

# PRZEGLĄD FELCZERSKI

OFICJALNY ORGAN CENTR. ZWIĄZKU FELCZERÓW RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ.

TREŚĆ: W obliczu rzeczywistości. — O rozpoznawaniu i leczeniu zapaleń płucnej. — Djagnostyka chorób wewnętrznych. — Varia. — Z działalności Związku. — Wydawnictwa nadesłane.

## W obliczu rzeczywistości.

Z okazji opracowywania przez rząd ustawy szpitalnej zastanawialiśmy się nad położeniem felczerów w szpitalach. W tym celu już wcześniej Zarząd Główny Związku rozesłał do Oddziałów pytania w sprawie felczerów w szpitalach. Nadesłane odpowiedzi są zastraszające. Np. w Warszawie na etatów felczerskich 79, zatrudnionych felczerów jest zaledwie 39.

Nielepiej dzieje się i na prowincji w całym b. zaborze rosyjskim. Otrzymane informacje stwierdzają: iż np. w Łodzi na 13 etatów felczerskich pracuje w szpitalach tylko 6 felczerów, w Kieleckim w 7 szpitalach nie pracuje ani jeden felczer, w Radomiu ostatnio skreślono 2 etaty felczerskie, w Lubelskim na 21 etatów felczerskich w szpitalach pracuje felczerów zaledwie 5, we Włocławskim na etatów 10 pracuje felczerów 4, w Województwie Wołyńskim w 9 szpitalach powiatu Kowelskiego i sąsiednich powiatów pracuje zaledwie 1 felczer, w Województwie Wileńskim etatów felczerskich wogóle niema.

Powyżej przedstawiliśmy bardzo ułamkowy materiał co do zatrudnionych felczerów w szpitalach w b. zaborze rosyjskim, ale i ten ułamkowy materiał pozwoli się zorientować w stosunku władz szpitalnych do felczerów. Wszędzie na wakujące etaty felczerskie felczerzy nie są przyjmowani, wzamian za to przyjmowani są pielęgniarki, akuszerki, posługacze lub w najlepszym razie lekarze. W Warszawskich szpitalach prawie połowa etatów felczerskich nie jest zajęta przez felczerów, najgorzej dzieje się w Województwie Kieleckim i Województwie Wołyńskim, gdzie zasadniczo felczerzy nie są przyjmowani na posady.

Podobny stosunek władz szpitalnych nie jest podyktowany ani formalnymi, ani rzeczowymi względami. Pod względem prawnym jest to naruszenie obecnie obowiązującej ustawy szpitalnej i istniejących lokalnych pragmatyk szpitalnych. Pod względem rzeczowym ignorowanie felczerów przy obsadzaniu etatów nie da się absolutnie umotywić, gdyż obecnie bardziej niż kiedykolwiek felczerzy dają całkowitą gwarancję fachowej pomocy, ponieważ bez wyjątku wszyscy posiadają długoletnią praktykę, wahającą się w granicach 15 do 50 lat praktyki szpitalnej.

Na usprawiedliwienie powyższego wysunąć by można było jedynie brak felczerów do obsadzenia powyższych stanowisk. Tymczasem Centralny Związek Felczerów Rzeczypospolitej Polskiej dysponuje kilkunastoma felczerami w każdym Województwie. Felczerzy ci są obecnie bez pracy i bez środków do życia.

Rozpaczliwą sytuację tych felczerów powiększa jeszcze ten fakt, iż Kasy Chorych stosują tę samą metodę i na etaty pomocniczego personelu lekarskiego nie przyjmują felczerów. Wydany na skutek naszych starań okólnik Okręgowego Urzędu Ubezpieczeń o niepominaniu felczerów przy obsadzaniu stanowisk pomocniczego personelu lekarskiego w Kasach Chorych przez felczerów nie wywołał żadnego oddźwięku. Miejscowe Zarządy Kas Chorych ani w jednym wypadku, jak nam sygnalizują Oddziały, nie zastosowały się do tego okólnika.

Grozę położenia felczerów powiększa jeszcze ten fakt, iż pomimo zatrudnienia w szpitalach tak małej liczby felczerów, kasowane są w dalszym ciągu etaty felczerskie i dotychczasowi felczerzy zatrudnieni są wyrzucani na bruk lub w najlepszych wypadkach sporadycznych zmuszani są do pracy pod inną nazwą, jak np. dozorców, instrumentarjuszy lub zarządzającego apteką.

Jeżeli Państwo z zasadniczych względów uważało za stosowane skasować instytucję felczerów, to jednak uważamy, że równocześnie winno wziąć pod opiekę obecne, ostatnie pokolenie felczerów. Tymczasem już dziś po 6 latach od wejścia w życie ustawy felczerskiej (z dn. 1 lipca 1927r.) przeważająca ilość felczerów, mimo pozornej opieki nad nimi ustawy lipcowej, nie mówiąc o ograniczeniu ich praw przez tę ustawę, wobec bojkotu felczerów przez szpitale Kasy Chorych, mając przygotowanie zawodowe, nie ma co robić i wraz ze swymi rodzinami znajduje się bez dalszych środków do życia.

Taką opieką otoczona jest dzisiaj instytucja felczerów. Bojkot felczerów przy obsadzaniu posad. Ścieśnianie uprawnień i szykany na wolnej praktyce. A wszystko to odbywa się pod szczytnymi hasłami postępu i wiedzy, jakgdyby felczerzy nie stanowili instytucji pozostającej pod opieką Państwa i posiadającej przywilej ustawowy.

## O rozpoznawaniu i leczeniu zapaleń opłucnej.

Podał A. Roliński st. felczer Szpit. Przem. Pańsk. na Pradze.

Mimo, iż zapalenia opłucnej (pleuritis) są schorzeniem bardzo częstym, schorzeniem, znanym już w czasach przed narodzeniem Chrystusa, mimo, iż jeszcze w okresie przed znakomitym lekarzem starożytności Hipokratesem (460 — 377 przed Chrystusem) znany był zabieg otwierania klatki piersiowej przy ropnym zapaleniu opłucnej, — zasługa wyodrębnienia zapaleń opłucnej, jako oddzielnej jednostki klinicznej i anatomopatologicznej, przypada słynnemu klinicyście francuskiemu z początku XIX-go wieku René Laënnec'owi (1781 — 1827). Wspomniano już na wstępie, iż zapalenie opłucnej jest schorzeniem bardzo częstym. Najczęściej zdarza się między 15 — 45 roku życia, nie oszczędza jednak ani starców, ani dzieci (nawet w okresie niemowlęctwa). Przeciwnie, u dzieci, szczególnie w końcu pierwszego roku życia i w okresie od 1 — 2 lat, — zapalenia opłucnej są bardzo częste, i mają przeważnie charakter ropny. U osób dorosłych zapalenia opłucnej zdarzają się częściej u mężczyzn, niż u kobiet (stosunek 75:25). Stosunkowo największa ilość zapaleń opłucnej przypada na zimę i wiosnę, najmniej ich bywa — według statystyk niemieckich — na jesieni.

Jakież są powody powstania zapaleń opłucnej i jakie tło tego schorzenia? Przedewszystkiem zmiany zapalne w opłucnej powodować mogą **urazy** (tępe) klatki piersiowej (silne uderzenia, złamania żeber i t. p.), Zwykle jednak zmiany zapalne po urazach nie są rozległe i ograniczają się t. zw. suchem zapaleniem opłucnej (pleuritis sicca). Następnym powodem zapaleń są **nowotwory płuc lub opłucnej**. W tych przypadkach zmiany zapalenia są silniejsze, zaczyna się wytwarzać w opłucnej płyn, (wysiłek—exsudat), płyn przeważnie o zabarwieniu **krwawem**, czyli mamy do czynienia z krwotocznym wysiękowym zapaleniem opłucnej (pleuritis exsudativa haemorrhagica) na tle nowotworowym. Podobnie, jak samoistne pierwotne nowotwory płuc lub opłucnej zachowują się przerzuty nowotworowe, umiejscawiające się w płucach lub opłucnej.

Najczęstszym jednak powodem zapaleń opłucnej są drobnoustroje (bakterje). Jakim sposobem mogą dostać się drobnoustroje lub ich jady do tak zamkniętej ze wszystkich stron przestrzeni, jaką jest worek opłucnowy. Przedewszystkiem, mogą się dostać bezpośrednio: przy ranach, drażących wgłąb klatki piersiowej i przebijających opłucną. Tworzy się podówczas w opłucnej t. zw. odma surowiczo-lub ropno-powietrzna (**sero** względnie **pyopneumothorax**), t. j. równoczesne nagromadzenie się powietrza, przedostającego się przez przebitą klatkę piersiową i płynu zapalnego-wysięku, tworzącego się w jamie opłucnej. Przypadki te mają duże znaczenie w chirurgji, choć są stosunkowo nie bardzo częste.

Powtórę drobnoustroje mogą się przedostać do opłucnej z bliższego lub dalszego otoczenia. Więc przedewszystkiem z płuc (przy gruźlicy w przebiegu lub po przebyciu zapalenia płuc krupowego, czyli płatowego-pleuritis para — lub metapneumonica; przy grypie i t. p.); następnie zaś z przełyku, gardzieli, z gruźliczo zmienionych żeber lub kręgów, ze zrośniętego wyrostka robaczkowego, z ropni wątroby lub śledziony, ropni podprzeponowych (abscessus subphrenicus) i t.d. Przepona, oddzielając jamę brzuszną od klatki piersiowej, nie tworzy przeszkody dla drobnoustrojów, które z jamy brzusznej przewędrują do opłucnej drogą naczyń chłodnych.

Po trzecie, drobnoustroje mogą się dostać do opłucnej drogą naczyń krwionośnych — przy wszystkich ostrych chorobach zakaźnych, — więc przedewszystkiem przy ogólnem zakażeniu ropnem (septicopyaem), przy płonicy, ospie, durze brzuszny i t. d.

Do tej samej kategorii zaliczyć należy i t. zw. gośćcowe, czyli reumatyczne zapalenia opłucnej, które zwykle przebiegają z bólami stawów oraz zajęciem osierdzia lub wsierdzia (peri—względnie endocarditis).

Istnieje jednak cały szereg zapaleń opłucnej, w których nie dadzą się wykryć trzy wyżej wzmiankowane sposoby przedostawania się drobnoustrojów.

Zapalenie opłucnej tej ostatniej kategorii noszą miano zapaleń samoistnych, czyli pierwotnych (pleuritis idiopathica). W powstawaniu samoistnych zapaleń opłucnej przypisywano niegdyś wielką rolę t. zw. przeziębienia. Zwano te zapalenia „pleuritis a frigora“ (frigus—chłód, zimno). Już oddawna wiedziano, iż po przebyciu takiego samoistnego zapalenia opłucnej rozwija się gruźlica, stąd wyodrębniano nawet specjalny rodzaj gruźlicy—tuberculosis a pleuride. Obecnie poglądy się zmieniły. Samoistne zapalenia opłucnej są w lwiej swej części pochodzenia gruźliczego (75% według Aschoffa, w 98% według Landouzy), mimo iż w wysięku gruźlicznym przeważnie nie można wykryć prątków Kocha; zmiany zaś gruźlicze w płucach nie zawsze dają się wykryć badaniem lub prześwietleniem. Samoistne zapalenia opłucnej są jakby pierwszym uwidoczniającym się objawem zakażenia gruźliczego; przeziębienie zaś jest uważane tylko za czynnik dodatkowy, wywołujący ujawnienia tego zakażenia. Autorzy niemieccy samoistne zapalenia opłucnej w przebiegu początkowej (jawnej lub utajonej) gruźlicy nazywają, początkowymi gruźliczemi zapaleniami opłucnej, (Initial-pleuritis). Powodem takich zapaleń, początkowych są prawdopodobnie jady gruźlicze, a nie prątki. Zapalenia te dają rokowania dobre; jeżeli w następstwie rozwija się gruźlica, to ma ona charakter łagodny. W każdym razie, ważną jest rzeczą w wywiadach wypytać się chorych o przebycie samoistnego zapalenia opłucnej, gdyż takie dane są czynnikiem, skierowującym uwagę w stronę gruźlicy.

Istnieje jeszcze jeden rodzaj zapaleń opłucnej, spotykanych bardzo rzadko, zdarzających się w przebiegu kiły (sifilisu) II-o i III-o rzędnej.

Płyn wysiękowy z opłucnej wykazuje dodatni odczyn Wassermanna. Na tło kiłowe niektórych zapaleń opłucnej zwrócili uwagę lekarze francuscy.

Przechodzimy obecnie do rozpatrzenia zmian patologicznych, jakie wytwarzają się na opłucnej pod wpływem drobnoustrojów, urazów i innych wyżej wyszczególnionych czynników. Wszystkie czynniki te działają drażniąco na opłucną, a opłucna jak każda tkanka żywa na nadmierne drażnienie odpowiada objawami zapalnymi: drobne naczynia krwionośne rozszerzają się; z naczyń tych wydostaje się pewna, początkowo nieznaczna, ilość płynu surowiczego, — stąd jakby obrzęk i zmętnienie opłucnej. Z naczyń krwionośnych wydostają się również krwinki — stąd drobne wybroczyny na opłucnej. Wreszcie wydzielony z naczyń płyn surowiczy ulega skrzepnięciu; na opłucnej (na obu jej blaszkach) tworzą się złogi skrzepłej substancji białkowej (włóknika). Całość obrazu nosi miano anatomopatologiczne **włóknikowego**, miano kliniczne suchego zapalenia opłucnej (pleuritis sicca). Suche zapalenia opłucnej jest punktem wyjściowym, z którego powstaną wszystkie inne zapalenia (zapalenia wysiękowe).

Jak się przedstawia obraz kliniczny suchego zapalenia opłucnej?

Widzieliśmy, iż na opłucnej tworzą się złogi włóknika; powierzchnia opłucnej staje się nierówna, szorstka; złogi włóknika przy każdym oddechu przesuwają się obok siebie, trą się, — stąd dwa podstawowe objawy: **1. Bolesność klatki piersiowej przy wdechu** (kłócie w boku), **2. Tarcie opłucnej**. Kłócie w boku bywa nieraz tak dotkliwe, iż zmusza chorego do oszczędzania chorej połowy klatki piersiowej, stąd często pewna asymetria ruchów oddechowych. Jeżeli chory z suchym zapaleniem opłucnej leży (co nie zawsze się zdarza), to kładzie się przeważnie na bok zdrowy (ponieważ ucisk boku chorego zwiększa ból). Ból zwykle daje się ściśle umiejscowić i nie promieniuje w dalsze okolice (jak to bywa np. przy nerwobólach międzyżebrowych).

Tarcie opłucnej może być wysłuchane, lub niekiedy wyczute dłońią. Szmer tarcia porównywuują z chrzęstem świeżej zginanej skóry; szmer ten może być cichy, delikatny lub gruby, chropawy, szorstki (w zależności od mniejszej lub większej grubości złogów włóknika na opłucnej). Cechami charakterystycznymi tarcia są: występowanie jego zarówno podczas wdechu, jak i wydechu, charakter nieregularny, przerywany; nasilanie się przy mocniejszym przyłożeniu słuchawki do skóry, wreszcie ból w miejscu wysłuchiwania. Przy wyczuwaniu dłońią tarcie stwierdza się nieraz jako wyraźne przesuwanie się jakby dwóch nierównych powierzchni.

Przy suchym zapaleniu opłucnej stwierdzić można często jeszcze jeden niezmiernie charakterystyczny objaw: suchy, przerywany, męczący kaszel. Kaszel ten powstaje **odruchowo** wskutek podrażnienia opłucnej przez złogi włóknika (porów, odruchowy kaszel po nadmiernem wypuszczeniu płynu z opłucnej przy zapaleniach wysiękowych o czym niżej podajemy.

Zespół objawów podobnych (kłócie w boku i kaszel) występuje również w pierwszym okresie włóknikowego, czyli płatowego zapalenia płuc (pneumonia crouposa), które z reguły daje podrażnienie opłucnej, i które dlatego też zwane jest pleuropneumonia. Gorączki przy suchym zapaleniu opłucnej pochodzenia urazowego (mechanicznego) zwykle nie bywa; przy zapaleniach pochodzenia bakteryjnego możliwe są wzniesienia ciepłoty, nie tworzące charakterystycznej krzywej. Wzniesienia te wskazują na skłonność do przejścia suchego zapalenia opłucnej w zapalenie wysiękowe.

Suche zapalenia trwają czasami b. krótko: kilka dni, poczem złogi włóknika częściowo ulegają wchłonięciu, częściowo zaś skleją się między sobą, tworzą się zlepy, które następnie przerosną tkanką łączną (**organizują się**) i wytworzą zrosty (adhaesiones). Klinicznie mijają wszystkie objawy (kaszel, tarcie, kłócie). Takie tworzenie się suchego zapalenia opłucnej z następczem tworzeniem się zrostów jest rzeczą b. charakterystyczną u osób z rozwiniętą gruźlicą, u których objawy zapalenia mogą przechodzić zupełnie bezgorączkowo, wywołując jedynie przemijające bóle w klatce piersiowej. Dlatego tak często przy sekcjach gruźlików znajduje się zrosty opłucnowe.

Zdarzają się jednak wypadki, w których tarcie utrzymuje się całymi miesiącami: suche zapalenie opłucnej przyjęło postać przewlekłą.

Trzecim rodzajem zająca pleuritis sicca jest przejście w postać wysiękową (pleuritis exsudativa). Jest to zejście b. częste.

W opłucnej zaczynają się gromadzić coraz to większe ilości płynu wysiękowego, ilości, które przewyższyc mogą 4 — 5 litrów. Płyn zebrany może być: 1) przezroczysty, cienkopłynny, bursztynowy — **surowiczny**.

2) bardziej gęsty od surowiczego - brunatny lub żółty, wysycony, opalizujący **surowiczo-włóknikowy** 3) ciemno - czerwony - **Krwawy**. 4) żółto-zielony gęsty, niecuchnący, — **ropny**. 5) brudno-zielonkawy, cuchnący. o zapachu mdłym - **posokowaty**. Charakter płynu wysiękowego należy do pewnego stopnia od rodzaju drobnoustrojów, wywołujących dane zapalenie opłucnej. Tak np. wysięki surowiczo-włóknikowe (czyste wysięki surowicze bez domieszki włóknika są niezmiernie rzadkie) zdarzają się najczęściej na tle gruźliczem, gościcowem lub na tle przebytej grypy. Nadto wysięki surowiczo-włóknikowe w przebiegu t. zw. **samoistnych**. (ob. wyżej) zapaleń opłucnej mogą być wywoływane przez dwoinki zapalenia płuc (pneumococci Fraenkla), rzadziej przez paciorkowce lub gronkowce (streptococci lub staphylococci). Wysięki **Krwawe** są przeważnie na tle gruźliczem lub nowotworowem, i dowodzą rozsiania się gruźleńców (względnie cząsteczek nowotworowych) na blaszkach opłucnej. Wysięki **ropne** zdarzają się po przebyciu lub w czasie zapalenia płuc płatowego (pneumonia crouposa), po przebyciu grypy, niekiedy przy gruźlicy (wywoływane są

wtedy albo przez prątki gruzlicze, albo przez dołączające się zakażenie paciorkowcowe lub gronkowcowe). Wspomniano już o częstoci wysięków ropnych w wieku dziecięcym. Wysięki **posokowate** wywołane są przez beztlenowe bakterje gnilne, które przedostać się mogą z jamy brzusznej, przelyku lub z płuc (przy zgorzeli-gangraena pulmonum).

Wszelkie wysięki zbierając się w opłucnej, mają charakter płynów zapalnych: posiadają wysoki ciężar gatunkowy (1.010 — 1.023), zawierają znaczne ilości białka (2,5 — 7%), dają zmętnienie lub strąć z bardzo rozcieńczonym kwasem octowym lodowatym (charakterystyczna próba Rivalty).

Płyny wysiękowe, zbierając się w opłucnej, muszą wywierać wpływ mechaniczny na płuco i inne narządy klatki piersiowej. Płuco w początkowych okresach zbierania się płynu, dzięki swej sprężystości (elastyczności), jakby usuwa się, ściąga ku górze przed narastającym od dołu płynem. W późniejszych okresach, gdy płynu jest więcej, a elastyczność płuca została wyczerpana, zostaje ono całkowicie usunięte przez płyn zmniejsza się w swych rozmiarach do wielkości pięści i jako niewielki przydatek wisi koło kręgosłupa w t. zw. wnęce (hilus) na oskrzelach i wielkich naczyniach krwionośnych. Rozumie się, iż płuco takie nie oddycha wcale lub oddycha słabiej od zdrowego. Stąd jeden z podstawowych objawów wysiękowego zapalenia opłucnej: **osłabienie szmerów oddechowych po stronie chorej przy obsłuchiowaniu** klatki piersiowej. Drugi często stwierdzający objaw — duszność, również da się częściowo wytłomaczyć nieczynnością płuca chorego. Wracamy jednak do innych narządów klatki piersiowej. Ściana klatki piersiowej po stronie chorej ulega **uwypukleniu i rozszerzeniu** przez napierający na nią płyn (trzeci charakterystyczny objaw). Przepona ulega spłaszczeniu i obniżeniu, stąd znowu niekiedy spotykamy objaw, zdarzający się nawet przy lewostronnych zapaleniach opłucnej — opuszczenie wątroby i wystawanie dolnego jej brzegu z pod łuku żebrowego. Największym jednak zmianom legnie położenie serca i wielkich naczyń. Serce zostaje przesunięte w stronę zdrowia; przesunięcie to jest najwybitniejsze przy wysiękach lewostronnych; wtedy koniuszek serca, jako część najbardziej ruchoma, przejdzie na prawą połowę klatki piersiowej. Stąd **przemieszczenie granic słumienia sercowego** przy opukiwaniu i możność wysłuchiwania tonów serca na prawo mostka. Wysięki prawostronne nadto wywierają ucisk na wielkie naczynia żyłne i powołują trudniejszy dopływ krwi do serca. Dlatego też możliwy nastrój żylny. Działanie mechaniczne wysięków na serce i wielkie naczynia odbije się w obrazie klinicznym charakterystycznymi objawami: **sinicą** twarzy i rąk, **zwiększeniem duszności, przyspieszeniem tętna, nagłemi omdleniami**. Bardzo duże wysięki mogą być powodem **śmierci nagłej**, co się zdarzało często dawniej, gdy wysięków nie wypuszczano. Obecnie takie przypadki są b. rzadkie.

DR. MED. K. SZOKALSKI.

## Djagnostyka chorób wewnętrznych.

### BÓLE w BRZUCHU.

(ciąg dalszy)

Od strangulacyjnego zamknięcia światła kiszek odróżnia się zwykłą okkluzją kiszek, przy której brak wstrząsu, przyśpieszenia tętna, złego stanu pulsów, bez moczu i białkomoczu, miejscowego wzdęcia brzucha, wolnego płynu w jamie brzusznej; przy okkluzji początkowe bóle są przeważnie mniejsze, przebieg wogóle mniej burzliwy. Okkluzja może występować naskutek wędrujących kamieni żółciowych, obcego ciała glist, nowotworów, torbieli krezkowych etc.

Przyczyną ostrej okkluzji może być:

1) invaginatio acuta czyli wgłębienie części kiszek do następnej pętli kiszek; jest to zwykła przyczyna okkluzji u dziecka poniżej 10 lat. Intensywne bóle w jamie biodrowej prawej, guz brzuszny z prawej strony, krwawienie odbytnicowe;

2) zaciśnięcie wewnętrzne kiszek wskutek wzrostów otrzewnowych, uchyłku Meckel'a;

3) zawężenie (volvalus) jelit, skręcenie pętli kiszkiowej, najczęściej S-Romanum; obserwuje się najczęściej u dorosłych lub starców, w stanach zaparcia przewlekłego. Bóle w jamie biodrowej lewej, wzdęcie, parcie na stolec, puchlina brzuszna (ascites);

4) zamknięcie światła kiszek (kamienie, ciała obce); obserwować można ten rodzaj okkluzji najczęściej u kobiet od 40 do 60 lat.

Stenoza chroniczna wskutek zarostów u osobników, którzy kiedyś chorowali na czerwonkę, zapalenie wyrostka robaczkowego, lub woreczka żółciowego, przepuklinę uwięzioną.

Stenoza może być też na skutek procesów nowotworowych lub gruczliczych.

Stenoza może powstać też wskutek ucisku (guz w sąsiedztwie: maciczny lub jajnikowy).

Okkluzja u starców, tabetyków, umysłowo chorych wiąże się z nagromadzeniem kału w kiszkiach.

Okkluzja chroniczna jest mniej ciężka, mniej kompletna.

Jak przy ostrej okkluzji strangulacyjnej, tak samo przy perforacji kiszki, ropnia wewnątrz brzusznej, wylania ropy z rozpadniętego ropnia do otrzewnej występują gwałtowne bóle rozlane w brzuchu z objawami nagłego wstrząsu przy długotrwałym procesie zapalnym, wzrostach otorbionych w jamie otrzewnowej bóle mogą występować nie odrazu. Jeżeli nastąpi takie pęknięcie kiszki, ropnia, torbieli etc. do wolnej jamy brzusznej, łączy się wówczas z gwałtownym bólem uczucie rozrywania się czegoś w jamie brzusznej, występują wymioty, wyciągnięcie brzucha.

Przy ostrem zapaleniu otrzewnej chory nie znosi nawet ucisku pościeli. Przy peritonitis acuta diffusa chory leży nieruchomo i oddycha tylko piersiami, by uniknąć przesunięcia przy oddechu organów znajdujących się w jamie brzusznej. Defekacja, kaszel i czkawka powodują silne bóle.

Pod wpływem perystaltyki kiszek wzmaga się stały ból i przyjmuje cechy kolki. Obotrzeń tych nie bywa, jeżeli istnieje paraliż kiszek. Punkt wyjścia bólu i miejsce największego jego natężenia nie zawsze odpowiada punktowi wyjścia zapalenia rozlanego otrzewnej. Tak, bardzo często najsilniejszy ból wyczuwa się pierwotnie w okolicy pępka (przy appendicitis i rupturach).

Przy ograniczonym zapaleniu otrzewnej bolesność przeważnie odpowiada umiejscowieniu



wieniu procesu, przy chronicznie przebiegającym gruźliczym, rakowym i postępującym ropnym zapaleniu otrzewnej bóle mogą zupełnie nie występować w ciągu długiego czasu, lecz stwierdzić je można zawsze przy ucisku.

W ostrym rozlanym zapaleniu otrzewnej cała ścianka przednia jamy brzusznej podlega kontrakturze. Brzuch nie jest wzdęty, brak objawów meteoryzmu; jest płaski, tworzy przy palpacji osłonę twardą uniemożliwiającą badanie jamy brzusznej. Ten brzuch „z drzewa” jest bolesny na całą przestrzeń; czasem maximum bolesności koncentruje się w jednym punkcie. Kiszki sparaliżowane są rozdęte przez gazy, co pociąga za sobą zaparcie stolca. Wymioty barwy żółtej, następnie zielonej wkrótce zaczynają męczyć chorego. Stan ogólny zmienia się gwałtownie, policzki zapadają się, oczy otaczają się obwódką (podbite) i wgłębiają się, nos zaostrza się, język schnie, temperatura dochodzi do 40°. Puls jest mały i szybki. Trzeciego i czwartego dnia napady bólowe i wymioty stają się mniej częste, następuje ewolucja choroby w kierunku wyleczenia. Nieraz jednak objawy wzmagają się, ogólna słabość powiększa się, oddech staje się ciężki i powierzchniowy, ciało pokrywa się potem lepkiem, występuje uporczywa czkawka i następuje śmierć z zachowaniem do końca przytomności zupełnej, mniej więcej w 6 dniu choroby. Poza tą postacią średniej intensywności istnieją formy toksyczne lub gangrenowe nagłe kończące się śmiercią. Przykładem takiej postaci jest zapalenie otrzewnej z perforacją (wrzód żołądka, zapalenie wyrostka robaczkowego). Początek procesu zaczyna się od bólu nagłego, szarpającego, jakby przebicia sztyłem, poczem wkrótce występują wymioty. Lecz obydwa te objawy uspakajają się często dość szybko i na plan pierwszy wysuwa się ciężki stan ogólny chorego z nadzwyczajną zmianą rysów twarzy, cerą ziemistą) zapaścią, nędznym pulsem, bezmoczem. Ewolucja tej postaci jest bardzo szybka, nie przekracza zwykle trzech, czterech dni; czasem po 24 godzinach następuje śmierć. Istnieją pozatem formy stosunkowo łagodne, jak np. peritonitis gonococcica u kobiet, gdzie dzięki zabiegowi operacyjnemu pomimo objawów alarmujących: bólów, wysokiej ciepłoty, niepokoju chorej, częstopulsu wymiotów, zatrzymywania wiatrów i kału, może nastąpić wyleczenie. Peritonitis pneumococcica obserwuje się nadewszystko u dzieci od 3 — 12 lat. Po gwałtownych objawach otrzewnowych następuje po 24—48 godzinach uspokojenie; w okolicy podpepkowej wytwarza się proces ropny, szukający sobie nieraz ujścia nazewnętrż, dający przetoki.

Peritonitis gravidarum w 3—4 miesiącu ciąży i zapalenie otrzewnej pochodzenia infekcyjnego z punktem wyjścia procesu z organów płciowych, zależne są przeważnie od zakażenia prątkami okrężnicy.

Zapalenia otrzewnej paciorkowcowe jako powikłanie poronienia lub porodu są cięższe i wymagają często wyluszczenia macicy.

Zapalenie otrzewnej umiejscowione lub częściowe wtórne następuje po zapaleniu otrzewnej ogólnem. Po objawach ogólnego zapalenia otrzewnej stan chorego poprawia się stopniowo, następuje tworzenie się w określonym odcinku jamy brzusznej guza twardego i bolesnego.

Zapalenia otrzewnej odrazu zlokalizowane są znacznie częstsze od poprzednich i przypominają zapalenie otrzewnej ogólne, lecz wszystkie objawy są łagodniejsze i stan ogólny znacznie mniej poważny.

Zapalenia otrzewnej chroniczne są prawie wszystkie gruźlicze. Mamy wówczas zgrubienie więcej lub mniej znaczne otrzewnej, zrosty, błony rzekome łączące kiszki, mogące nawet wywołać uwięźnienie. Jama brzuszna wypełnia się wysiękiem (ascites), którego obfitość jest w stosunku odwrotnym do tworzenia się błon rzekomych. Bóle brzuszne nieokreślone, zaburzenia trawienne i wspomniany wysięk stanowi cechy charakterystyczne.

W peritonitis tuberculosa acuta brzuch jest rozciągnięty, wzdęty, bardzo bolesny

wymioty powtarzające się, zielonowe, gorączka od 38 do 39°, częste zaburzenia nerwowe odrętwienie, majaczenia, konwulsje u dzieci.

Zapalenia otrzewnej gruźlicze mogą przejawiać się w trzech formach następujących po sobie: 1) peritonitis tuberculosa cumascites, zwykle forma początkowa, obserwowana nadewszystko w młodych osobnikach. Zaczyna się od bólów brzusznych i zaburzeń żołądkowych, z wychudnięciem postępującem i powiększeniem objętości brzucha uwarunkowanem powstawaniem płynu w jamie brzusznej. Sieć żylna podskórna tłoczy tworzenie się ascytu. Często następuje wyleczenie po kilku miesiącach, o ile nie zainstaluje się druga forma.

2) peritonitis fibrocaelosa, czasem forma pierwotna zapalenia otrzewnej u starszych, mamy tu gorączkę, zaburzenia dróg pokarmowych (wymioty, naprzemian biegunka i zaparcia). Brzuch w początku rozdęty opada i przedstawia przy palpacji t. zw. „gateaux peritoneaux”, masy twarde i ciastowate. W miarę rozwoju zaburzenia wzrastają, gorączka daje duże wahania i kacheksja doprowadza do śmierci; ewolucja może być skrócona generalizacją procesu gruźliczego lub komplikacją taką np. jak ropowica kalowa. Lecz często postać ropno-serowata zaleca się i doprowadza do formy włóknistej.

3) postać plastyczna zrostowa (plastica adhaesiva) wtórna wobec dwóch pierwszych. Tu następuje znikanie płynu otrzewnowego i wciągnięcie brzucha, którego ścianka nieregularna zlewa się z pętlami kiszki. Stan ogólny poprawia się, gorączka słabnie lub znika, lecz trwają w dalszym ciągu zaburzenia trawienia, zwłaszcza zaparcie.

Jeżeli proces jest daleko posunięty, można notować objawy okluzji ostrej lub chronicznej. Zwykle chory skarży się na dyspepsję i bolesne kurcze brzuszne. Brzuch jest wrażliwy przy palpacji. Wychudnięcie więcej lub mniej wyraźne oraz stan podgorączkowy są cechami zwykłemi; stan chorego może poprawić się i następuje wyleczenie, lecz nawroty są możliwe.

4) Formy umiejscowione dają objawy różnorodne zależnie do lokalizacji wysięku i zrostów zapalnych. Obrzmienie ciastowate, bóle symulujące appendicitis, cholecystitis sigmoiditis, salpingitis etc. Zupełne wyleczenia otrzewnej są częste w postaci wysiękowej (81%). Wyleczenie może być niekompletne z powodu następstw (zaburzenia organów pokarmowych, okluzja chroniczna) lub bywają nawrotne. Formy włóknisto-serowate rzadko przebiegają pomyślnie (śmiertelność 66%). Śmierć może nastąpić wskutek prosówki, meningitis luberculosa, przejście procesu na płuca.

Chory z objawami zapalenia otrzewnej skarży się na stale trwające prawie zawsze jednakowe bóle brzucha; przy ostrem zamknięciu kiszki bóle mają cechy bólów perjodycznych ze złagodzeniami i egzacerbacjami. Przy ostrej perforacji zwłaszcza w przestrzeni otrzewnowo zamkniętej po bardzo silnych bólach następują okresy bezbólowe.

Przy peritonitis acuta chory zachowuje się zupełnie spokojnie, leżąc z przyciągniętemi do brzucha nogami.

Jeżeli porównać bóle występujące przy zapaleniach otrzewnej z bólami przy ostrem zamknięciu kiszki, te ostatnie mają cechy bólów okresowych ze złagodzeniami i egzacerbacjami, gdy otrzewnowe stale przebiegają i są prawie zawsze jednakowe. Przy ostrej perforacji zwłaszcza w przestrzeni otrzewnowej zamkniętej po bardzo silnych bólach następują okresy bezbólowe.

Przy peritonitis acuta chorzy zachowują się zupełnie spokojnie, leżąc z przysuniętemi do brzucha nogami, unikają wszelkiej zmiany położenia, wszelkiego ruchu przepony brzusznej, głębokiego oddechu, kaszlu etc. Natomiast chory z objawami uwięźnięcia kiszki (strangulatio) nie reaguje zbytnio na zmianę położenia; kaszel, kichanie jak przy zapaleniu otrzewnej podnoszą ból, lecz o ile wzdęcie brzucha nie jest zbyt duże, możliwy jest głęboki oddech. Przy peritonitis acuta nawet przez cały czas choroby może nie być gorączki; gwałtowne uporczywe wymioty przemawiają za peritonitis, gdy przy ileus wymio-

towanie może występować z dłuższymi przerwami. Przetrzymanie i utrudnione bolesne oddawanie moczu, parcie na mocz raczej przemawiają za peritonitis acuta niż za zamknięciem kiszek. Rozpoznanie peritonitis acuta opiera się pozatem na stwierdzeniu w jamie brzusznej wysięku. Ten ostatni może jako wypocina włóknikowa być rozpoznany nad wątrobą lub śledzioną jako szmer tarcia, jako wysięk; mamy wówczas stopienie z obydwu stron. To stopienie obustronne jako skutek wylewu płynu do wolnej jamy brzusznej bywa przy martwicy trzustki, też w pewnych wypadkach ostrej okluzji strangulacyjnej; zwłaszcza często występuje płyn krwawy przy ostrej inkarceracji wewnętrznej i zwłaszcza przy skręcie osiowym naskutek żylnego zastoj w krezce.

Przy peritonitis perforativa purulenta wydziela się przez usta swoisty zapach aromatyczno-słodkawy, czego niema przy okluzji kiszek. Brak w moczu indykanu na 2—3 dzień przemawia za zamknięciem kiszki grubej. Leukocytoza wielojądrowa od początku procesu lub też leukopenja wielojądrowa przemawiają za procesem otrzewnowym.

Powietrze w jamie brzusznej nie koniecznie cechuje peritonitis perforativa, gdyż bywają przypadki, wprawdzie nieliczne, peritonitis puruleta, w których wytwarza się gaz na skutek działania bakterji wytwarzających gaz.

Czasem gwałtowna występująca zapaść może nie być zależną od peritonitis perforativa. W przebiegu duru brzuszego może otworzyć się ropień w śledzionie, w gruczołach krezkowych i powodować wylanie się ropy do otrzewnej. Ropień wylewający się ze śledziony daje bóle promieniujące do lewego ramienia, gorączkę septyczną wybitną leukocytozę, wyraźne tarcie okołosledzionowe, gwałtowne powiększenie śledziony, wyraźną bolesność śledziony przy palpacji.

O przedziurawieniu kiszek na tle wrzodu gruźliczego wspomniałem wyżej.

W wielu wypadkach zatoru tętnicy krezkowej górnej (embolia arteriae mesentericae superioris) istnieją zlokalizowane bóle brzucha odpowiadające umiejscowieniu w kiszce nawału zatorowego (infarctus); wraz z zawałem występuje martwica i zapalenie otrzewnej. Przy zatorze charakterystyczne są bóle podobne do kolek oraz stolce krwawe.

Przy zakrzepie (thrombosis) żyły krezkowej objawy przypominają proces zatorowy, nagle skrwawienie kiszkowe nieraz z wymiotami krwawymi, z bólami podobnymi do kolek, zapaścią, wymiotami, silnym wzdęciem i bolesnością brzucha, zamknięciem stolca lub biegunką. Zaburzenia w krążeniu krwi naprowadzają na właściwe rozpoznanie.

Podobny obraz daje zakrzep żyły wrotnej. Wzdęcie brzucha, gwałtowne intensywne bóle na całej przestrzeni brzucha krew utajona w kale lub nawet wyraźnie krwawa biegunka, czasem żółtaczka, wrażliwość na ucisk w ściśle ograniczonym miejscu brzucha, w okolicy wnęki wątroby caput medusae, krwawienie z przelyku, odbytnicy, nosa, żołądka, kiszek i nerek, czasem bywa ascites, gorączka. Punktem wyjścia może być ucisk na żyłę wrotną lub bliżny przymiotowe (pylephlebitis chronica luetica).

Przy skręceniu szypuły organów jamy brzusznej nerka ruchoma, śledzioną wędrująca, torbiel lub guz jąder, jajowodów, sieci, pęcherzyka żółciowego, mięśniaków macicy występować mogą objawy podobne do objawów przy ostrym zamknięciu kiszek, uwięźnięciu kiszek. Mamy tu nagły ból z zapaścią, wymioty, lęk, wzdęcie brzucha, brak stolców i wiatrów, dreszcze, gorączkę oraz wyczuwamy guz w jamie brzusznej. Przy ileus dreszcze są objawem rzadkim.

Przy skręcaniu moczowodów występują napady moczenia skąpego (oligurji) z nadmiernym stężeniem moczu, nawet notowany bywa bezmocz odrochowy, czasem białkomocz, po napadzie zaś — wielomocz. Przy ciąży pozamacicznej często występują bóle gwałtowne w brzuchu w razie pęknięcia torbieli otaczającej płód; często bóle w dole brzucha występują od samego początku ciąży pozamacicznej. Zatrzymanie miesiączkowania, obrzmienie gruczołów piersiowych, sekrecja mleka, przyspieszenie tętna bez gorączki, urobilina lub urubilinogen w moczu (przy zapaleniu otrzewnej — indykan), zabu-

rzenia uciskowe, trudności chodzenia, naprzemienne biegunki i zaparcia, krwotoki nie wyczerpują obrazu klinicznego ciąży pozamacicznej i nie są do tego stopnia charakterystyczne, by można było na nich opierać rozpoznanie.

Dla odróżnienia od ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego zanotować należy mniejsze napięcie mięśniowe, brak pulsu cechującego zapaść (kollapsuls autorów niemieckich), brak wzdęcia brzucha, niema wzmoczonego bólu uciskowego, brak dyzurji etc. Obserwowałem przed 20 laty z Dr. Lewensternem przypadek ciąży jajowodowej u . . uczenicy gimnazjum, gdzie wysoka gorączka, wybitny ból w okolicy coecum i objawy zapaści nasuwały przypuszczenie perforacji wyrostka. Przytaczam ten fakt głównie ze względu na pacjentkę uczenicę gimnazjum, u której zbieranie wywiadów nastęczało pewne trudności; ciąży w danym wypadku nie podejrzewaliśmy.

Rozpoznanie kamicy nerkowej jest czasem trudne, zwłaszcza gdy jedynym wyraźnym objawem jest bolesność w okolicy lędźwiowej (często wówczas stawia się rozpoznanie lumbago). Nie należy zaniedbywać badania moczu; czasem osad czerwony rozwieje zaraz wątpliwości. Rozpoznanie opiera się na objawach kolki nerkowej: bólu, krwimocz, wydalaniu z moczem kamyczków oraz na swoistych bólach ciągłych z nasileniami o cechach ataków, nadzwyczaj silnych bólach promieniujących do jąder, pęcherza, kiszek, warg sromowych większych, czasem nawet do całej kończyny dolnej. Często chorzy mają nudności i wymioty, a nawet czasem zdarzają się u kobiet i dzieci, nadmiernie rzadko u mężczyzn, konwulsje. Kamienie mocznicowe mogą wymykać się z pod badania roentgenologicznego. Nieraz bóle występują w epigastrium lub w dolnej części brzucha. Succusio renalis w okolicy dwunastego żebra i kręgosłupa (objaw Goldflama), nadwrażliwość skóry w okolicy lędźwi, wrażliwość uciskowa moczowodów od pępka, bóle przy uciskaniu ewent. wyciąganiu jąder strony chorej, parcie na mocz, napięcie mięśni brzusznych i lędźwiowych po stronie chorej, białkomocz, krwinki czerwone całe lub wylugowane podczas i po napadzie (przy stenozie kiszek można czasem obserwować białkomocz i wałeczki, lecz nigdy krwinki), oto główne cechy kamicy nerkowej.

Bóle z powodu zawału nerek lub zawału śledziony mają charakter rozlanych gwałtownych przypominających ileus. Często umiejscawiają się w określonej części brzucha, trwają kilka dni bez promieniowania, często połączone z dreszczami i gorączką. Tłem ich jest zwykle zapalenie wsierdza; w razie braku źródła dla wyjaśnienia pochodzenia zawału należy przypuszczać, że zawał jest skrzepliny. Naegeli opisuje dwa przypadki białaczki szpikowej, w których zawał śledziony był wzięty za zapalenie otrzewnej.

Ropnie nerkowe występują z silnymi bólami w pasie lędźwiowym, rozszerzającymi się ku dołowi, wzmagającymi się przy ucisku na okolice nerek; dreszcze, gorączka, krwimocz lub bezmocz, powiększenie są też cechami charakterystycznymi ropni nerkowych. Ropnie przynerkowe niezależnie od ich pochodzenia też wywołują silne bóle.

Przy wgłębieniu nerki ruchomej bywają silne bóle, nudności, wymioty, dreszcze.

Bóle przy zapaleniach nerek nie są częste. Odróżnienie przy istniejących bólach od kamicy nerkowej nawet dla wyrobionego klinicysty nastęcza duże trudności.

Rozpoznanie powinno opierać się przedewszystkiem na badaniu moczu (białkomocz, wałeczki, leukocytoza, badanie czynności nerek etc). Badanie roentgenologiczne dodatnie rozstrzyga sprawę.

Nowotwory złośliwe nerek powodują często napady bólowe.

Chorzy z nowotworem nerkowym są to lubo dzieci, u których mięsaki nerek zdarzają się stosunkowo często, lub osobnicy w wieku od lat 50 do 60 wychudnięci, astenicy, z bladą cerą barwy słomiano-żółtej. Bóle u tej kategorii chorych są często lek.

kie, lecz najczęściej gwałtowne z promieniowaniem do jąder, do uda, do miednicy, do kręgosłupa, do klatki piersiowej.

Dla ustalenia rozpoznania ścisłego należy pamiętać, że bóle rakowe mają ciągłość, której brak w kamicy nerkowej, towarzyszą im często obfite krwimoczne dające zwykle skrzepy długie czasem do 10—15 centymetrów. Krwimoczne te bywają samorodne i bezbolesne z wyjątkiem skrzepów znacznych, co je odróżnia od krwimoczów kamicowych. Zwykle palpacja okolicy bolesnej i palpacja brzuszna pozwalają wyczuć guz dużej wielkości wypukłony nieregularny, prawie zawsze niebolesny i bardzo niepodatny do uruchomienia. Wreszcie ostatni objaw bardzo ważny, często stwierdza się jednostronne varicocele prawie zawsze bezbolesne i rozciągające się na wszystkie żyły powrózka nasienego. Cystoskopia odgrywa też pomocniczą rolę przy stawianiu rozpoznania.

Postacie bolesne gruźlicy nerek są trudne do rozpoznania, o ile bólowi nie towarzyszą inne objawy; wówczas choroba może być brana za zwykłe lumbago lub kamicę nerkową. Lecz podobne przypadki są niezmiernie rzadkie. W gruźlicy nerkowej bólowi towarzyszą najczęściej krwimocz i objawy pęcherzowe: poliuria stała, niepokojąca chorego, zwłaszcza w nocy, pollakiuria i w późniejszym okresie piurja. Pozatem cechują gruźlicę nerek ogólna niedomoga i stany podgorączkowe lub gorączkowe. Dodatnie wyniki badania laboratoryjnego rozstrzygają rozpoznanie.

Paroksyzmy bólowe nerki ruchomej rozpoznają się dość łatwo. Bóle z punktem wyjścia lędźwiowym promieniują do fałdy pachwinowej, jak przy kolce nerkowej, często towarzyszy im niepokój, wrażliwość gastryczna, dyspepsja, wymioty, dyzurja, lecz wogóle nie są one zbyt gwałtowne i przy palpacji można wyczuć więcej lub mniej znaczny guz, dający się zmniejszyć, obmacując go z dołu ku górze. Jednoczesne stwierdzenie płoty innych organów ułatwia rozpoznanie.

Torbiele nerkowe w ciągu szeregu lat nie dają żadnych wyraźnych objawów, gdy jednak zaczynają się objawy bólów, wówczas już torbiele nerkowe są dzięki swym rozmiarom łatwiej dostępne badaniu; guza nerkowego nie udaje się, jak przy nerce uruchomić, niema varicocele jak przy raku nerki, krwimoczne są bardzo rzadkie; wreszcie w przypadku bąblowca stwierdza się często istnienie drugiej torbieli bąblowcowej w innej części ciała, obecność tworów haczykowatych w moczu, wyrażonej eozynofilii (4% zamiast 1%) i odchylenie dopełniacza.

Napady bólowe w nerkach przy wjadzie rdzenia i hysterji (crises renales) są stosunkowo łatwe do rozpoznania w razie stwierdzenia objawów wjadu lub hysterji. Należy szukać uważnie objawów tych dwóch schorzeń.

Normalnie nerki odpowiadają jedenastemu i dwunastemu kręgowi grzbietowym i pierwszym dwóm lędźwiowym. Należy chorego ściśle wypytać, a nawet żądać od niego wskazanie palcem punktu bólowego, zapytać się, czy ból jest jedno czy dwustronny, sprzecyzować promieniowanie tego bólu.

Jeżeli ból jest jednostronny z promieniowaniem po tej samej stronie: a) z prawej strony: kamica nerkowa (ból umiejscowiony na poziomie wyższym; punkt pęcherzykowy); kolka wątrobia (punkt nadpępkowy i łopatkowy); kamica żółciowa ze stanem zapalnym pęcherzyka żółciowego (bolesność dolnego brzegu wątroby); zapalenie wyrostka robaczkowego (punkt Mac Burney'a etc); b) z lewej strony: procesy śledzionowe, nowotwory zgięcia śledzionowego okrężnicy, ropień podprzeponowy lewy (abscessus subphrenicus). Bóle z obydwu stron: salpingitis (rozpoznanie często trudne), neuralgia lumboabdominalis (brak gorączki, brak zaburzeń zwieraczy, punkty lędźwiowe, biodrowe, pachwinowe, mosznowy lub dużych warg sromowych; zaburzenia rdzeniowe (zaburzenia ruchu i zwieraczy); psoriasis i ropowica (phlegmone); okołonerkowa (postawa swoista chorego, gorączka z dużymi wahaniami, dreszcze, prostracja, poty, w późniejszym okresie guzowatość lędźwiowa lub biodrowa).

Jeżeli ból jest dwustronny z promieniowaniem z obydwu stron: promieniowanie bólów żołądkowych, lędźwiowych lub otrzewnowych; zapalenia opon rdzeniowych chrońniczne i ostre (współistnienie stanów infekcyjnych z współobjawem oponowym, badanie płynu mózgo-rdzeniowego), lumbago.

Jeżeli da się ustalić, że nerka jest przyczyną bólu, należy wyjaśnić z jakim procesem mamy do czynienia. Palpacja lekka i uważna podżebrzy wskaże, czy ból związany jest z istnieniem guza. Poza tem koniecznym jest zbadanie moczu na obecność lub brak białka, krwi, ropy. Jeżeli mamy ból bez guza i moczu nie zawiera białka, krwi i ropy możemy stawiać przypuszczenie „crises renaies tabetiques“, histerji lub neuralgji. Jeżeli moczu nie zawiera ropy, lecz wyłącznie krew, należy myśleć o przekrwieniu zwykłym nerkowym, kamicy aseptycznej, zapaleniu nerek, początkowych objawach guza rakowatego, rzadziej obrodawczakach (papilloma) i o naczyniakach miedniczki nerkowej. Jeżeli moczu zawiera ropę z krwią lub bez niej, wówczas nasuwa się możliwość kamicy zainfekowanej i nadewszystko gruźlicy.

Jeżeli chory skarży się na bóle głowy i wyczuwamy u niego guz, natomiast moczu nie zawiera białka, ropy i krwi, należy myśleć o nefropozie, o wodonerczu jałowym, o nerce wielotorbielowej, o białowcu nerki. Jeżeli przy guzie wyczuwanym moczu nie zawiera ropy, lecz krew, myślimy o nowotworze złośliwym; jeżeli z moczu przy guzowatej nerce znajduje się ropa z krwią lub bez krwi, mamy możliwość wodonercza zainfekowanego.

Współobjawy bólowe obserwujemy w różnorodnych typach zapaleń trzustki.

Ostre, podostre zapalenia trzustki, martwica trzustki, krwotoki trzustkowe połączone są z bólami w jamie brzusznej (sąsiedztwo zwojów współczulnych: plexus coeliacus ganglion semilunare etc.)

Rozróżnianie pomiędzy ostrem ropnem zapaleniem trzustki, i jej martwicą względnie krwotokiem za życia jest niemożliwe. Wszystkie procesy te mogą przebiegać jak ostry ileus strangulacyjny lub zapalenie otrzewnej perforacyjne; mamy tu podrażnienie plexus solaris lub rezorbcję fermentu trzustki przez tętnice kiszkowe oraz głównie działanie tego fermentu na ścianki kiszek i porażenie tych ostatnich. Mamy tu błyskawicznie wzrastające intensywne bóle, często rozlane w całym brzuchu, później zaś szczególnie uwydalnione w epigastrium, połączone z wymiotami, w rzadkich wypadkach przechodzącymi w kałowe, zapaść wybitna, silne wzdęcie brzucha zwłaszcza w ostrych procesach trzustkowych. Bóle z epigastrium promieniują w tył, czasem też w tył i do lewego ramienia, lecz najwięcej charakterystycznym jest rozszerzanie się bólu ku dołowi nawet do kończyn dolnych i organów płciowych. W kale można czasem rozpoznać kawałki tkanki trzustkowej; duże ilości kału każą nam wykluczyć zamknięcie kiszek. Przy wysokiem zamknięciu kiszek wymioty wprawdzie wcześniej występują jednak w większych niż przy procesach trzustkowych odstępach czasu i mają cechy kałowe, gdy wymioty trzustkowe bywają przeważnie żółciowe; wymioty uporczywe i coraz częstsze cechują raczej ostre procesy otrzewnowe niż trzustkowe. Czasem przy pancreatitis acuta brzuch jest wrażliwy na ucisk tylko w epigastrium, mięśniówka brzucha jest wiotka, co przemawia przeciw peritonitis acuta tembardziej perforatiwa z napiętą mięśniówką brzucha wciągniętym i wrażliwym na ucisk na całej powierzchni brzucha. W innych przypadkach martwicy trzustki występuje jednostronne przeważnie lewostronne napięcie lędźwiowej, czasem ścianka brzucha staje się twardą jak deska, czasem znów konfiguracja pozostaje normalną, tylko nadpępcze jest jakby uniesione.

Najczęściej występuje postać ostra krwotoczna zapalenia trzustki, przy pełnem zdrowiu ból nadzwyczaj intensywny jakby przebiecie sztyletu w kierunku dołka sercowego następnie wymioty, początkowo pokarmowe, następnie żółciowe, lecz nigdy kałowe. Brzuch staje się wzdęty i następuje zupełny paraliż kiszek cienkich (gaz i kał nie od-

chodzą). Osłabienie nadzwyczajne i gwałtowne, sinica twarzy, czasem czkawka, puls szybki i mały, ciepłota normalna, czasem podniesiona.

Rozwój choroby nadzwyczaj gwałtowny, skąd konieczność laparotomji jako jedynej możliwości ratunku. Chirurg, dla którego to zapalenie trzustki jest najczęściej niespodzianką operacyjną wskutek cech niezbyt charakterystycznych, orientuje się w sytuacji po otwarciu jamy brzusznej dzięki istnieniu na powierzchni otrzewnej plamek zaokrąglonych barwy białomatowej odbijającej się od żółtawej powierzchni błony surowiczej; plamki te powstają dzięki procesowi trawiennemu tłuszczu (steatone — crisis Hallioni).

Forma podostra daje początek i rozwój choroby mniej zaznaczony z tworzeniem się guza głębokiego i poprzecznego na poziomie dolka sercowego, bolesnego przy palpacji z jednoczesnym raptownym chudnięciem chorego. Ta postać może wyleczyć się samoistnie.

Przyczyną zapalenia trzustki ropnego może być zakażenie ogólne lub sąsiadujące z trzustką ropnie wątroby, wrzód żołądka i dwunastnicy, ropowica okołonerkowa. Objawy są analogiczne z objawami pancreatitis hemorrhagica acuta, lecz ból jest mniej gwałtowny, gorączka stale występuje. W postaci podostrej wyczuć można też powyżej pępka guz bolący przy ucisku

Zapalenia trzustki chroniczne występują przy rozszerzeniu procesu organów sąsiednich (stan zapalny przewodu żółciowego wspólnego (ductus choledochus) zwłaszcza po kamicy żółciowej, przy przewodzie żołądka i dwunastnicy, przy chorobach infekcyjnych (dur brzuszny) lub intoksykacjach, alkoholiźmie, cukrzycy. Objawy w początku zależne są od choroby głównej, której zapalenie trzustki jest powikłaniem, następnie występują zaburzenia związane z uciskiem organów sąsiednich: przewod żółciowy wspólny (żółtaczką), plexus canalis cardiaci (ból bardzo silny).

W pewnych przypadkach występują napady bólowe związane z kamicą trzustkową i uwarunkowane wędrowaniem kamienia. W innych przypadkach pancreatitis chronica jest połączona z kamicą żółciową i objawy bólowe tłumaczy się wdrążeniem kamienia żółciowego do przewodu żółciowego wspólnego (ductus choledochus) na poziomie główki trzustki.

Zaburzenia czynnościowe trzustki cechuje zjawienie się w kale tej części składników pokarmowych, których trawienie się odbywa dzięki sekrecji trzustki: w kale zjawia się tłuszcz w formie kropelek tłuszczowych lub kulek łojowych (steatorrhea, hyposteatolysis) kawałki mięsa prawie niezmienione. Lecz ta niedomoga czynnościowa najlepiej jest widoczna pod mikroskopem. Niedomogę trzustki często też cechuje obfita biegunka, przyspieszenie ewakuacji resztek pokarmowych w ilości większej niż normalnie i gnicie silniej wyrażone. Jeżeli sekrecja wewnętrzna trzustki ulegnie zaburzeniu, występuje cukromocz.

Bóle w nadpępczu cechują też nowotwory złośliwe trzustki, rak trzustki bywa najczęściej u osobników stosunkowo młodych od 35 roku życia. Poza bólami przy raku występuje utrata apetytu, biegunka, wymioty; ataki bólów bardzo silnych bywają zwłaszcza przy raku trzonu trzustki, poza tem występuje wychudnięcie, utrata sił, następnie żółtaczką, skóra początkowo barwy żółtawej, następnie żółto-zielonej, coraz silniejsza brunatna aż do zabarwienia czarnawego zwłaszcza przy raku główki; nawet minimalny guz brodawki dwunastnicy (ampulla Vateri) lub główki trzustki lub kamień trzustkowy mogą wywołać ucisk przewodu (ductus choledochus) i retencję żółci. Czasem znów zamiast biegunki bywają zaparcia z odbarwieniem większym lub mniejszym stolców tłuszczowych, z okresami biegunki intensywnej, następnie występują objawy ucisku organów sąsiednich, (puchlina brzuszna przy ucisku żyły wrotnej, obrzęk kończyn dolnych). Śmierć po 6 miesiącach do 2 lat.

Rozpoznanie różniczkowe pomiędzy ostrym zamknięciem kiszek i martwicą trzustki opiera się też na stanie ogólnym. Przy martwicy trzustki w wielu przypadkach już

w 3 — 4 dniu choroby występują zaburzenia sensorium, niepokój, delirium, coma, gdy natomiast przy zamknięciu kiszek sensorium do ostatniej chwili bywa zachowane; delirium, coma występują tylko w procesach septycznych. Jeżeli pomimo opróżnienia stolca lub odejścia gazów ciężki stan choroby trwa nadal, nasuwa się przypuszczenie *necrosis pancreatis*, zwłaszcza, jeżeli zatem występuje gwałtowne wychudnięcie; też przy *peritonitis acuta* po większej części sensorium bywa zaatakowane; tylko przy septycznych procesach otrzewnowych występują wczesne objawy zaburzeń mózgowych. Rozpoznanie procesu ostrego trzustkowego potwierdza nieraz występujący cukromoc i brak indykanurji.

Kompleks objawów zbliżony do zespołu objawów przy zamknięciu jelit strangulacyjnym daje kulka ołowicza. Obserwujemy tu też gwałtowne rozlane bóle z objawami zapaści, zaparcie stolca, uporczywe wymioty. Brzuch bywa wciągnięty, twardy jak deska, niebolesny przy ucisku, puls podczas ataku bólowego zwolniony. Co do anamnezy należy pamiętać, że na kolkę ołowiczą chorują nietylko malarze, lecz i robotnicy, którzy farbują kapelusze białe filcowe damskie, białe parasolki damskie, białe rękawiczki; możliwe jest też chroniczne zatrucie ołowiem (używanie do bielenia naczyń do gotowania, farby do twarzy, pudru, zawierającego ołów, picie wina z naczyń ołowianych etc). Z objawów zatrucia na pierwszy plan występuje poza atakami kolki ołowiczej podniesienie znaczne ciśnienia, akcentuacja drugiego tonu aorty. Rozpoznanie utrwali znalezienie na preparatach mikroskopowych krwi kropkowanych krwinek czerwonych. Artralgie, typowe porażenia ołowicze, zmiany w stawach i naczyniach krwionośnych (wczesna miażdżycza tętnic), objawy mózgowy (*encephalopatia saturnina*), nerkowe (*nephrosclerosis*) lub dna ołowicza uzupełniają obraz zatruc ołowiczego.

Angor abdominis jest jednym z objawów głównych, mogących zwrócić uwagę na tętnicę główną brzuszną. *Aortitis abdominalis* często ulega przeoczeniu lekarza i sądząc z danych autopsji, nie jest procesem zbyt rzadkim. Zaburzenia despeptyczne często mogą powodować mylne rozpoznanie. Najczęstszymi objawami są napady bólowe (*enreralgia*) z zaparciem stolca lub przeciwnie, z biegunką. Napady bólowe typu bólów trzewiowych (*coelialgia*) zależne są od podrażnienia *plexus solaris*. Paroksyzmy bólowe przypominają napady tabetyczne, wobec zatem pochodzenia przymiotowego wielu procesów zapalnych aortalnych interpretacja tych napadów nieraz jest trudna. Stwierdzenie guza w okolicy nadpępcza lub pępka ma duże znaczenie rozpoznawcze, o ile wyczuwa się tętnienie. Jednak guz trzustki może symulować tętnicę aorty; badanie palpacyjne nie może dawać nam pewności absolutnej; uciekamy się w tych wypadkach do pomocy roentgenologii po uprzednim wpuszczaniu powietrza do jamy brzusznej lub obmacywujemy brzuch po uprzednim wprowadzeniu powietrza do okrężnicy. Podniesienie maksymalnego parcia krwi w tętnicach kończyn dolnych i wyprzedzanie pulsu tętnicy udowej przed pulsem tętnicy promieniowej, objaw wskazujący na mniejszą elastyczność ścianek aorty brzusznej mogą dać wyjaśnienia pomocnicze. Uwałtowne silne bóle w brzuchu połączone z zapaścią, czasem deskowatym stwardnieniem mięśni brzusznych jak przy *pertyonitis acuta* z szybkim zejściem śmiertelnym przemawia za pęknięciem ścianki tętnicy głównej brzusznej lub jej gałązki (np. *art. lienalis*, *art. mesenterica superior*, *art. iliaca communis*). Nagle wystąpienie niedokrwistości oraz płynu w jamie brzusznej kieruje rozpoznanie na właściwe tory.



## V a r i a

### Przepis dietyczny.

**Rano.** Kawa z mlekiem, herbata z mlekiem, słodzona miodem lub cukrem, sucharki lub chleb pszenny czerstwy z masłem świeżym, 1—2 jaja na miękko, średnio, twardo, polędwica wędzona surowa bez tłuszczu, kleik.

**Obiad.** Rosół z żółtkiem, z grzankami, kluseczkami lanemi, drobnym makaronem, tapioką, kaszką krakowską, manną, kleik owsiany, jęczmienny, zupy nietłuste z jarzyn przetartych, buljon z jarzynami przetartymi, zupa rybna, kartoflana, barszcz czysty, pomidorowa, zupy mleczne.

Mięso kruche, dobrze ugotowane, smażone, pieczone w piecu lub na rożnie, bez sosów. Ryby: szczupak, okoń, pstrągi gotowane lub smażone, kawior.

Kurczęta, indyczki, perliczki, gołębie, cielęcina, mózdzek cielęcy, sztuka mięsa, polędwica wołowa, rozbeł mięki, befsztyk, kotlet cielęcy, bity, siekany. 2—3 łyżki stołowe kompotu z przetartych jabłek, gruszek, śliwek.

1—2—3 łyżki stołowe przetartych kartofli, marchwi, buraków, szpinaku, kaszy, ryżu, drobnego makaronu, lanych kluseczek, kalafjory brukselka, kalarepka.

Kisiel ruski z żórawin, wiśni, czekolady, migdałów, galaretki, omlet, mleczko z kawy, czekolady, migdałów. Kieliszek wina czerwonego, białego, koniaku, szklanka piwa, porteru, wody gazowanej.

Owoce w marmeladzie lub w kompocie tarte lub przesiane.

**Podwieczorek.** Herbata, kawa, mleko, mleko zsiadłe, kakao na mleku względnie z żółtkiem, jaja, sucharki, biszkopty, czerstwa bułka z masłem.

**Kolacja.** Herbata, kawa, mleko słodkie, mleko zsiadłe, kluseczki lane lub kaszka na mleku, jaja na miękko. Szynka nie tłusta, ozór wędzony, mięso cielęce na zimno, polędwica wędzona surowa. Bułka jedna lub dwie z masłem, sucharki, biszkopty. Napar z rumianku, herbaty. Wody mineralne naturalne i sztuczne. Kieliszek wina czerwonego.

Nie należy używać śmietany, sosów z wyjątkiem sosu odtłuszczonego, octu, pieprzu, przypraw korzennych i ostrych, margaryny, łożu i smalcu.

## Z DZIAŁALNOŚCI ZWIĄZKU.

W ubiegłym miesiącu Zarząd Główny uzyskał cały szereg audjencji u czynników miarodajnych w sprawie położenia felczerów.

### Kasa Chorych m. st. Warszawy.

Delegacja związku w osobach kol. kol. Wągrowskiego, Salamona i Galuby udała się do Dr. Grodeckiego, naczelnego lekarza warszawskiej Kasy Chorych celem przedstawienia postulatów felczerów z zakresu pomocniczego personelu lekarskiego. Punktem wyjścia zgłoszonych postulatów był memoriał wysłany w lecie r. b. przez Związek do Kasy Chorych m. st. Warszawy. W memoriale tym podkreślono: 1) zagrażającą wysoką liczbę niefelczerów, zatrudnionych w K. Ch. na stanowiskach felczerskich 2) fakt, iż dyplomowani felczerzy tułają się bez posad, 3) szkodę, którą z tej przyczyny ponoszą ubezpieczeni (niedostateczna opieka.) 4) konieczność zmiany dotychczasowego stanu rzeczy przez dokonanie rewizji dyplomów, oddalenie niefelczerów, powołanie na te stanowiska felczerów dyplomowanych.

Delegaci nasi na podstawie faktów illustrowali Nacz. Lekarzowi Dr. Grodeckiemu skutki niefachowej opieki pomocniczego personelu lekarskiego.

Dr. Grodecki przyznał słuszność wysuwanych przez nas argumentom i obiecał postulatory nasze uwzględnić.

W szczególności obiecał zbadać świadectwa felczerów zatrudnionych oraz na przyszłość przed przyjęciem kandydata informować się w Związku, czy dany kandydat jest prawdziwym felczerem.

**Departament V Zdrowia.** Delegacja Zarządu Głównego w osobach kol. kol. Wągrowskiego i Galuby odbyła również szereg konferencji w Departamencie V służby zdrowia M. S. Wew. Przedewszystkiem przedstawiła się nowemu dyrektorowi Służby Zdrowia **Dr. Piestrzyńskiemu**, którego opiece polecono całokształt spraw felczerskich. Następnie delegacja informowała się u **radcy p. Sikorskiego** co do nowej ustawy szpitalnej. Radca p. Sikorski poinformował delegację, iż nowa ustawa szpitalna będzie ustawą ramową i postulaty zawodu felczerskiego będą mogły znaleźć uwzględnienie w przepisach wykonawczych do ustawy szpitalnej, względnie w ustawie o państwowej Służbie Zdrowia. Wreszcie radca **p. Strowski** poinformował delegację, iż w najbliższych dniach mają wyjść na prowincję okólniki o niestawianiu trudności felczerom w wykonywaniu zawodu.

**Spis dyplomowych felczerów.** Zarząd Główny Centralnego Związku Felczerów Rz. P., załączając przy niniejszym numerze kartę rejestracyjną, uprzejmie prosi Sz. Kol. o wypełnienie jej i nadesłanie jaknaśpieszniejsze do Warszawy, Złota 30 pod adresem Związku.

### Oddział kowelski.

Zarząd Oddziału C.Z.F. w Kowlu, niniejszem zawiadamia, że zgodnie z powziętą uchwałą posiedzenia Zarządu odbytego w dniu 19 czerwca 1927 r. postanowił skreślić z listy członków rzeczywistych tut. Oddziału pp. Olgę Pawłowską, Marię Gołowanową, i Apolinarę Prystupę, za niewpłacenie składek członkowskich za rok 1926 i 1927.

**O F I A R Y:****Na pomnik Berka Joselewicza.**Oddział **Siedlecki** 10 złotych.

Ofiarny jak zawsze Oddział **Lubelski** z kol. Jakimińskim na czele przysłał nam następujące ofiary:

Na samolot:

Kol. Rajner 5 zł., kol. Wroński 1 zł. 20 gr., kol. Czech 1 zł., kol. Jakimiński 2 zł., kol. Sergjalis 3 zł., kol. Chrzastowski 1 złoty.

Na powozian:

Kol. Jakimiński 3 zł., kolega Czaplicki 2 zł., kol. Niedzielski 1 zł., kol. Księżycki 1 zł., kol. Nergo 2 zł., kol. Kownacki 1 zł., kol. Sergjalis 10 zł., kol. Sokołowski 2 zł., kol. Kifner 2 zł., kol. Chrzastowski 2 zł.,

kol. Pomorski 1 zł., kol. Bergant 1 zł., kol. Kornelsztejn 1 złoty.

Na pomnik Berka Joselewicza:

Kol. Jakimiński 3 zł., kol. Drozdowski 2 zł. 50 gr., kol. Nergo 2 zł., kol. Księżycki 1 zł., kol. Niedzielski 1 zł., kol. Kownacki 1 zł., kol. Sergjalis 2 zł., kol. Sokołowski 1 zł., kol. Link 1 zł., kol. Chrzastowski 1 zł. 50 gr., kol. Kornblit 1 zł., kol. Czaplicki 1 zł., kol. Kornelsztejn 1 zł., kol. Pomorski 1 zł., kol. Kifner 2 zł.

Lista ta mówi sama za siebie. Składając niniejszem serdeczne podziękowanie Oddziałowi Lubelskiemu, jednocześnie apelujemy do wszystkich kolegów o łaskawe nadsyłanie swych choćby najmniejszych datków na cele ofiarności publicznej.

Oddział **Radomski** na pomnik Berka Joselewicza 20 zł.

**WANDA MARJA****GOLACHOWSKA****Małżonka Prezesa Oddziału Łódzkiego C. Z. F.**

po krótkiej lecz ciężkiej chorobie rozstała się z tym światem, przeżywszy lat 47.

**Cześć Jej pamięci!**

\* \* \*

Dotkniętemu głębokim ciosem prezesowi Oddziału Łódzkiego, kol. Golachowskiemu z powodu śmierci Jego Małżonki redakcja „Przeгляdu Felczerskiego”, przesyła serdeczne wyrazy współczucia.

\* \* \*

## WYDAWNICTWA NADEŚLANE.

Departament V Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych nadesłał nam recenzyjny egzemplarz propagandowej książki pana prof. d-ra J. Lenartowicza „Czem są i czem grożą choroby weneryczne” — z prośbą o wzmiankę. Zamiast jednak tej ostatniej pozwalał sobie powtórzyć napisane między innymi w umieszczonej tam przedmowie następujące słowa p. d-ra Czesława Wroczyńskiego: „...rzadko można spotkać w literaturze pracę popularną, pisaną z takim zapalem, z tak żywym poczuciem społecznym i z takim położeniem myśli”.

Ale... tu jest właśnie najtrudniejsze dla mnie zadanie! Nie mam wprost odwagi polemizować z p. d-rem Lenartowiczem, ja, felczer, o którym autor cum grano salis na str. 21-ej się wypowiedział, to też daleki od krytyki wypowiem się w formie moich własnych, skromnych a osobistych uwag — a więc:

Wyobrażam sobie, że nie jestem felczerem, że jestem człowiekiem absolutnie nic wspólnego z medycyną nie mającym. Omawiana broszura według zawartych w przedmowie słów p. d-ra Wroczyńskiego ma na celu uświadomienie jaknajszerszych warstw społecznych, należę więc jako jednostka do tych „jaknajszerszych” i, jako simplex servus Dei siedząc sobie, dajmy nato w poczekalni lekarza biorę do ręki leżącą na stole broszurę, przeglądam ją i stwierdzam, że..... jak na broszurę uświadamiającą 65 stron druku przeczytać dla mnie jest—cokolwiek za dużo. Zapewne, dla człowieka który poznać grozę chorób wenerycznych koniecznie **chce**—i te 65 stron mu nie wystarczą; inaczej rzecz się ma gdy trzeba starać się o to, aby przeciętny osobnik broszurę tę przeczytać **musiał**. To też, gdy zobaczy 65 stron z których każda nieomal posiada po 40 wierszy drobnego druku, boję się, że mu się czytać nie będzie chciało.

Dalej: rycina 3-cia, 4-ta, 5-ta i 6-ta nic mi nie powiedziała, zaś 1-sza, 2-ga i 7-ma powiedziała mi jeszcze mniej albowiem

z rycin tych (wciąż jako simplex servus Dei) absolutnie nic a nic nie rozumiem. I myślę, że przy czytaniu tej książki dowiedziałbym się dużo więcej, gdybym zamiast wyżej wskazanych rycin miał przed np. widok części rodnych zarażonych rzerzącą lub szankrem, zobaczył jak wygląda syfilis w postaci wysypki na ciele, chciałbym zobaczyć np. „ubytek tkanek, przechodzących następnie w blizny a polegający na tem, że usadawiają się one często w narządach dla prawidłowej czynności ustroju najważniejszych” (str. 45), jak wyglądają kilaki (gumiaki) gdzie, według słów autora „niema narządu w ustroju w którymby kilaki nie mogły się rozwinąć i spowodować mniej lub bardziej groźnych spustoszeń”, pragnąłbym zobaczyć rysunek dziecka kilą wrodzoną obarczonego, typ starczy o twarzy bladej wynędzniałej, pomarszczonej (str. 52) i wiele wiele innych. Ryciny takie może więcej pouczyłyby przeciętnego czytelnika, prędzej posłużyłyby mu jako groźne memento.

A może ja się myślę.....

Pozatem książka ta treściwie a zwięźle napisana, choroby w niej opisane poparte licznymi przykładami powikłań, wynikłych jako ich następstwa w zupełności zasługują na uważne przeczytanie. Przykro nam tylko niewymownie, że autor tej broszury, odzywając się na str. 21-szej z taką gryzącą ironją o felczerach, postawił nas w rzędzie znachorów i szarlatanów. Wspecjalizowani w tych chorobach od lat kilkunastu niektórzy koledzy mają już swą praktykę ustaloną, efekt więc tu chybiony, natomiast wywołuje się tylko zgola niepotrzebny rozdźwięk pomiędzy lekarzami i felczerami.

\* \* \*

Nakładem księgarni Gebethnera i Wolfa wyszło drugie wydanie d-ra med. Matyldy Biehler „Podstawy djagnostyki chorób dzieci”.

\* \* \*

Opuściła prasę wydana przez Dział produkcji Państwowego Zakładu Higjeny w Warszawie obszerna w swej treści książka: „Surowice i szczepionki”. Al. Kr.