacyjnego Dr. J. Żychonia. I. temat — biologiczny: „Związek pomiędzy alergią a odpornością w gruźlicy”. Referenci: Prof. Dr. Michałowicz i Dr. St. Popowski. Koreferenci: Dr. J. Zeyland—Poznań i Dr. Z. Skibiński. Dyskusja.

Godz. 14,30: Wycieczka autobusami do Morskiego Oka w Tatrach.

Dnia 21 września — poniedziałek,

Godz. 9 | 14. II. temat — kliniczny: Kwalifikacja chorych na gruźlicę do zakładów leczniczych ze stanowiska klinicznego w związku z nowoczesnymi metodami badania i leczenia gruźlicy płuc”. Referent Płk. Dr. Stefan Rudzki. Koreferenci: Dr. K. Dąbrowski — Warszawa, Dr. L. Węgrzynowski — Lwów Dr. L. Fischer — Zakopane. Dyskusja.

Godz. 21,30: Raut w salach hotelu „Morskie Oko”, wydany przez Zarząd Uzdrowiska, Gminę Zakopane i Towarzystwo Lekarskie w Zakopanem.

Dnia 22 września — Wtorek.

Godz. 9—14: III. temat — ogólny: „O Zakopanem, jako miejscowości klimatyczno-leczniczej”. Dr. J. Żychon — Zakopane. IV. temat — społeczny: „Ubezpieczenia społeczne a gruźlica”. Referent: Dr. W. Chodźko. Koreferenci: Dr. Cz. Wroczyński—Warszawa, P. Dr. Krakowski—Warszawa. Dyskusja. Zamknięcie Zjazdu.

Dnia 23 września — środa.

Wycieczka autobusami do Czorsztyna i Szczawnicy.

— Komunikat prasowy.

Doroczne zebranie Zarządu Międzynarodowego Związku Przeciwgruźliczego, którego przewodniczącym jest obecnie prof. Frölich (Norwegja), odbyło się w Paryżu 9 lipca przy współudziale przedstawicieli

17 państw. Posiedzenie administracyjne rozpoczęło się o 10-ej godzinie. Datę następnego Kongresu, który ma się odbyć w Hadze, została ustanowiona na dzień 6—9 września 1932 r. Jako tematy obrad, zgłoszone przez szereg państw, członków Związku, zostały wybrane: 1) Temat biologiczny — stosunek pomiędzy alergią a odpornością — referent zostanie podany później. 2) Temat kliniczny — Chryzoterapia (leczenie złotem), referent prof. Sayé (Barcelona) 3) Temat społeczny — Opieka posanatoryjna, referent — Dr. B. H. Vos (Hellendoorn) — Zgodnie z zasadą, przyjętą w Oslo, zostanie wybranych dla każdego tematu obok referenta jeszcze 10 współreferentów, wybranych z różnych krajów.

Posiedzenie naukowe odbyło się w nowym gmachu laboratorium dla badań nad gruźlicą w instytucie Pasteura, który członkowie Zarządu zwiedzali pod kierownictwem prof. Calmette’a.

Tematem posiedzenia był referat Dr. Sopera (Stany Zjednoczone) „Planstandard walki przeciwgruźliczej”. Referat ten wobec nieprzybycia Dr. Sopera został wygłoszony przez Prof. Opie (Stany Zjednoczone). Następnie Prof. Valtis (Grecja) przedstawił etapy rozwoju walki z gruźlicą w swej ojczyźnie.

Po obydwu referatach odbyła się dyskusja, w której brali udział Prof. Leon Bernard, sekretarz generalny Związku, Prof. Kund Faber (Dania), Pułkownik Rudzki (Polska) i inni.

— W styczniu r. b. rozpiął Instytut Pasteura w poradniach higieny społecznej oraz wśród lekarzy i akuserek 42 departamentów ankiet co do wyników szczepienia BCG za lata 1925—1930. 114 poradni szczepiło w tym czasie 8.075 dzieci, zaś 388 lekarzy i akuserek szczepiło i skontrolowało 22.746 dzieci, w tem 4.978 w rodzinach gruźliczych, a 17.768 w rodzinach pozornie zdrowych. Śmiertelność ogólna (z jakiegokolwiek przyczyn), która we Francji wynosi 7,8% ogółu dzieci, mających mniej niż 1 rok, wyniosła tylko 2,5% wśród dzieci szczepionych BCG. Godne uwagi jest, że wśród 579 dzieci z rodzin gruźliczych, szczepionych już przeszło 4 lata temu, śmiertelność równa się zeru.

Jak widać z tego, wyniki przeszły najśmielsze oczekiwania, co winnoby zachęcić do szerokiego stosowania tej metody.

W dniu 1 lipca 1931 r. sama Francja liczyła 354.000 dzieci szczepionych metodą Calmette-Guérin.

SPROSTOWANIE.

W № 32 „Warsz. Czasop. Lek.”

na str. 738, szp. lewa, wiersz 24 od dołu zamiast: jedną, powinno być: jedną.

na str. 738, szp. lewa, wiersz 11 od dołu zamiast: zanieczyszcza, powinno być: zanieczyszczają.

na str. 739, szp. prawa, wiersz 2 od góry zamiast: alkoholizmo-dziecięcego, powinno być: alkoholizmu dziecięcego.

na str. 739, szp. prawa, wiersz 36 od góry zamiast: Postać czwarta może, powinno być: Postać czwarta nie może.

TREŚĆ: Z. SREBRNY. Zagajenie Akademii ku czci ś. p. Dra med. Kazimierza Dłuskiego. — CZ. WROCZYŃSKI. Kazimierz Dłuski jako człowiek i lekarz. — H. RYGIER. Dr. Kazimierz Dłuski jako prezes Polskiej Konfederacji Pracowników Umysł. wych. — M. SKOKOWSKA-RUDOLFWA. Metody rozpoznawania, klasyfikacji i leczenia suchot płucnych w sanatorium Trudeau. — Z. ŚWIDER. Spostrzeżenia nad naciekami wczesnymi. — H. J. LANDAU. Nowe prace z dziedziny gruźlicy. (Str. zbior.). — Streszczenia pojedyncze i oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — B. GLASS. Praca społeczna na sali gruźliczej. — Wiadomości bieżące. — Sprostowanie.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: Z. SREBRNY. Ouverture de l'Académie solennelle consacrée à la mémoire du Dr. Casimir Dłuski. — CZ. WROCZYŃSKI. Casimir Dłuski comme homme et médecin. — H. RYGIER. Dr. Casimir Dłuski comme Président de la Confédération Polonaise des Travailleurs Intellectuels. — M. SKOKOWSKA-RUDOLF. Méthodes du diagnostic, de la classification et du traitement de la phthisie pulmonaire au sanatorium Trudeau. — Z. ŚWIDFR. Observations concernant les infiltrations précoces. — H. J. LANDAU. Nouveaux travaux sur la tuberculose. (Rev. gén.). — B. GLASS. Le travail social à la salle des tuberculeux.

CENY OGŁOSZEŃ:

Okładka tytułowa złotych 500.—Inne okładki oraz ogłoszenia w tekście: cała strona złotych 300,—, pół str. zł. 160.—, ćwierć zł. 90.—

Ogłoszenia na miejscach nierezzerwowanych: cała strona zł. 250.—, pół str. zł. 140.—, ćwierć str. 80 zł.—, ósma część str. zł. 50.—

Załączenie wkładki do całego nakładu zależnie od wagi od zł. 200,— do 400.—

Drukarnia „SIŁA”; Warszawa; Marszałkowska 71 tel. 834-48.

