

Janiuk, Jerzy

Terminologia i problematyka medyczna we wczesnych (1931-1939) utworach Michała Choromańskiego

Medycyna Nowożytna 12/1 - 2, 19-51

2005

Artykuł umieszczony jest w kolekcji cyfrowej Bazhum, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych tworzonej przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego.

Artykuł został zdigitalizowany i opracowany do udostępnienia w internecie ze środków specjalnych MNiSW dzięki Wydziałowi Historycznemu Uniwersytetu Warszawskiego.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.



Jerzy Janiuk

Terminologia i problematyka medyczna we wczesnych (1931–1939) utworach Michała Choromańskiego

Twórczość Michała Choromańskiego, będąca przedmiotem wielu analiz z powodu swej wieloznaczności i pokrewieństwa z różnymi nurtami literackimi, a także różnorodności form narracyjnych i stylistycznych posiada jeszcze jedną, dość szczególną cechę: utwory powstałe w okresie zmagania pisarza z własną chorobą i kalectwem, tj. do roku 1939, są w niezwykłym stopniu nasycone problematyką i terminologią medyczną. Choromański wykorzystał bowiem własne doświadczenia i obserwacje środowiska szpitalnego jako tworzywo, na bazie którego konstruował swe utwory. Z doskonałym zresztą skutkiem: w krótkim czasie zyskał rozgłos i wysoką pozycję na rynku wydawniczym. Wcześniejsze koleje losu pisarza nie zapowiadały takiego rozwoju wypadków. Choromański urodził się 22 czerwca 1904 r. w Elizawetgradzie na Ukrainie. Studiował pedagogikę i psychologię na uniwersytetach rosyjskich. Jednocześnie zarabiał na utrzymanie pracując w wielu zawodach, m.in. jako nauczyciel, kierownik literacki klubu robotniczego, a także jako sanitariusz i inwentent szpitala. Debiutował wówczas jako dziennikarz, pisząc w języku rosyjskim. Z powodu choroby płuc przebywał przez dłuższy

czas w radzieckich szpitalach. W 1923 r. zapadł na gruźlicę stawu skokowego. Podjął wówczas decyzję o zmianie miejsca pobytu i w r. 1924 przyjechał do Polski. Do roku 1925 przebywał w sanatoriach w Zakopanem, Rudce i Druskiennikach. Języka polskiego nie znał. Uczył się go przekładając na rosyjski poezję Wierzyńskiego, Kasprowicza, Słowackiego, Reja, Kochanowskiego i Witkiewicza. Jednak pierwszą powieść, nigdy zresztą w całości nie opublikowaną, napisał po rosyjsku. W języku polskim debiutował w roku 1931 powieścią *Biali bracia*. W roku 1932 ukazała się *Zazdrość i medycyna*. Powieść ta zapewniła mu sławę, a jej drugie wydanie w roku 1933 diametralnie zmieniło sytuację materialną pisarza. Do tego czasu bowiem zmagał się Choromański z uporczywą nędzą. Korzystał z pomocy finansowej ze strony matki, oraz wsparcia udzielanego przez Karola Szymanowskiego, z którym był spowinowacony poprzez męża siostry. Sukces wydawniczy pozwolił mu na kontynuowanie leczenia gruźlicy. W latach 1933–1934 przebywał w Szwajcarii, w wysokogórskim kurorcie Leysin. W roku 1938 został uznany za wyleczonego. Ponieważ do tego czasu poruszał się przy pomocy kul, Witkacy nadał mu przydomek Kulawiec. Choromański osiadł na stałe w Zakopanem. Zamieszkiwał początkowo na strychu przy ul. Nowotarskiej, potem, w latach 1927–1929 korzystał z gościnności Marii Kasprowiczowej w willi Harenda, a następnie przebywał w domu lekarza Teodora Biruli-Białynickiego. Dopiero po sukcesie *Zazdrości i medycyny* uzyskał samodzielność finansową i w roku 1934 zamieszkał wraz z matką pod Giewontem, w willi Chimera. W tymże roku opublikował powieść *Skandal w Wesolych Bagniskach*, oraz zbiór *Opowiadań dwuznacznych*, a w rok później pierwszy utwór dramatyczny: komedię *Człowiek czynu*. Pod koniec lat trzydziestych powstała jeszcze powieść *Szpital Czerwonego Krzyża*, będąca kompilacją drobnych utworów, drukowanych wcześniej w różnych czasopismach. Powieści tej Choromański nie zdołał wydać przed wybuchem wojny, ukazała się drukiem dopiero w roku 1959. W roku 1939 zawarł związek małżeński z Ruth Sorel, poznaną 3 lata wcześniej tancerką opery w Essen i berlińskiej Stadtische Opera. Wybuch wojny zakończył najwyżej oceniany przez krytykę okres w twórczości Choromańskiego. W roku 1940 wyjechał wraz z małżonką do Rzymu, a następnie przez Francję i Londyn przedostał się do Brazylii. Przez 4 lata przebywał w Kurytybie, a następnie przeniósł się do Montrealu. Głównym źródłem utrzymania stała się dla niego założona przez żonę szkoła baletowa. W roku 1950 napisał *Prolegomena do wszelkich nauk hermetycznych*, jedyny ważniejszy utwór okresu

emigracyjnego. W roku 1957 Choromańscy powrócili do Polski i zamieszkali w Warszawie. Pisarz wznowił intensywną pracę twórczą. Pisał słuchowiska radiowe, opowiadania i utwory sceniczne, a w roku 1962 rozpoczął publikację wspomnień pt. *Memuary*. W następnych latach wydał *Warianty* (1964), *Dygresje na temat kaloszy* (1966), *Schodami w górę, schodami w dół* (1967), *Makumbę, czyli drzewo gadające* (1968), *Kotły beethovenowskie* oraz *Różowe krowy i szare scandalie* (1970). Choromański zmarł nagle 24 maja 1972 roku podczas pobytu w sanatorium. Pochowany został na Cmentarzu Powązkowskim.

Jakkolwiek ostatni okres w twórczości pisarza oceniany jest przez krytyków niejednoznacznie, to jednak zajął Choromański należne mu miejsce w gronie tych, którzy ze swej twórczości uczynili poligon doświadczeń nad formą literacką^{1, 2}.

Przedmiotem niniejszych rozważań będą zagadnienia związane z problematyką medyczną pojawiającą się we wczesnych utworach, powstałych w latach 1931–1939. Wiedza Choromańskiego z zakresu różnych dziedzin medycyny była wynikiem własnych obserwacji i być może lektury czasopism czy podręczników medycznych podczas wielokrotnych hospitalizacji. Jednakże poprawne zastosowanie chociażby terminologii medycznej przez osobę nieprzygotowaną zawodowo nie jest łatwe. Warto więc przekonać się, na ile Choromański poradził sobie z tym problemem, do jakiego stopnia uwzględnił ówczesny stan wiedzy medycznej i obowiązujące przepisy prawne.

Zakłady lecznicze

Miejscem zdarzeń opisanych w *Zazdrości i medycynie* jest nieokreślone bliżej miasto i znajdujący się tam Szpital Wszystkich Świętych. Podobnie w *Szpitalu Czerwonego Krzyża*: akcja powieści rozgrywa się w nienazwanym mieście położonym na wschodnim Podkarpaciu. Jednakże z dodatkowych informacji zawartych w tekstach, jak również z wypowiedzi samego pisarza wynika, że pierwowzorem miasta, będącego miejscem akcji obu utworów jest Zakopane³. Choromański przebywał tam na leczeniu w dwóch placówkach: Sanatorium Bratniej Pomocy i Sanatorium Polskiego Czerwonego Krzyża. Pierwsze z nich powstało w 1901 r. z przeznaczeniem dla niezamożnej

¹ A. Konkowski, *Michał Choromański*, Warszawa 1980, s. 103–107 i 199–202.

² *Literatura polska. Przewodnik encyklopedyczny*, red. J. Krzyżanowski, Warszawa 1984, s. 142.

³ A. Siwiec, *Nazwy własne w prozie Michała Choromańskiego*, Lublin 1998, s. 29.

młodzieży szkolnej i akademickiej leczącej się z powodu gruźlicy i miało charakter filantropijny. Drugie, założone w r. 1912 i liczące 175 łóżek było jednym z ok. 1300 zakładów leczniczych i opiekuńczych prowadzonych w okresie międzywojennym przez PCK⁴. Opisując swój szpital Czerwonego Krzyża mógł Choromański wzorować się na tej właśnie placówce⁵. Jednak zakład z powieści to nie sanatorium, lecz szpital publiczny. Jest to dwupiętrowy budynek z odrębnym pomieszczeniem na prosektorium. Oddziały są tylko dwa: męski i kobiecy. Szpital liczy ok. 100 łóżek, podzielonych na 3 klasy. Otrzymujemy dość dokładny opis oddziału męskiego, który liczy ok. 40 łóżek. Większość z nich usytuowana jest na parterze i są to łóżka klasy trzeciej. Kilka łóżek utrzymywanych jest ze środków samorządu miejskiego, z przeznaczeniem dla pacjentów nie posiadających ubezpieczenia. Na pierwszym piętrze znajduje się kilka dwuosobowych sal klasy drugiej. Natomiast na piętrze najwyższym – jedna separotka klasy pierwszej, pokoje asystentów, kaplica szpitalna, pokój kapelana i pomieszczenia dla sióstr zakonnych, które pełnią obowiązki pielęgniarek, nie pobierając przy tym wynagrodzenia, co nie jest bez znaczenia dla finansów szpitala. Oprócz oddziałów szpital posiada także przychodnię dla chorych ambulatoryjnych. Dyrektorem placówki jest dr Ksawery Brieg, chirurg. Oprócz niego chorymi zajmują się czterej ordynatorzy, dojeżdżający z miasta: internista, ginekolog, wenerolog i rentgenolog. Dr Brieg posiada dwóch młodych asystentów, mieszkających w szpitalu i pełniących wraz z nim nieustający nadzór nad chorymi. Informacje dotyczące szpitala Wszystkich Świętych są bardziej skąpe. Jest on prawdopodobnie podzielony na oddziały – w tekście jest wzmianka o jednym z nich, gruźliczym. I tutaj obowiązki pielęgniarek pełnią siostry zakonne. Dyrektorem jest dr Tamten, również chirurg. Zamieszkuje na terenie szpitala, podobnie jak jego asystent. W szpitalu ordynują jeszcze co najmniej dwaj lekarze: internista i ginekolog. Z informacji dotyczących sposobu funkcjonowania szpitala i stopnia zamożności niektórych pacjentów można wnosić, że także i ta placówka jest szpitalem publicznym. Konfrontacja powyższych opisów z ówczesnym stanem prawnym dotyczącym zakładów opieki zdrowotnej wypada dla Choromańskiego korzystnie. Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej

⁴ Z. Woźniwski, *Historyczny zarys leczenia gruźlicy płuc w Polsce*, Warszawa 1967, s. 50–53 i 60.

⁵ W wydanych w r. 1976 *Memuarach* znajduje się wzmianka o kilkumiesięcznym pobycie pisarza w szpitalu Czerwonego Krzyża w Warszawie, przy ul. Smolnej. Było to w latach 20-tych, przed wyjazdem na stałe do Zakopanego.

o zakładach leczniczych z 22 marca 1928 r. i nowelizujące je rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych o zakładach leczniczych z 14 lutego 1931 r. określały organizację i sposób funkcjonowania szpitali, także publicznych oraz ich obowiązki wobec pacjentów. Szpitale publiczne miały obowiązek leczyć chorych „na choroby wszelkiego rodzaju, a co najmniej na choroby wewnętrzne, chirurgiczne, kobiece z akuszerją oraz zakaźne”, a także przyjmować „na leczenie i pielęgnowanie lub obserwację lekarską każdą osobę, zgłaszającą się doń lub skierowaną przez urzędy lub instytucje publiczne, bez względu na przynależność państwową lub gminną, wyznaczenie, stan majątkowy i zawód”⁶. Szpitale z powieści Chromańskiego czynią zadość tym wymogom, hospitalizując chorych z zakresu różnych specjalności medycznych, zarówno ze wskazań nagłych, jak i w trybie planowym. Co do chorych zakaźnie, to drugie ze wspomnianych rozporządzeń precyzuje, że szpital publiczny jest obowiązany do przyjmowania ich, o ile „umieszczenie chorego w szpitalu jest możliwe, i to bez narażania innych chorych na zakażenie”⁷. W myśl tego zapisu należy przyjąć, że chorzy na gruźlicę, leżący w szpitalu Czerwonego Krzyża na salach ogólnych nie prątkują, gdyż w przeciwnym przypadku winni być izolowani. Rozporządzenie z r. 1931 stanowiło także, że łóżka szpitalne można podzielić na klasy, przy zachowaniu jednak określonych proporcji. Liczba klas nie mogła przekraczać trzech, przy czym liczba łóżek klasy drugiej lub drugiej i pierwszej łącznie nie mogła przekraczać 1/4 liczby łóżek klasy trzeciej, a liczba łóżek klasy pierwszej nie mogła przekraczać połowy liczby łóżek klasy drugiej⁸. Te proporcje Choromański niewątpliwie zachowuje. Z rozporządzenia dowiadujemy się ponadto, że szpital był obowiązany ustalić i zawrzeć w statucie wysokość dziennej opłaty za leczenie, która była jedyną opłatą pobieraną w klasie trzeciej. Opłata dzienna w klasie drugiej i pierwszej mogła być powiększona o 10% na fundusz dodatkowy i inwestycyjny. Od pacjentów klasy pierwszej szpital miał prawo pobrać ponadto opłaty dodatkowe za wyszczególnione w statucie specjalne zabiegi lecznicze, jak np. duże zabiegi chirurgiczne, odma sztuczna, czy zabiegi

⁶ Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22 marca 1928 r. o zakładach leczniczych, Dz.U.28.38.382, art. 8. Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 14 lutego 1931 r. o zakładach leczniczych, Dz.U.31.29.195, art. 13.

⁷ Rozporządzenie z r.1931, art. 8.

⁸ Rozporządzenie z r.1928 ujmowało to zagadnienie w sposób bardziej ogólny: art. 10 stanowił, że „pod względem pomieszczenia i wyżywienia szpital publiczny może dzielić się na klasy; liczba łóżek klas wyższych nie może jednakże przekraczać ¼ części liczby łóżek klasy najniższej”.

fizykalne⁹. W Szpitalu Czerwonego Krzyża odnajdujemy śladowe informacje będące konsekwencją tych przepisów: chorzy klasy trzeciej otrzymują posiłki w naczyniach najtańszych, tj. emaliowanych, w klasie drugiej jest lepsze wyżywienie („śniadania z szynką”) i sale dwuosobowe, zaś przez separatkę klasy pierwszej przewija się tylko jeden pacjent – zamożny prawnik, traktowany przez dyrektora i personel ze szczególną atencją. Udzielanie pomocy chorym ambulatoryjnym również posiada podstawę prawną. Stosowny zapis zezwalał na tworzenie przy szpitalach publicznych przychodni i określał warunki, w jakich winno odbywać się udzielanie takich świadczeń¹⁰. Nieprzypadkowo też dyrektorami obu wspomnianych szpitali są lekarze. Art.20 przywołanych rozporządzeń w szpitalach publicznych innej możliwości nie przewidywał. Należy tutaj nadmienić, że kreśląc sylwetki obu dyrektorów nawiązuje Choromański do postaci autentycznych. Pierwowzorem dr Briega jest prawdopodobnie Ludwik Fischer, który po I wojnie światowej objął w Zakopanem stanowisko naczelnego lekarza sanatorium PCK. Z dr Tamtenem sprawa jest bardziej skomplikowana. Postać literacką wzoruje pisarz na osobie Gustawa Nowotnego, który od r.1912 pełnił obowiązki dyrektora zakopiańskiego Szpitala Klimatycznego. Natomiast nazwisko zapożycza od Stanisława Totwena, który od 1930 r. pracował w Zakopanem jako lekarz¹¹. Przywołany art.20 stanowił ponadto, że „w większych szpitalach publicznych na czele poszczególnych oddziałów szpitalnych stoją ordynatorzy”. Można wnosić, że zapis ten pozostawiał pewną dowolność organizacyjną w odniesieniu do szpitali mniejszych, takich jak np. szpital Czerwonego Krzyża. Stąd podział na część męską i kobiecą, a nie na wyspecjalizowane oddziały. Również fakt tak dzisiaj oczywisty, że obaj dyrektorzy będąc zarazem ordynatorami chirurgii posiadają asystentów, był przedmiotem stosownej regulacji. Art.20 zawierał zapis, że „do pomocy ordynatorom mogą być dodani asystenci”.

Świadczenia zdrowotne

Przywołane wyżej akty prawne w rozdziale dotyczącym szpitali publicznych posiadały zapis o odpłatności świadczeń szpitalnych.

⁹ Rozporządzenie z r.1931, art. 10, 29 i 30. Rozporządzenie z r.1928 w art.29 dopuszczało pobieranie w klasie pierwszej dodatkowych opłat za specjalne zabiegi lecznicze wyszczególnione w statucie, o ile „mogą być podjęte bez uszczerbku dla innych chorych”.

¹⁰ Rozporządzenie z r.1931, art. 63.

¹¹ A. Siwiec, *Nazwy własne w prozie Michała Choromańskiego*, Lublin 1998, s. 152-153.

Oznaczało to obowiązek refundacji poniesionych przez szpital kosztów leczenia. Kwestię tę regulowała ustawa z dn. 19 maja 1920 r. o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby, oraz ustawa z dn. 28 marca 1933 r. o ubezpieczeniu społecznym. Koszty leczenia ubezpieczonych pokrywała, w myśl wspomnianych aktów prawnych, Kasa Chorych (a od 1933 r. Ubezpieczalnia Społeczna), pod warunkiem, że szpital zawarł z nią stosowną umowę. Nie dotyczyło to tylko chorych przyjmowanych ze wskazań nagłych. Ze ściągalnością należności bywało jednak różnie. Mówi o tym Brieg: „Pół miliona są nam winne ubezpieczalnie, a około dwustu tysięcy chorzy prywatni. U nas ostatni dług, jaki ludzie oddają, to lekarzowi”. Choromański dotyka także i tego zagadnienia. W Szpitalu Czerwonego Krzyża odnajdujemy trzech chorych, znajdujących się w odmiennej sytuacji prawnej. Są to: rolnik Wachleda, rencista Dracz i student Reinhort. Wachleda płaci za leczenie z własnej kieszeni. Zgodnie ze wspomnianymi wyżej aktami prawnymi nie podlega obowiązkowemu ubezpieczeniu, gdyż jako rolnik nie pozostaje w stosunku pracy najemnej ani w stosunku służbowym. Ustawa przewidywała wprawdzie możliwość ubezpieczeń dobrowolnych, ale Wachleda najwyraźniej takiego ubezpieczenia nie posiada¹². Toteż nie może uwolnić się od myśli o czekających go wydatkach i chce jak najszybciej znaleźć się w domu pomimo tego, że jego stan się nie poprawia. Co innego Dracz: jest pacjentem kolejnych szpitali niemal nieprzerwanie od lat 11 i za wszelką cenę chce nim być dalej. Pomijając wskazania zdrowotne, Dracz przebywa w szpitalu, ponieważ zapewnia mu on możliwość egzystencji w przyzwoitych warunkach. Na temat jego przeszłości dowiadujemy się tylko tyle, że jest byłym kolejarzem, obecnie prawdopodobnie rencistą. Jeśli tak, to może korzystać ze świadczeń w myśl ustawy o zaopatrzeniu emerytalnym pracowników przedsiębiorstwa „Polskie Koleje Państwowe” z 8 lipca 1932 r. Gdyby jednak musiał opuścić szpital, to ustawodawca wyciąga do niego pomocną dłoń. Art.39 rozporządzenia o zakładach leczniczych z 1928 r. stanowił, że „osoby, niekwalifikujące się do dalszego leczenia w szpitalu, których nie można pozostawić samym sobie, oddaje szpital publiczny pod opiekę rodziny lub tej gminy, która jest obowiązana do roztoczenia nad tą osobą opieki”. Widząc rozterki Dracza można przypuszczać, że zapis ten był realizowany przez samorządy lokalne na miarę posiadanych środków, a więc nie zawsze zgodnie z intencją

¹² Ustawa z dnia 19 maja 1920 r. o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby, Dz.U.20.44.272, art. 3 i 8, Ustawa z dnia 28 marca 1933 r. o ubezpieczeniu społecznym, Dz.U.33.51.396, art. 2 i 12.

ustawodawcy. Student Reinhort, podobnie jak Wachleda, nie podlega obowiązkowi ubezpieczenia. Choroba stawia go w trudnym położeniu, pochodzi bowiem z biednej rodziny i nie posiada środków na leczenie. Nawet gdyby chciał, nie bardzo może się teraz ubezpieczyć: ustawa stanowiła, że jeśli badanie lekarskie wykaże zły stan zdrowia, ubezpieczalnia ma prawo odmówić przyjęcia do ubezpieczenia¹³. Szczęśliwym zbiegiem okoliczności trafia do gabinetu dr Briega, który uzyskuje dla niego zgodę na pobyt w szpitalu na koszt Kasy Chorych. Jednak po roku Reinhort przerywa kurację i opuszcza szpital. Niedługo potem pogorszenie stanu zdrowia zmusza go do powrotu do szpitala, ale na koszt Kasy Chorych leczyć się już nie może, gdyż złamał dyscyplinę szpitalną. Ustawa o ubezpieczeniu na wypadek choroby z 20 maja 1920 r. przewidywała restrykcje finansowe wobec łamiących regulamin i nie stosujących się do zaleceń lekarza, ale Reinhort nie jest ubezpieczony¹⁴. W tym przypadku Kasa po prostu odmawia dalszej pomocy dla niesubordynowanego pacjenta, którego leczenie pomimo braku stosownej regulacji ustawowej finansuje¹⁵. Reinhort zajmuje więc jedno z łóżek dla ubogich opłacane z budżetu lokalnych władz samorządowych. Ustawa przewidywała takie rozwiązanie – ubezpieczalnie mogły za zgodą państwowego urzędu ubezpieczeń zawierać ze związkami komunalnymi oraz innymi organizacjami umowy, mające na celu udzielanie za zwrotem kosztów pomocy lekarskiej osobom, nie podlegającym w myśl ustawy obowiązkowi ubezpieczenia¹⁶. Reinhort kontynuuje zatem leczenie u dr Briega, co Choromański tłumaczy kwestią zaufania wobec lekarza, który jako pierwszy postawił trafną diagnozę. Gdyby Reinhort był ubezpieczony, byłby też związany wymogiem ustawy – „chory może zmienić lekarza w czasie tej samej choroby tylko za zgodą ubezpieczalni, udzieloną na skutek uzasadnionego żądania zmiany”¹⁷. Można jeszcze dodać, że Brieg, jak wynika z tekstu, jest lekarzem Kasy Chorych. Oznacza to, że aby mógł w swoim gabinecie przyjmować ubezpieczonych, musiał posiadać indywidualną umowę z Kasą. Również tę kwestię regulował zapis ustawy¹⁸.

¹³ Ustawa z r.1920, art. 8, ustawa z r.1933, art. 12..

¹⁴ Ustawa z r.1920, art. 94: „za przekroczenie regulaminu dla chorych Zarząd Kasy może orzec kary pieniężne w wysokości 5-krotnego zasiłku dziennego”.

¹⁵ Art. 34 przewidywał wprawdzie świadczenia nadzwyczajne, ale dotyczyły one wyłącznie ubezpieczonych i polegały na podwyższeniu świadczeń obowiązkowych.

¹⁶ Ustawa z dnia 28 marca 1933 r. o ubezpieczeniu społecznym, Dz.U.33.51.396, art. 24.

¹⁷ *Ibidem*, art. 122. Podobny zapis zawierała ustawa z r. 1920, art. 42.

¹⁸ Ustawa z r.1920, art. 42.

Rozważania dotyczące powyższych zagadnień komplikuje fakt, że akcję cytowanych utworów trudno jest dokładnie umiejscowić w czasie. Zmieniający się stan prawny stwarza ograniczenia w powoływaniu się na określone akty legislacyjne. Tym niemniej także i tutaj trudno byłoby zarzucić pisarzowi jakieś istotne niezgodności.

Gruźlica

We wczesnej twórczości Choromańskiego problematyka gruźlicy i związana z nią terminologia medyczna pojawia się szczególnie często. To niewątpliwie projekcja osobistej tragedii pisarza związanej z wieloletnią walką z chorobą. Trzeba bowiem pamiętać, że postępowanie lecznicze w tej jednostce chorobowej było w owym czasie długotrwałe i niezbyt skuteczne. Sprowadzało się przede wszystkim do leczenia klimatycznego wspomaganego dość brutalnymi zabiegami chirurgicznymi. Farmakoterapia gruźlicy przynosiła mizerne efekty: eksperymentowano z różnymi, najczęściej mało skutecznymi środkami. W interesującym nas okresie ze szczególnym upodobaniem stosowano związki złota, jednak bez oczekiwanych rezultatów¹⁹. Nic dziwnego, że w obrazie klinicznym dominowały rzadko dzisiaj spotykane postacie zaawansowanej gruźlicy płucnej i pozapłucnej, głównie układu kostno-stawowego i narządów moczowo-płciowych. Tacy właśnie chorzy pojawiają się w utworach Choromańskiego, a opisom ich dolegliwości towarzyszy terminologia adekwatna do stanu zaawansowania choroby: jeden z chorych ma „gruźlicę nerek i płuc”, oraz „dwie przetoki – jedną nad nerką, drugą w międzykroczu”, inny ma „prosówkę albo coś z kiszki”, i okazuje się później, że „cierpiał w istocie na gruźlicę jelit”, jeszcze inny leczy się z powodu „gruźlicy włóknistej płuc”. Znajdujemy i inne terminy: „lasecznik Kocha” na określenie prątka gruźlicy, „rezonans pod obojczykiem” jako objaw jamy gruźliczej, „przeżarcie gruźlicze grubej kiszki” jako objaw perforacji jelita grubego w przebiegu gruźlicy przewodu pokarmowego, czy „ropniak opłucnej” będący tutaj powikłaniem gruźlicy płuc. Przebieg choroby jest bardzo zróżnicowany. Ów chory z dwiema przetokami to wspomniany wcześniej Dracz, który leczy się w różnych szpitalach od 11 lat, na razie bez większego powodzenia. Ten z gruźlicą jelit to siedemnastoletni chłopiec operowany przez Briega z powodu dolegliwości brzusznych. Ma on również „wrzody rozsiane po całej powierzchni żołądka”, a więc

¹⁹ Z. Woźniwski, *Historyczny zarys leczenia gruźlicy płuc w Polsce*, Warszawa 1967, s. 184–188.

zapewne cierpi na gruźlicę przewodu pokarmowego o typie wrzodziejącym. Jego los jest przesądzony z powodu dynamicznego rozwoju choroby. Najbardziej realistyczne są jednak fragmenty dotyczące studenta Reinhorta. Pierwsze objawy gruźlicy występują u niego po przekroczeniu dwudziestego roku życia. Są to bóle uda i lewej goleni, bóle w stawie kolanowym, a następnie dolegliwości ze strony kręgosłupa. Bóle początkowo przemijające, z czasem coraz bardziej nasilone. Kiedy pojawiają się trudności w chodzeniu, Reinhort wybiera się do lekarza, który rozpoznaje reumatyzm i zaleca stosowne zabiegi. Brak poprawy zmusza studenta do szukania pomocy u innego lekarza: trafia do Briega, który stwierdza zaawansowany proces gruźliczy. A oto w jaki sposób wyglądało badanie: „Poprzez koszulę przywarł policzkiem do piersi. Pęknięcie pęcherzyków, grubo-bańkowe rżenie wdarło się do tłustego ucha znajomym koncertem; rezonans pod obojczykiem świadczył o istnieniu jamy”. Diagnoza jest jednoznaczna – „rozlany proces gruźliczy w stawie biodrowym i kręgosłupie, cocsitis i spondylitis oraz tbc prawego płuca o charakterze rozpadowym”. Reinhort trafia do szpitala. Przez rok leży unieruchomiony w łóżku z wyciągiem założonym na chorej kończynie. Po tym okresie następuje wyraźna poprawa – „jamy w płucach zablizniły się, ogniska w stawach wapniały z wolna”. Wtedy student przerywa leczenie, aby kontynuować naukę. Po dwóch tygodniach powraca do szpitala z krwotokiem płucnym i zdeformowanym kręgosłupem. Leży całkowicie unieruchomiony w łóżku gipsowym. Reinhort decyduje się na drakońską kurację klimatyczną – na jego prośbę łóżko zostaje ustawione na tarasie szpitalnym. Student leży tam bez przerwy niezależnie od pogody przez 3 lata. Wykonane po tym okresie zdjęcia rentgenowskie wykazują ogromną i niespodziewaną poprawę obrazu radiologicznego. Opisana tutaj metoda leczenia gruźlicy kostno-stawowej jest zgodna z ówczesnymi tendencjami. Nowotny w doniesieniu na temat leczenia gruźlicy chirurgicznej zalecał wyciągi, szyny, oraz łóżko gipsowe w przypadku gruźlicy kręgosłupa²⁰. Leczenie klimatyczne było w latach trzydziestych powszechnie stosowanym sposobem postępowania w leczeniu gruźlicy. Woźniewski wymienia 61 funkcjonujących podówczas w Polsce sanatoriów, w samym Zakopanem było ich 14²¹. Pacjenci zamożniejsi udawali się do kurortów zagranicznych. Nowotny wspomina

²⁰ Nowotny, *Leczenie gruźlicy chirurgicznej w Zakopanem*, „Polski Przegląd Chirurgiczny” („PPCh”) 1922, T.1, s. 83–89.

²¹ Z. Woźniewski, *Historyczny zarys leczenia gruźlicy płuc w Polsce*, Warszawa 1967, s. 57–61.

o funkcjonującej w Leysin (Szwajcaria) klinice, utworzonej w 1903 r. i prowadzonej przez szwajcarskiego chirurga Rolliera (w tej właśnie miejscowości leczył się Choromański). Położona na wysokości 1300 m n.p.m. klinika posiadała szczególnie korzystne warunki klimatyczne do leczenia „gruźlicy kostno-gruczołowej”, gdyż, jak podaje autor, do ziemi docierało tam 32–39% promieniowania pozafioletkowego i 70–76% promieniowania pozaczzerwonego. Działanie lecznicze przypisywano barwnikowi czerniaczkowemu (melanina), który miał działać zabójczo na prątki, oraz lepszemu ukrwieniu narządów wewnętrznych w następstwie nasłonecznienia²². W opowiadaniu *Sprawozdanie poufne* leczący się od 11 lat z powodu gruźlicy kostno-stawowej chory przybywa do renomowanego sanatorium prawdopodobnie w Szwajcarii, prowadzonego przez uznanego specjalistę. Chory cierpi na gruźlicę stawu kolanowego, ma wysięk i 5 przetok okolicy stawu. Choromański pisze o nim: „człowiek z kolanem w galarecie”. Proces gruźliczy doprowadził już do zeszytwnienia biodra. Chory dowiaduje się, że będzie musiał spędzić w sanatorium około 3 lat. Lekarz, któremu zaufał, jest zwolennikiem leczenia klimatycznego jako jedynego sposobu postępowania leczniczego, gdyż, jak twierdzi, „przebieg tej samej choroby u różnych osób jest czymś zupełnie nie dającym się obliczyć”. Woli zatem ograniczyć się do leczenia klimatycznego i nie stosować żadnej innej kuracji. W opowiadaniu tym są wyraźnie dostrzegalne wątki autobiograficzne. W tym samym zbiorze opowiadań, z którego pochodzi *Sprawozdanie poufne* znajdują się jeszcze dwa inne z gruźlicą w tle: *Dziwny wypadek z chustką* oraz *Opowiadanie banalne*²³. W pierwszym z nich pojawia się postać dziewczynki, która „zakończyła swój krótki żywot w szpitalu dla dzieci chorych na gruźlicę, a w historii choroby zanotowano: tuberculosis miliaris”. Choromański czyni tutaj słuszne spostrzeżenia, że gruźlica nie jest chorobą dziedziczną, można jedynie odziedziczyć pewne do niej predyspozycje. W drugim z opowiadań umiera z powodu gruźlicy pacjent, który do końca nie chce zwierzyć się rodzinie z istoty swych problemów zdrowotnych. W opowiadaniu *Hiob* pisarz wspomina pacjenta, którego poznał w r. 1925 podczas pobytu w Druskiennikach. Pacjent ów „płuca miał podziurawione kawernami wielkości męskiej pięści” i w niedługim czasie zmarł²⁴. Jak więc widać, do problemów związanych z gruźlicą nie podchodzi Choromański

²² Nowotny, *op. cit.*, s. 83–89.

²³ Wszystkie wspomniane opowiadania pochodzą ze zbioru *Opowiadania dwuznaczne*, wyd. Gebethner i Wolff, 1934.

²⁴ *Hiob. Opowieść*, „Gazeta Polska” 1936, nr 332–342.

z optymizmem. Tym niemniej wspomina też o innych, oprócz „leżakowania”, metodach leczenia. W *Zazdrości i medycynie* jest wzmianka o chorych z oddziału gruźliczego, którzy udają się po swój codzienny zastrzyk arseniku. Informacja ta nie daje się jednoznacznie ocenić. Sam Koch próbował stosować preparaty arsenowe do uśmiercania prątków, jednak ostatecznie znalazły one zastosowanie w leczeniu chorób wenerycznych. Woźniewski w pracy dotyczącej historii leczenia gruźlicy w Polsce wymienia szereg różnych preparatów, których przydatność badano w okresie międzywojennym, ale o związkach arsenowych nie wspomina²⁵. Stosowano je natomiast w leczeniu niedokrwistości, towarzyszących różnym jednostkom chorobowym, w tym także gruźlicy. Możliwe więc, że z takich wskazań podawano preparaty arsenowe wspomnianym przez pisarza pacjentom. Nie budzą natomiast wątpliwości wzmianki dotyczące innych metod: operacyjnego usztywnienia stawów w gruźlicy kostnej, odmy i torakoplastyki. Nad ankiлоzą, czyli usztywnieniem stawu zastanawia się Brieg w odniesieniu do Reinhorta, ostatecznie jednak rezygnuje z tego ze względu na duże ryzyko zabiegu u wyniszczonego studenta. Co do odmy, to stosowano ją w leczeniu gruźlicy od 1882 r.. Wprowadzenie tej metody leczenia zbiegło się w czasie z odkryciem prątków przez Kocha. Zauważono, że założenie odmy doprowadza do ograniczenia i ustępowania procesu zapalnego, bliznowacenia ognisk gruźliczych, zmniejszenia ilości odkrztuszonej płwociny i zanikania w niej prątków, a także zmniejszenia częstości krwawień z dróg oddechowych²⁶. Metoda ta posiadała ograniczenia wynikające z wydolności oddechowej chorego, przeszkodą były także zrosty opłucnowe, które próbowano uwalniać w drodze zabiegu chirurgicznego (Choromański pisze o Reinhorcie: „Ponieważ po wysięku płucnym pozostały zrosty, odmy zastosować się nie dało, trzeba było poprzestać na przepisach ogólnych: spokój, dobre odżywianie, powietrze i zupełne unieruchomienie”). W *Szpitalu Czerwonego Krzyża* pojawia się pacjent z odmą: jest nim kapelan szpitalny, któremu założono odnę prawostronną przed 3 laty. Można domniemywać, że kapelan posiada gruźlicę jamistą, gdyż ta właśnie postać była głównym wskazaniem do zastosowania tej metody. O ile leczenie odmą było procesem odwracalnym (po zakończeniu kuracji można było przynajmniej częściowo rozprężyć płuco), to plastyka klatki piersiowej wiązała się z głęboką i nieodwracalną ingerencją

²⁵ Z. Woźniewski, *Historyczny zarys leczenia gruźlicy płuc w Polsce*, Warszawa 1867, s. 175–196.

²⁶ *Ibidem*, s. 101–120.

w stosunki anatomiczne układu oddechowego. Cel zabiegu był podobny – chodziło o częściowe lub całkowite unieruchomienie i wyłączenie z czynności oddechowej chorego płuca. Operacja była rozległa i okaleczająca, prowadziła do zniekształcenia klatki piersiowej, a polegała na podokostnowym wycięciu 8–12-centymetrowych odcinków żeber od I do XI włącznie. Ze względu na ciężki przebieg pooperacyjny ograniczano się często do torakoplastyki częściowej polegającej na rozległym wycięciu jedynie kilku żeber²⁷. O takim chorym wspomina Choromański – wycięto mu 3 dolne żebra, co oznacza, że proces gruźliczy zlokalizować się musiał w dolnym płacie płuca. Natomiast fryzjer Waszczak ze Szpitala Czerwonego Krzyża ma ten zabieg dopiero przed sobą i nie może pozbyć się związanych z tym obaw, co w świetle powyższych informacji nie powinno dziwić. Co prawda, ocena następstw torakoplastyki nie jest jednoznaczna. Piasecki w artykule dotyczącym tego zagadnienia wyraża opinię, że torakoplastyka jako zabieg uzupełniający po uprzednim leczeniu odmą i ewentualnym wyrwaniu nerwu przeponowego jest potężnym środkiem w leczeniu gruźlicy płuc, nie powoduje kalectwa, ani nie pociąga za sobą oszpeceń²⁸. Zostaje tu wymieniony kolejny z zabiegów stosowanych w leczeniu gruźlicy płucnej. Wyrwanie nerwu przeponowego prowadzi do wysokiego ustawienia kopuły przepony i ucisku na dolny płat chorego płuca. Cel zabiegu był podobny jak dwóch poprzednich, toteż operacje te wzajemnie się uzupełniały. Choromański nie pomija także i tego zagadnienia. Opisuje dzień operacyjny chirurga Tamtena, który rozpoczyna się od trzech operacji wyrwania nerwu przeponowego. Zabieg ten próbowano zastosować również w innych schorzeniach płucnych. „Polski Przegląd Chirurgiczny” z r.1937 publikuje artykuł Łapińskiego na temat leczenia ropni płuc przy zastosowaniu m.in. wyrwania n. przeponowego. Autor krytycznie ocenia wartość tego zabiegu uważając, że nie wpływa on na ognisko chorobowe, powoduje natomiast niekorzystne zmiany w układzie dynamicznym narządów klatki piersiowej²⁹. Odmę i torakoplastykę stosowano w leczeniu gruźlicy do połowy ubiegłego wieku. Co prawda w r. 1944 pojawiła się streptomycyna, ale dopiero wprowadzenie leczenia skojarzonego z wykorzystaniem pyrazinamidu

²⁷ J. Tatak, *Leczenie chirurgiczne gruźlicy płuc u dorosłych w I połowie XX w. w czasopiśmie „Gruźlica”, „Medycyna nowożytna” 2004, T.11, zeszyt 1, s. 195.*

²⁸ M. Piasecki, *Torakoplastyka w zwalczaniu gruźlicy płuc*, PPCh 1936, T.15, zeszyt 1, s. 110–130.

²⁹ Z. Łapiński, *Leczenie ropni płuc*, „PPCh” 1937, T. 16, zeszyt 5, s. 1045–1067.

(od 1952), rifampicyny (od 1966) i etambutolu (od 1968 r.) stało się momentem przełomowym w walce z tą chorobą³⁰.

Przewlekłe zapalenie wyrostka robaczkowego

Terminologia dotycząca zapalenia wyrostka robaczkowego pojawia się kilkakrotnie i jest każdorazowo związana z jego postacią przewlekłą. Choromański określa to jako atak czy też lekki atak ślepej kiszki. Z powodu takich właśnie, nawracających dolegliwości dr Tamten zamierza operować Reбекę Widmarową. Oczywiście operacja ma się odbyć w trybie planowym: „Nic groźnego, proszę pani. Ślepa kiszka. Na razie można nie operować. Poczekamy, aż atak minie”. Do podobnej operacji i z podobnych wskazań szykuje się również dr Brieg – ma operować pacjenta z rozpoznaną gruźlicą jelit, u którego wystąpiły dodatkowe objawy brzuszne. Z dzisiejszej perspektywy nietrudno o komentarz dotyczący jednostki chorobowej, której większość chirurgów po prostu nie uznaje. Oto co pisze na ten temat prof. Gedliczka: „Zgodnie z obecnie panującym poglądem rozpoznanie przewlekłego zapalenia wyrostka robaczkowego nie ma uzasadnienia i stawianie wskazań do operacji z tego powodu należy uznać za nieprawidłowe. Z drugiej strony do chirurga ciągle jeszcze zgłaszają się chorzy, a zwłaszcza chore uskarżające się na przewlekłe i nawracające dolegliwości bólowe w prawym podbrzuszu, u których przeprowadzenie nawet szczegółowych badań dodatkowych i specjalistycznych nie pozwala na ustalenie przyczyny objawów. Są to obecnie przypadki nieliczne i w tych razach wyjątkowo może istnieć wskazanie do laparotomii jako ostatecznego kryterium rozpoznawczego”³¹. Inaczej mówiąc przewlekłe zapalenie wyrostka to tak naprawdę dolegliwości ze strony innych, zwykle sąsiadujących narządów. Zmuszają one często do interwencji chirurgicznej, w trakcie której usuwa się „przy okazji” wyrostek. I dokładnie tak wygląda to w opisanych przez Choromańskiego przypadkach: Rebecka trafia w końcu do szpitala celem planowej appendektomii, tam dolegliwości nasilają się, a w trakcie zabiegu okazuje się, że ich przyczyną jest ciąża pozamaciczna. U pacjenta operowanego przez Briega przyczyną dolegliwości są zmiany gruźlicze w obrębie jamy brzusznej. Żaden z chirurgów nie popełnia tutaj błędu: ich decyzje są całkowicie zgodne z ówczynie przyjętą taktyką

³⁰ W. Orłowski, *Nauka o chorobach wewnętrznych*, Warszawa 1990, T. 5, s. 180.

³¹ *Chirurgia kliniczna i operacyjna*, red. M. Śliwiński, W. Rudowski, Warszawa 1985, T. 3, cz. 2, s. 473-474.

postępowania w podobnych przypadkach oraz stanem wiedzy medycznej. Przewlekłe zapalenie wyrostka robaczkowego jest przedmiotem kilku doniesień w „Polskim Przeglądzie Chirurgicznym” z tego okresu. Nowakowski, donosząc o wynikach operacji z cięcia w linii środkowej w zapaleniu przewlekłym wyrostka robaczkowego, a zwłaszcza w przypadkach utajonych tego schorzenia zaleca usunięcie wyrostka, rozluźnienie zrostów, a także przeszczepienie sieci między wątrobę a dwunastnicę³². Manteuffel-Szoegge poddaje analizie rolę układu nerwowego wegetatywnego w powstawaniu zapalenia wyrostka. Uważa, że choroby zlokalizowane w obrębie jamy brzusznej prowadzą do pobudzenia układu wegetatywnego, czego następstwem są zaburzenia krążenia, zastój krwi w wyrostku i w końcowym efekcie rozwój zmian zapalnych. Kwestionuje stanowisko Aschoffa, który uważa, że zapalenie wyrostka jest sprawą miejscową, wywołaną przez drobnoustroje. Ze względu na charakter dolegliwości rozróżnia postać żołądkową, dwunastniczą, kiszkiową, wątrobową i moczową. Ze statystyki operacyjnej wynika, że na 47 operowanych przez niego chorych z zapaleniem wyrostka jedynie w dwóch przypadkach stwierdził zapalenie ostre. W grupie tych 47 chorych było tylko 6 mężczyzn. Dowodzi to jednoznacznie, że pod rozpoznaniem przewlekłego zapalenia wyrostka kryły się najczęściej dolegliwości ginekologiczne. Pewną osobliwością artykułu jest stanowisko autora w kwestii diagnostyki: uważa on mianowicie rozszerzenie prawej źrenicy za ważny objaw diagnostyczny, często towarzyszący zapaleniu wyrostka. Powołuje się przy tym na inne doniesienia – Buchmann miał obserwować ten objaw w 88% przypadków, a Sawitzkij aż w 93% i uważał to za wskazanie do wkroczenia operacyjnego³³. Gawlikowski, wymieniając objawy zapalenia wyrostka w zależności od częstości ich występowania, uznaje rozszerzenie źrenicy za objaw bezwartościowy – nie stwierdził go w żadnym z obserwowanych przypadków³⁴.

³² Nowakowski, *Wyniki operacji z cięcia w linii środkowej w zapaleniu przewlekłym wyrostka robaczkowego a zwłaszcza w przypadkach utajonych tego schorzenia*, „PPCh” 1926, T. 5, s. 96–100.

³³ L. Manteuffel-Szoegge, *Stan układu nerwowego wegetatywnego w zapaleniu wyrostka robaczkowego*, „PPCh” 1937, T.16, zeszyt 1, s. 1–20.

³⁴ Cz. Gawlikowski, *Wartość rozpoznawcza objawów w przewlekłym zapaleniu wyrostka robaczkowego*, „PPCh” 1938, T.17, zeszyt 8, s. 568–578.

Zabiegi operacyjne

Zagadnienia związane z wykonywaniem zabiegów operacyjnych to kolejny ważny problem poruszany przez Choromańskiego, mający aspekty nie tylko medyczne, ale również etyczne i prawne. Choromański z dużą znajomością tematu przytacza opisy kilku zabiegów operacyjnych. Oto w jaki sposób chirurg Tamten przeprowadza zabieg usunięcia nerwu przeponowego. Chorych premedykuje się morfiną, a operacja przebiega w znieczuleniu miejscowym 1% roztworem nowokainy. Tamten z dostępu ponad obojczykiem odnajduje nerw i przecina go, a następnie wyrывa obwodowy odcinek nawijając go na narzędzie chirurgiczne. Na tym etapie chory krzyczy z bólu odczuwanego w okolicy przepony, gdyż nerw zawiera zaopatrujące ją włókna czuciowe. Stąd też Tamten nazywa zabieg „katarzynką” mówiąc: „tu kręcę, a tam śpiewa”. Operacja trwa około siedmiu minut. Trudno w tym opisie doszukać się jakichś nieścisłości. Nerw przeponowy rzeczywiście najłatwiej usunąć z dostępu nadobojczykowego. W tej okolicy przebiega on najbardziej powierzchownie, wychodząc przez szczelinę przednią mięśni pochyłych i wnikać do górnego otworu klatki piersiowej. Ponieważ nerw prowadzi także włókna ruchowe dla przepony, więc jego przecięcie powoduje jej porażenie w ustawieniu wdechowym³⁵. Nerw posiada odmienności anatomiczne w postaci bocznych rozgałęzień, dlatego też Tamten, chcąc być pewnym dobrego wyniku operacji nie tylko przecina go, ale także wyrывa. Z innym zabiegiem mamy do czynienia w przypadku porucznika Łasicza, pacjenta Szpitala Czerwonego Krzyża. Łasicz doznał skomplikowanego złamania goleni powikłanego zakażonym martwakiem kostnym. Z powodu narastającego stanu septycznego asystent doktora Briega, pod nieobecność przełożonego decyduje się na wykonanie amputacji na poziomie uda. Kieruje się dobrze pojętym interesem chorego, któremu zagraża niebezpieczeństwo utraty życia. Prawdopodobnie nie próbuje uzyskać zgody pacjenta na operację, gdyż jest on w stanie ograniczonej świadomości z powodu nadużywania narkotycznych leków przeciwbólowych (jest „morfinizowany”). Kiedy Łasicz dochodzi do siebie, jest już po amputacji. Kieruje pod adresem lekarza zarzuty o bezprawne wykonanie zabiegu. Co prawda ordynator po powrocie w pełni akceptuje decyzję podwładnego, ale Łasicz nie może pogodzić się z utratą kończyny. Czy zatem Choromański przedstawił ten problem poprawnie? Artykuł 37 rozporządzenia o zakładach opieki zdrowotnej z r.1928

³⁵ J. Rohen, *Anatomia topograficzna*, Warszawa 1972, s. 102.

stanowił, że „zabieg operacyjny można podejmować tylko za zgodą chorego, a jeżeli chory nie ukończył 21 lat życia, albo też z powodu niedojrzałości umysłowej lub swego stanu zdrowia nie może ocenić potrzeby zabiegu operacyjnego – za zgodą jego prawnego zastępcy, wyjąwszy przypadki, gdy grozi niebezpieczeństwo dla życia. O potrzebie wykonania zabiegu decyduje w tych przypadkach dyrektor szpitala”. Zważywszy, że Brieg – ordynator i dyrektor zarazem – był podówczas nieobecny, nie można asystentowi postawić zarzutu przekroczenia uprawnień. Zgodnie z przywołanym przepisem miał natomiast obowiązek udokumentowania swej decyzji w historii choroby pacjenta. Następną operacją wymagającą komentarza dotyczy chorego, który trafia do Szpitala Wszystkich Świętych z powodu krwawiącego wrzodu żołądka. Jest operowany w trybie nagłym. Choromański opisuje zabieg następująco: „Od razu po otwarciu otrzewnej buchnęła krew. Była to perforacja, czyli przeżarcie ściany żołądka przez wrzód, krew zalała kompresy, serwetki, prześcieradła i cały stół operacyjny. Chirurg z chłodną zaciętością usiłował zatamować krwotok, lecz krew tryskała i buchała coraz bardziej”. Perforacja wrzodu połączona z masywnym krwawieniem do jamy otrzewnej zdarza się wyjątkowo rzadko. Autor w swojej ponad 20-letniej praktyce chirurgicznej z takim przypadkiem się nie zetknął i można zaryzykować twierdzenie, że tym razem pisarz nieco przesadził. Dysponujemy natomiast opisem zabiegu znacznie trudniejszym w analizie. Jest to przypadek chorej z ropniem opłucnej (a właściwie ropniakiem, bo taka jest poprawna terminologia, choć Choromański używa tych pojęć zamiennie), operowanej przez doktora Tamtena. Tamten postępuje ostrożnie: najpierw upewnia się co do lokalizacji ropniaka wykonując punkcję. Zbiornik ropny powinien znajdować się na wysokości piątego międzyżebra, tam też chirurg wykonuje cięcie, ale zmiany nie znajduje. Od tej chwili obserwujemy rozwój zdarzeń oczami Widmara, oczekującego w korytarzu na rozmowę z Tamtenem. Dostrzega on nagle zamieszanie na sali operacyjnej, gdzie odbywa się reanimacja. Pielęgniarki szukają kamfory i strofantyny. Niedługo potem z sali wybiega chirurg. Jest cały zakrwawiony. Okazuje się, że chora nie żyje, a przyczyną zgonu jest ropień, który „przesunął się pod samo serce”. Co się właściwie stało? Można wnosić, że Tamten przystępuje do zabiegu bez należytej koncentracji, czego przyczyną są kłopoty osobiste. Wykonuje cięcie o jedno międzyżebro za nisko, być może dochodzi do krwawienia. Ale trudno zakładać, że Tamten nie poradziłby sobie z tym problemem. Prawidłową odpowiedź nasuwa być może artykuł Piaseckiego na temat

ropnych zapaleń osierdzia w ropniakach opłucnej u dzieci. Autor przedstawia sposób postępowania w przypadkach ropniaków opłucnej powikłanych zapaleniem osierdzia, z wysiękiem ropnym albo nawet zarosnięciem worka osierdziowego, prowadzącym w konsekwencji do niewydolności serca³⁶. Można z dużym prawdopodobieństwem przyjąć, że długotrwały ropniak, który „przesunął się pod samo serce”, spowodował podobne powikłanie. Należy zwrócić uwagę na jeszcze jeden element. Zabieg przeprowadzano w znieczuleniu eterowym, działającym depresyjnie na ośrodek naczynioruchowy i upośledzającym czynność skurczową mięśnia sercowego. Płytkie znieczulenie eterowe jest szczególnie niekorzystne, gdyż nie znosi w dostatecznym stopniu odruchów i bodźców bólowych³⁷. Jeśli dodatkowo dochodzi do spadku ciśnienia z powodu krwawienia śródoperacyjnego, to efektem nakładających się niekorzystnych okoliczności może być zatrzymanie krążenia, jak też się stało w omawianym przypadku.

Choromański zamieszcza opis jeszcze jednej operacji. Dotyczy ona Rebeki Widmarowej, przyjętej do planowego usunięcia wyrostka robaczkowego, a ostatecznie operowanej pilnie z powodu nagłego nasilenia dolegliwości. Chorą do zabiegu kwalifikuje Tamten po uprzednich kilkakrotnych konsultacjach. Współczesny chirurg nie będzie miał wątpliwości, że charakter dolegliwości nie wskazuje na zapalenie wyrostka. Pojawia się jeszcze inny objaw, kierujący podejrzenia w całkiem inną stronę. Rebeka ma omamy węchowe – czuje uporczywy zapach benzyny. Opiekujący się nią lekarze powinni zwrócić na to uwagę, ale bagatelizują jej skargi. Wreszcie sytuacja staje się dramatyczna – nagle nasilają się bóle brzucha, spada ciśnienie („tętno nitkowate, zapaść”). Tamten decyduje o natychmiastowej operacji. Choromański relacjonuje jej przebieg krok po kroku. Najpierw zapoznajemy się z wyposażeniem sali operacyjnej i wstępnym etapem przygotowań do zabiegu. Pisarz szczegółowo zapoznaje nas z techniką chirurgicznego mycia rąk („piętnaście przepisowych minut”). W tym czasie na salę wjeżdża chora i sanitariusz przystępuje do golenia pola operacyjnego. Pielęgniarka przełożona przygotowuje sprzęt do znieczulenia – znieczula eterem na tzw. „kapankę”, czyli techniką kroplową. Następnie asystent myje jodyną pole operacyjne. Chirurg przystępuje do operacji. Instrumentuje jeden z asystentów. Kiedy operator otwiera brzuch, stwierdza to, co można było rozpoznać znacznie wcześniej: pękniętą ciążę pozamaciczną.

³⁶ M. Piasecki, *Ropne zapalenie osierdzia w ropniakach opłucnej u dzieci*, „PPCh” 1935, T. 14, zeszyt 6, s. 820–826.

³⁷ *Anestezjologia*, red. A. Kübler, Kraków 2001, s. 232.

Choromański usprawiedliwia lekarzy, pisząc: „Pomylić się co do diagnozy jest dosyć łatwo. Cięża pozamaciczna wywołuje czasem takie same symptomy, jak i zapalenie wyrostka robaczkowego i często przechodzi bez żadnych typowych objawów, to znaczy krwotoków. Są tylko nieokreślone bóle w boku, a potem, gdy następują nudności, mdlenia i wymioty, mogą one być podobne do oznak ropnego zapalenia wyrostka, jeżeli występuje gorączka, i w takim wypadku trzeba na gwałt operować”. Podobny obraz przedstawia w swej *Ginekologii* Rosner: „Nieraz już w kilka godzin po rozpoczęciu cierpienia stan przedstawia się rozpaczliwie: chora narzeka na obolenie brzucha i czuje się tak słabą, senną i do omdleń skłoną, że ma uczucie zbliżającej się śmierci”³⁸. Nie sposób tutaj oddać tego, co jest zasadniczym walorem opisu literackiego: specyficznej atmosfery sali operacyjnej i dramaturgii wydarzeń. Konkowski ocenia to tak: „Oslawioną scenę zabiegu uznano za arcydzieło realizmu w przedstawieniu pracy lekarza”. Jednocześnie przytacza opinię lekarzy Franciszka Waltera i Józefa Szpera, których zdaniem opis operacji jest znakomity, ale trudno zaliczyć go do realistycznych³⁹.

Ta opinia jest dla Choromańskiego krzywdząca. Realizm tego fragmentu jego powieści należy oceniać chociażby na tle ówczesnego poziomu wiedzy medycznej, możliwości diagnostycznych czy stanu zaplecza technicznego. Oczywiście chirurg współczesny znajdzie kilka szczegółów budzących wątpliwości: dlaczego golenie pola operacyjnego odbywało się na sali (nie jest to zgodne z zasadami aseptyki), dlaczego asystent umył tylko prawą stronę brzucha, choć powinien umyć cały, dlaczego narzędzia sterylizowano tuż przed zabiegiem i w trakcie (być może nie stosowano wcześniej przygotowywanych pakietów), dlaczego wreszcie na krwawiące naczynia tkanki podskórnej zakładano podwiązki z żyłki (materiał niewchłaniałny). Z drugiej strony różne szczegóły świadczą o doskonałym rozeznaniu Choromańskiego w temacie. Chociażby to właśnie, że naczynia podwiązywano, a nie koagulowano. Tutaj łatwo wpaść w pułapkę – znieczulenie eterowe wyklucza możliwość użycia diatermii z uwagi na niebezpieczeństwo wybuchu oparów eteru (o ile Tamten diatermią dysponował, chociaż była wówczas stosowana, używano jej m.in. do uwalniania zrostów opłucnowych). Należy docenić również pojawiające się w opisie szczegóły dotyczące sposobu znieczulenia, jego przebiegu i reakcji pacjentki.

³⁸ A. Rosner, *Ginekologia. Podręcznik do użytku lekarzy i studentów*, Kraków 1924, s. 747.

³⁹ A. Konkowski, *Michał Choromański*, Warszawa 1980, s. 194.

Na koniec jeszcze kilka słów na temat zabiegu, który się nie odbył. Do Szpitala Wszystkich Świętych trafia chory z wypadku komunikacyjnego. Po pewnym czasie Tamten, przebywający poza szpitalem, dowiaduje się telefonicznie, że u chorego wystąpiły objawy ogniskowe: prawostronne porażenie. Chory wymaga oczywiście niezwłocznej trepanacji, lecz chirurg, zaabsorbowany problemami osobistymi nie przejmuje się pogorszeniem jego stanu. Nie wiadomo, jaki był dalszy bieg wydarzeń, gdyż pisarz już do tego tematu nie powraca. A szkoda, bo w ten sposób rzuca cień na postawę etyczną lekarza.

Szczałki ludzkie

Z wykonywaniem zabiegów wiąże się problem usuwania szczałków ludzkich, czyli, jak stanowią przepisy, „części ciała odłączonych od całości”. Zagadnienie to pojawia się w związku z operacją przebytą przez porucznika Łasicza i wzmianką dotyczącą jego amputowanej kończyny: „Prawa noga porucznika od czterech dni spoczywała w ogrodzie pod krzakiem bzu, za murem kostnicy”. Z punktu widzenia dzisiejszych przepisów sanitarnych rzecz niebywała i karygodna. Aktualnie obowiązujące rozwiązanie ustawowe przewiduje wprowadzić możliwość grzebania szczałków ludzkich, ale na cmentarzu i na podstawie zaświadczenia stwierdzającego ich pochodzenie. Ustawa zezwala ponadto na spopielenie szczałków przez zakłady opieki zdrowotnej dysponujące odpowiednimi do tego celu urządzeniami, co też jest powszechną praktyką⁴⁰. Poprzednie, pochodzące z 1972 i 1961 r. przepisy rozporządzeń w sprawie cmentarzy i chowania zmarłych przewidywały podobne zasady postępowania z tą tylko różnicą, że zapis dotyczący spopielenia szczałków nie precyzował, jakie urządzenia miałyby do tego służyć⁴¹. Natomiast pochodzące z r.1962 przepisy dotyczące utylizacji odpadów medycznych (z wyłączeniem szczałków ludzkich) stwarzały możliwość spalania ich w szpitalnych kotłowniach po zainstalowaniu w tym celu odrębnego i przystosowanego kotła, a nawet w zwykłych kotłach centralnego ogrzewania, o ile odpady nie pochodziły z zakładów dla

⁴⁰ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 grudnia 2001 w sprawie postępowania ze zwłokami i szczałkami ludzkimi, Dz.U. 01.153.1783, § 8.

⁴¹ Rozporządzenie Ministra Gospodarki Terenowej i Ochrony Środowiska oraz Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 20 października 1972 r. w sprawie urządzania cmentarzy, prowadzenia ksiąg cmentarnych oraz chowania zmarłych, Dz.U.72.47.299, § 24. Rozporządzenie Ministra Gospodarki Komunalnej i Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 25 maja 1961 r. w sprawie urządzania cmentarzy, prowadzenia ksiąg cmentarnych oraz chowania zmarłych, Dz.U.61.31.152, § 24.

chorych zakaźnie⁴². Nietrudno się domyślić, że kotłownie szpitalne wykorzystywane były także do spalania szczątków. Sięgając jeszcze dalej wstecz, dochodzimy do stanu prawnego w interesującym nas okresie, ponieważ rozporządzenie z r.1961 uchylało zapisy ustawy o chowaniu zmarłych z r.1934, ta zaś uchylała podobną ustawę z r.1932. Te dwie ostatnie ustawy zawierały uregulowania dotyczące pochówku zwłok i ich szczątków, nie wspominały natomiast w ogóle o szczątkach pochodzących od osób żyjących. Żadnych uregulowań w tym zakresie nie zawierały też ustawowe przepisy sanitarne, ani ustawy o zakładach opieki zdrowotnej. Być może stosowne zapisy istniały w rozporządzeniach wykonawczych, do których jednak autorowi nie udało się dotrzeć. Można wszakże zaryzykować opinię, że opisane przez Choromańskiego postępowanie było zgodne z ówczesną praktyką. Odpady medyczne spalano w szpitalnej kotłowni (z opisu Szpitala Czerwonego Krzyża wiemy, że kotłownię posiadał), zapewne też utylizowano w ten sposób szczątki ludzkie. Za wyjątkiem tych, których gabaryty, jak w przypadku amputowanej na udzie kończyny, wymuszały szukanie innych rozwiązań. W takich przypadkach postępowaniem właściwym byłoby pogrzebanie ich na cmentarzu. Jednak przy niezbyt rygorystycznym nadzorze ze strony służb sanitarnych nie można wykluczyć, że pozbywano się kłopotu w sposób wyżej opisany.

Anestezjologia

Zabieg operacyjny zazwyczaj wiąże się z koniecznością znieczulenia. O znieczuleniu miejscowym wspomina Choromański opisując usunięcie nerwu przeponowego. Bardziej interesujące są jednak fragmenty dotyczące znieczulenia ogólnego. Chory otrzymuje „zastrzyk przedoperacyjny”, czyli premedykację. Na ogół jest to morfina, chociaż Widmarowa otrzymuje premedykację zawierającą morfinę, atropinę, kofeinę i kamforę. W opisie jej operacji znajdujemy najwięcej szczegółów dotyczących znieczulenia. Za jego przebieg odpowiada chirurg, on też wydaje polecenia pielęgniarce bezpośrednio zajmującej się narkozą. Jest to znieczulenie wziewne eterowe, w owym czasie powszechnie stosowane. Technika znieczulenia polega na skrapianiu eterem serwety gazowej, rozpiętej ponad twarzą pacjentki na drucianym stoleżu. Eter w temperaturze pokojowej paruje, a jego opary są wdychane przez chorą⁴³. Działają one drażniąco na śluzówkę

⁴² Zarządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 28 czerwca 1962 r. w sprawie usuwania nieczystości z zakładów lecznictwa zamkniętego, M.P.62.56.268, § 8.

⁴³ *Anestezjologia*, red. B. Kamiński, Warszawa 1980, s. 71.

dróg oddechowych, co pisarz trafnie odnotowuje – chora krztusi się i wydaje „szczekające” dźwięki. W trakcie zabiegu pojawia się nieoczekiwany problem – kończy się eter, a nie można znaleźć następnego opakowania. Dodatkowo chora zaczyna się dusić, gdyż zapadający się język upośledza drożność dróg oddechowych. Na szczęście wszystko kończy się szczęśliwie – na polecenie chirurga pielęgniarka wysuwa żuchwę chorej ku przodowi, udrażniając drogi oddechowe, znajduje się też butelka z eterem. Środkiem poprzedzającym eter w anestezjologii był chloroform⁴⁴. Choromański musiał o tym wiedzieć, gdyż używa terminu „zachloroformowany” w znaczeniu: otumaniony, senny, odurzony.

Aborcja

Lektura *Szpitala Czerwonego Krzyża* skłania do przyjrzenia się zagadnieniom prawnym związanym z przerywaniem ciąży. Choromański zamieszcza tam fragment, będący pierwotnie samodzielnym opowiadaniem, w którym do chirurga Briega, zastępującego nieobecnego ginekologa, zgłaszają się dwie pacjentki z tym samym problemem: obie są w ciąży. Pierwszą z nich Brieg umawia do ginekologa nie zadając pytań natury medycznej. Chce jej pomóc, gdyż chodzi o ciążę pozamałżeńską. Druga pacjentka to 16-letnia gimnazjalistka, traktująca swój kłopot z zupełną beztróską, ponieważ, jak mówi, jej koleżanka jest już po trzech takich zabiegach. Nie dowiadujemy się, jakie stanowisko zajął Brieg w tym ostatnim przypadku. Jednak z zachowania zarówno lekarza jak i obu kobiet można wnosić, że żadna ze stron nie stanęła przed problemem nie do rozwiązania. Obowiązująca od r. 1920 ustawa o wykonywaniu praktyki lekarskiej nie zawierała bowiem uregulowań w zakresie dopuszczalności przerywania ciąży⁴⁵. Pojawiły się one w późniejszym, pochodzącym z 1932 r. rozporządzeniu⁴⁶. Zdaniem Kurcyusza, rozporządzenie to, interpretowane na bazie art. 233 Kodeksu Karnego, dotyczącego tzw. uprawnionego spędzenia płodu, zezwalało na dokonanie tego zabiegu w 3 przypadkach:

- a) gdy ciężarnej zagrażało niebezpieczeństwo utraty życia – do wykonania zabiegu poza zakładem leczniczym nie były wymagane żadne formalności, w zakładzie zaś zgoda jego dyrektora,

⁴⁴ *Ibidem*, s. 85.

⁴⁵ Ustawa z dnia 2 grudnia 1921 r. w przedmiocie wykonywania praktyki lekarskiej w Państwie Polskim, Dz.U.21.105.762.

⁴⁶ Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 25 września 1932 r. o wykonywaniu praktyki lekarskiej, Dz.U.32.81.712, art. 12..

- b) gdy ciąża była wynikiem przestępstwa – do wykonania zabiegu niezbędne było stosowne zaświadczenie z prokuratury, przy czym lekarz nie ponosił odpowiedzialności, jeśli prokurator poświadczył nieprawdę,
- c) gdy przerwanie ciąży było konieczne ze względu na stan zdrowia ciężarnej, potwierdzony zaświadczeniem podpisanym przez dwóch lekarzy uprawnionych do wykonywania praktyki w Państwie Polskim, lub też dwoma zaświadczeniami wydanymi przez dwóch lekarzy oddzielnie.

Przepisy stanowiły też, że pojęcie „spędzenie” znajduje zastosowanie niezależnie od czasu wykonania aborcji t.j., czy nastąpi ono w pierwszych miesiącach ciąży czy też ostatnich, również bez znaczenia jest rodzaj zabiegu (środki wewnętrzne lub chirurgiczne). Należy dodać, że zgodnie z art. 232 ówczesnego Kodeksu Karnego przerwanie ciąży z naruszeniem prawa było zagrożone karą do 5 lat więzienia, nawet jeśli nastąpiło za zgodą kobiety⁴⁷. Tak więc, chociaż kryteria kwalifikacji do zabiegu były dość rygorystyczne, to pozostawiały furtki, możliwe do wykorzystania w razie potrzeby, nawet pomimo surowych sankcji.

Tężec

Choromański przybliżył nam również objawy rzadko obecnie występującej choroby zakaźnej, jaką jest tężec. Ofiarą zakażenia pada wspomniany już wcześniej rolnik Wachleda. Zakażenie nie ma związku z pracą w gospodarstwie. Dochodzi do niego podczas pobytu w szpitalu, gdzie Wachleda leczy się z powodu krwawiącego wrzodu dwunastnicy. Przyczyną zakażenia jest drobne skałeczenie palca na dziedzińcu szpitalnym. Rozwój objawów nie mających związku z dotychczasową przyczyną hospitalizacji stwarza Briegowi duże trudności diagnostyczne. Bez wyraźnego powodu stan pacjenta, który ma być wkrótce wypisany, zaczyna się pogarszać. Najpierw pojawia się gorączka, dreszcze, potem zaburzenia świadomości i majaczenie. Brieg bada go dokładnie, ale nie znajduje ogniska infekcji. Dopiero po kilku godzinach przypomina sobie, że chory ma zabandażowany palec i wpada na właściwy trop. Badając go powtórnie stwierdza wyraźny już wzrost napięcia mięśni karku i kończyn, z ograniczeniem wyprostu w stawach. Zleca surowicę przeciwteczcową. Opis objawów tężca, choć lakoniczny, jest zgodny z typowym przebiegiem. Choroba

⁴⁷ J. Kurcysz, *Kodeks lekarski. Przepisy o wykonywaniu praktyki lekarskiej w Rzeczypospolitej Polskiej*, Warszawa 1936, s. 54–57.

rozwijają się szybko, co jest możliwe: okres wylęgania wynosi najczęściej od 1 do 3 tygodni, lecz może ulec skróceniu nawet do 2 dni⁴⁸. Pisarz prawidłowo nazywa objaw ograniczenia ruchu wyprostnego w stawach kończyn – jest to objaw Kerniga. Podanie surowicy tężcowej jest postępowaniem z wyboru, aczkolwiek jej skuteczność jest dyskusyjna. Nie wiemy nic na temat dalszych losów chorego, jednak jego szansa na przeżycie nie można oceniać zbyt wysoko – w tym okresie blisko połowa przypadków kończyła się zgonem. Szczepienia ochronne anatoksyną tężcową na skalę masową wprowadzono dopiero podczas II wojny światowej, głównie w Stanach Zjednoczonych, a w Polsce od 1960 r.⁴⁹

Choroby weneryczne

W powieści *Skandal w Wesolych Bagniskach* przyczyną opisanych tam tragicznych zdarzeń jest syfilis. Akcja utworu rozgrywa się we wczesnych latach 20-tych, w położonym na kresach wschodnich majątku, który przetrwał okupację wojsk bolszewickich. Chory na kilę rosyjski komisarz zaraża właścicielkę majątku, która, po wystąpieniu objawów choroby, popełnia samobójstwo. Co do objawów, to wiemy niewiele poza tym, że „lekarz znalazł w jej gardle plamy”. W przebiegu kily wtórnej istotnie dochodzi do zmian śluzówkowych o charakterze wykwitów plamistych, a następnie nadżerek i owrzodzeń⁵⁰. Syfilis występuje także wśród okolicznych chłopów – w tekście jest wzmianka o „beznosym chłopie”. Chodzi tu zapewne o późną kilę wrodzoną, której objawem jest tzw. nos siodelkowaty, powstający w następstwie zniszczenia części kostnych nosa, oraz nos lornetkowaty, deformacja spowodowana zniszczeniem dolnej części przegrody nosowej⁵¹. Desperacki krok dziedziczki nie jest spowodowany brakiem możliwości leczenia – stosowano wówczas z niezłym skutkiem preparaty na bazie arsenu, np. salwarsan, chociaż kuracja trwała długo. Jak podaje Straszyński, „kiła dokładnie leczona przez dłuższy okres czasu po kilku latach nie zagraża już wcale otoczeniu, wobec czego wnosić należy, że jest schorzeniem dającym się w zupełności uleczyć”⁵². Natomiast w opowiadaniu *Zwarjowany letnik* główny bohater „był prawie pewny, że ma tabes”⁵³. Chodzi tutaj

⁴⁸ *Choroby zakaźne i inwazyjne*, red. B. Kassur, Warszawa 1979, s. 210–216.

⁴⁹ *Szczepienia ochronne*, red. B. Dębiec, W. Magdził, Warszawa 1991, s. 169.

⁵⁰ F. Miedziński, *Choroby skóry i weneryczne*, Warszawa 1978, s. 466–467.

⁵¹ *Ibidem*, s. 496.

⁵² A. Straszyński, *Czy choroby weneryczne są uleczalne*, Warszawa 1930, s. 11.

⁵³ *Zwarjowany letnik. Nowela*, „Gazeta Polska” 1932, nr 274–275.

o wiąd rdzenia kręgowego (łac.: *tabes dorsalis*), który jest objawem późnej kiły układu nerwowego⁵⁴.

Guz mózgu

Opisane przez Choromańskiego objawy rozwijającego się guza mózgu robią wrażenie tym większe, że dotyczą osoby świadomej rozpoznania i nieuchronności swego losu. Osobą tą jest chirurg Brieg. Kiedy pojawiają się pierwsze objawy, składa je na karb przemęczenia. Nie są przecież charakterystyczne dla guza krótkotrwale omdlenia, przemijające zaburzenia widzenia, nocne bóle głowy. Potem bóle nasilają się, towarzyszą im zawroty. Gdy szóstego dnia występują wymioty, mrowienie i przeczulica prawej połowy ciała w połączeniu z nieprzerwanym bólem głowy, Brieg zaczyna podejrzewać udar mózgu na tle miażdżycy. Powinien zaprzestać pracy i podjąć leczenie, ale ma poczucie obowiązku wobec chorych. Mimo nękających go dolegliwości pracuje bez przerwy. W pewnym momencie rodzi się w nim podejrzenie innej przyczyny dolegliwości – bierze do ręki podręcznik neurologii i zaczyna studiować rozdział o nowotworach mózgu. Tymczasem choroba postępuje. Po 3 tygodniach pojawiają się objawy padaczki Jacksona, zwolnienie tętna do 52/min, przemijające incydenty utraty widzenia, okresowo widzenie podwójne, nudności i wymioty. Brieg jest już pewny rozpoznania. Wybiera się jeszcze na konsultację okulistyczną, ma nadzieję, że okulista nie stwierdzi obrzęku tarczy nerwu wzrokowego. Wynik badania nie pozostawia wątpliwości, chociaż okulista nie zdradza tego Briegowi. Końcowe fragmenty powieści to obraz ostatnich chwil życia chirurga. Choromański bardzo trafnie oddaje rozwój choroby. Wymienia też nazwę nowotworu: jest to glejaki. Trudno oczywiście o precyzyjne rozpoznanie bez badania histopatologicznego, ale pisarz kieruje się statystyką. Glejaki stanowią ok. 60% nowotworów ośrodkowego układu nerwowego. Dynamika rozwoju objawów i ich charakter wskazują na glejaka złośliwego, zlokalizowanego w lewej półkuli mózgowej, najprawdopodobniej w okolicy skroniowej⁵⁵. Paradoksalnie, jak wynika z tekstu, Brieg sam przygotowywał się do operacji, którą miał wykonać u pacjenta z rozpoznaniem glejakiem mózgu. W opisie choroby można doszukać się błędu diagnostycznego, jakim jest przypisanie objawu podwójnego widzenia uciskowi na

⁵⁴ F. Miedziński, *Choroby skóry i weneryczne*, Warszawa 1978, s. 481-482.

⁵⁵ *Neurochirurgia*, red. J. Bidziński, Warszawa 1981, s. 164-207.

nerw wzrokowy. Dwojenie jest bowiem wyrazem uszkodzenia jednego z nerwów odpowiedzialnych za czynność ruchową gałek ocznych⁵⁶.

Tajemnica lekarska

Oprócz medycznego, choroba Briega ma jeszcze jeden aspekt, tym razem etyczno-prawny. Chodzi o zatajenie przed chorym informacji dotyczących jego choroby. Badający Briega okulista nie ma wątpliwości co do przyczyny dolegliwości, zdaje też sobie sprawę z niekorzystnego rokowania. Pomimo tego, że ma do czynienia z lekarzem, nie decyduje się na ujawnienie wyniku badania. Sam Brieg z kolei zajmuje się pacjentem cierpiącym z powodu mięsaka karku. Ukrywa przed nim, że nieogłająca się zmiana jest nowotworem złośliwym. Wobec podobnego dylematu staje chirurg Tamten powziawszy informację, że ciąża Rebeki Widmarowej jest owocem związku pozamałżeńskiego. Widmar zaś ma uzasadnione podejrzenia, że przyczyną operacji żony nie było zapalenie wyrostka i domaga się wyjaśnień. Tamten uzasadnia swoje stanowisko następująco: „Obawiam się, że etyka lekarska różni się od pojęć o moralności zwykłych śmiertelników. Lekarz może w pewnych wypadkach nie ma prawa powiedzieć prawdy? Może nawet zabroniono mu mówić prawdę?” A więc zabroniono czy nie? Strona etyczna zagadnienia zawsze może budzić jakieś wątpliwości. Ale od strony prawnej sytuacja jest jednoznaczna. W art. 15 Rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dn. 25 września 1932 r. o wykonywaniu praktyki lekarskiej czytamy: „Lekarz zobowiązany jest do zachowania w tajemnicy wszystkiego, o czym poweźmie wiadomość podczas i wskutek wykonywania swego zawodu”⁵⁷. W myśl przywołanego przepisu, z obowiązku zachowania tajemnicy mógł zwolnić lekarza tylko sam pacjent lub jego prawny zastępca.

Ból

Ból i cierpienie to nieodłączne atrybuty choroby. Choromański zapelnia karty swych utworów postaciami ludzi cierpiących z powodu nękających ich dolegliwości bólowych, które opisuje bardzo

⁵⁶ W. Jakimowicz, *Neurologia kliniczna w zarysie*, Warszawa 1981, s. 140.

⁵⁷ Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 25 września 1932 r. o wykonywaniu praktyki lekarskiej, Dz.U.32.81.712, art. 15. Podobną regulację zawierała Ustawa z dnia 2 grudnia 1921 r. w przedmiocie wykonywania praktyki lekarskiej w Państwie Polskim, Dz.U.21.105.762. Art. 11 stanowił, że „lekarz jest obowiązany do zachowania w tajemnicy wszystkiego, co spostrzeże, usłyszy lub przeniknie podczas i na skutek wykonywania swego zawodu”.

umiejętnie i wiarygodnie. Przez wszystkie rozdziały *Szpitala Czerwonego Krzyża* przewija się postać porucznika Łasicza, cierpiącego męki z powodu amputowanej kończyny i nieustannie domagającego się środków przeciwbólowych. „Porucznika bolało kolano. Ale wszakże kolana już nie było. Kiedy chwycił się bolesnego miejsca, w rękach zamiast nogi pozostawał szpitalny koc”. Pisarz wykazuje się po raz kolejny znajomością tematu – jest to opis bólów fantomowych, czyli zakodowanych w korze mózgowej dolegliwości odczuwanych w narządzie, którego już nie ma. A oto inny opis: „Męka umiejscowiona była w samym środku twarzy, w jamie Highmora. Stamtąd rozchodziła się w dwóch kierunkach: poprzez zażawione oczy w górę i poprzez zęby w dół. Ktoś, chwyciwszy go za górną wargę z prawej strony, odciągał ją ku nosowi w uśmiechu prawie zabawnym. Biegały po niej mróweczki”. I jeszcze jeden: „Ból jej sąsiadki wschodził i schodził po historycznej drabince. Był to ból poplątany ni to ze strachem, ni to z rozkoszą. Gdy był na najniższych szczeblach-otwierała usta i z westchnieniem – Ooch... – bezwolnie, luźnie opadała na materac, zarywszy ciemię w poduszki. Gdy włożył na inny szczebel – palce zaciskały się kurczowo w pięści, kark tężał, pierś wzdymała się, a kolana odrywały się od łóżka. Kiedy zaś ból znajdował się na szczycie drabinki, między zaciśnięte kolana nie można już było włożyć noża, chora waliła pięściami w materac, kark i łopatki stygły w wygiętym łuku”. W opowiadaniu *Śmierć Czesława Kostyńskiego* znajdujemy opis ostatnich chwil życia umierającego z powodu zawału serca. Chory krzyczał z bólu. „Krzyk osiągnął obecnie zupełnie potworne wyżyny strachu. Oczy mu zmętniały, była w nich ta sama, co przedtem pustka, lecz jeszcze mętniejsza i bardziej odstręczająca. Rzuczał się i miotał. Leżąc tylko na wpół, wciąż zmieniał pozycję tułowia. Rozcierał sobie pierś i drapał. Potem nagle podniósł obie skurczone ręce do góry i zaczął nimi potrząsać. Wtedy Leon uczuł, że to już koniec”⁵⁸. Ale największe wrażenie pozostawia fragment, dotyczący napadu bólowego w przebiegu kolki nerkowej. „Coś chwyciło go wpół, targnęło na prawo, na lewo, i cisnęło głową w dół. Zrobiło mu się słabo. Nieznośne gorąco wystąpiło nagle spod skóry, osmalilo naskórek pod włosami oraz końce palców rąk i nóg. Miał wrażenie, że piętami i dłońmi dotknął wrzącej wody. W chwili następnej nie istniejący ukrop oblał go całego. Tnący, wrzynający się ucisk wokół pasa zacieśniał się. Jednocześnie z niesamowitą siłą i hukiem coś waliło w żebra. Było to serce. W szalonym, szarpającym

⁵⁸ Opowiadanie pochodzi ze zbioru *Opowiadania dwuznaczne*, wyd. Gebethner i Wolff, 1934.

rytmie, zżymając się w potwornym strachu, tężejąc w obłądnej panice, gotowe było uderzeniami rozsadzić klatkę piersiową. Straszliwe rżnięcia wewnętrzne wzmagaly się przeskokami. Gdzieś w nieoczekiwanych miejscach, zarówno w gardle, jak i w piętach, odzywał się trzask rozdieranych w brzuchu żywych tkanek i naczyń. Czuć było, a nawet słycać przenikliwy bieg bólu po kanałach nerwów. Ból ten, skupiony dotąd w dolnej części brzucha, obecnie rozsyłał na wszystkie strony świdrujące, coraz gęstsze rozgałęzienia". Tylko ktoś, komu dane było doświadczyć kolki nerkowej, będzie w stanie docenić realizm tego opisu.

Środki farmaceutyczne

Choromański przytacza nazwy kilkunastu preparatów farmaceutycznych. Niektóre z nich stosowane są do dzisiaj. Spróbujmy ocenić, czy pisarz użył tych środków adekwatnie do określonych sytuacji klinicznych. Kamfora, zastosowana w trakcie reanimacji śródoperacyjnej, a także jako składnik premedykacji, to środek ordynowany ówczesnie w niewydolności serca, a także w przypadku „wszelkich objawów uszkodzenia mięśnia sercowego, niedomykalności zastawek, chorobach płuc”. Obecnie kamfora dostępna jest wyłącznie w preparatach do użytku zewnętrznego (maści, oleje i spirytus kamforowy). Jeden z chorych otrzymuje koraminę, lek o działaniu analeptycznym (obecnie dostępna jest Coramine Glucose, Novartis Sante, a także polski odpowiednik Cardiamidum, Polfa). Morfina, nadużywana przez cierpiącego porucznika Łasicza oraz stosowana w premedykacji, wciąż jest podstawowym narkotycznym środkiem przeciwbólowym. Aby uniknąć uzależnienia pacjenta od morfiny, Brieg zleca Pantophon (prawidł. Pantopon), inny narkotyczny lek przeciwbólowy, zawierający głównie alkaloidy opiatowe (Pantopon, Roche, jeszcze kilkanaście lat temu figurował w lekospisach). Nie jest natomiast obecnie dostępna heroina, podawana podówcześnie ze względu na działanie przeciwbólowe i uspokajające, w kaszlu i chorobach płuc – Brieg zleca ją choremu z nieoperacyjnym mięsakiem karku. Sam natomiast Brieg, zmagając się z dolegliwościami w przebiegu guza mózgu zażywa środki przeciwbólowe i przeciwgorączkowe: Antipirin (współcześnie dostępny jako Antotalgin, Farmina) i piramidon (preparat Pyramidonum został niedawno wycofany, dostępny jest Amidophen, Pharmachim Sopharma), oraz luminal – lek o działaniu uspokajającym, nasennym i przeciwdrgawkowym, stosowany również obecnie. Przyjmuje także cybalginę (Cibalgin,

Ciba, jeszcze przed kilkunastu laty figurował w wykazach leków, polskim odpowiednikiem jest Pabialgin, Polfa). Chirurg Tamten do znieczulenia miejscowego stosuje nowokainę, reklamowaną ówczesnie jako środek idealny i niedościgniony (wsp. m.in. Novocain, Aventis). Widmar zażywa digipuratum – krople nasercowe otrzymywane z naparstnicy purpurowej. Glikozydy naparstnicy nadal są podstawowym składnikiem preparatów nasercowych, podobnie jak glikozyd strofantusa – Tamten podaje strofantynę w czasie reanimacji. Choromański wspomina o jeszcze jednym preparacie. Jest to jodoform, którego używano do gojenia ran ze względu na jego właściwości bakteriostatyczne. Stosowany był szeroko jeszcze w połowie ub. wieku m.in. do leczenia zmian gruźliczych skóry, w późniejszym okresie stracił swe znaczenie z powodu przenikliwego zapachu i toksyczności. Tym niemniej gaza impregnowana jodoformem nadal znajduje się w ofercie hurtowni leków stomatologicznych, z przeznaczeniem do oczyszczania ran, tamponady ropni, przetok i owrzodzeń⁵⁹.

Terminologia łacińska

Nieodłącznym i tradycyjnym elementem wiedzy medycznej jest nazewnictwo łacińskie. Osobie niewprawnej trudno uniknąć pułapek, jakie stwarza posługiwanie się tą terminologią. Nie uniknął ich też i Choromański, popełniając kilka błędów, jak np.: *cocsitis* (zapalenie stawu biodrowego, prawidł.: *coxitis*), *spondilitis* (zapalenie stawów kręgosłupa, prawidł.: *spondylitis*), *hysterotomia vaginalis anterior* (chodzi o przezpochwowe usunięcie macicy, winno być: *hysterectomy*), *phrenico-exhauresis* (wyrwanie nerwu przeponowego, winno być: *exauresis*), *extra uterina* (chodzi o ciążę pozamaciczną, winno być: *extrauterina*). Kilkakrotnie używa też nazw łacińskich poprawnie: *elephantiasis* (słoniowaczna), *paraesthesia* (nieprawidłowy odbiór bodźców czuciowych), *febris urticaria* (pokrzywka), *carcinoma uteri* (rak macicy), *appendicitis* (zapalenie wyrostka robaczkowego), *ulcus ventriculi* (wrzód żołądka), *tuberculosis miliaris* (gruźlica prosowata), *euforia tuberculosa* (okres podniecenia gruźliczego), *ruptura* (dosł.: pęknięcie, termin stosowany podówczas na określenie przepukliny). Choromański używa też nazw łacińskich spolszczonych, jak np.: fraktura (łac.: *fractura* – złamanie), flegmona

⁵⁹ *Spis środków leczniczych posiadanych przez składnice i apteki Kasy Chorych M. Warszawy*, wyd. II opracowane przez Komisję Lekarsko-Aptekarską, Warszawa 1930; *Przewodnik terapeutyczny*, drukiem Lwowskiej Księgarni Nowoczesnej, Lwów 1933; J. Podlewski, A. Chwalibogowska-Podlewska, *Leki współczesnej terapii*, Warszawa 2005.

(łac.: *phlegmona* – ropowica), extyrpacja (łac.: *extirpatio* – wycięcie, wyluszczenie), resekcja (łac.: *resectio* – wycięcie, usunięcie), anamneza (łac.: *anamnesis* – wywiad chorobowy), sarkoma (łac.: *sarcoma* – mięsak), karbunkuł (łac.: *carbunculus* – czyrak gromadny), kawerna (łac.: *caverna* – jama), hipertrofia (łac.: *hypertrophia* – przerost)⁶⁰. Niezależnie od popełnionych błędów, wszystkie terminy użyte są w prawidłowym kontekście.

Zagadnienia różne

W analizowanym materiale oprócz wymienionych powyżej pojawia się szereg innych pojęć związanych z różnymi działami medycyny. Oto terminologia z zakresu diagnostyki laboratoryjnej: „opad ciałek krwi” (OB., czyli odczyn Biernackiego), „ropne ciała” (leukocyty), „czerwone cylindry” (waleczki erytrocytarne). Napotykaemy też na dwa ciekawe terminy anatomiczne, obecnie już nieużywane: „kość sprychowa” (promieniowa) i „jama Highmora” (zatoka szczękowa). Szczególnie ten ostatni nie zasługuje na zapomnienie. To właśnie do jamy Highmora po raz pierwszy podał Fleming wynalezioną przez siebie penicylinę, a było to w r. 1929⁶¹. Spośród mianownictwa ginekologicznego można wymienić „cesarskie cięcie” i „sztuczne poronienie”. Choromański wspomina też o używanych przy zabiegu ginekologicznym „lustrach doyenowskich” – chodzi tu o haki powłokowe konstrukcji Eugene Doyena, francuskiego chirurga (1859–1916), twórcy wielu nowych metod operacyjnych i narzędzi chirurgicznych, do dziś używanych. Natrafiamy także na terminy urologiczne – „niewydolność lewej nerki” i „cystoskopia”, przy czym ten ostatni użyty jest nieprawidłowo. Cystoskopia nie jest, jak podaje pisarz, badaniem diagnostycznym nerek, lecz wziernikowaniem pęcherza moczowego. Nazewnictwo z zakresu chorób wewnętrznych to: „alorytmia” (łac.: *allorhythmia* – niemiarowość tętna, współcześnie funkcjonuje termin „arytmia”), „tętno nitkowate” (tętno o niskiej amplitudzie), „katar żołądka” (chodzi o nieżyt), „puchlina wodna” (obrzęki w przebiegu niewydolności krążenia: chory „czuł wzbierający pod sercem płyn, od którego pęczniała, a nawet pękała skóra na nogach i brzuchu”), „wrzód dwunastnicy”. Odnośnie wrzodu, to wspomina Choromański o chorym, u którego wystąpiło „krwawienie

⁶⁰ K. Karwowska, *Podręczny słownik lekarski łacińsko-polski i polsko-łaciński*, Warszawa 1979; F. Gledroyć, *Polski słownik lekarski*, T I i II, Warszawa 1931 i 33; *ibidem*.

⁶¹ J. i G. Fedorowsky, *500 zagadek o zdrowiu i medycynie*, Warszawa 1974, s. 94.

z кишки stolcowej, a więc pęknięcie wrzodu”. Mamy tu do czynienia z potocznym przekonaniem, że przyczyną krwawienia z wrzodu jest jego pęknięcie. Tymczasem są to dwa różne powikłania choroby wrzodowej, przy czym „krwawienie z кишки stolcowej” może wystąpić tylko w masywnym krwawieniu z górnego odcinka przewodu pokarmowego. O Rebecce Widmarowej czytamy, że „skórę miała żółtą, dziwnie ciemną, jak przy chorobie Adissona”. Pomijając błąd w pisowni nazwiska (powinno być: Addisona), to istotnie, pierwotna niewydolność kory nadnerczy przebiega ze ściemnieniem skóry, zwłaszcza na powierzchniach odsłoniętych, stąd inna nazwa choroby – cisawica⁶². Z zakresu chirurgii pochodzą takie terminy jak: „sączek”, „ropień otrzewnej” czy „symptomy zapalenia otrzewnej”, a z neurologii „niedowład połowiczny”, „wodogłowie” (tutaj w znaczeniu: obrzęk mózgu), oraz „postrzał”. W odniesieniu do umierającego pacjenta pisarz używa sformułowania, że „ma już spiczasty nos”. Jest to nawiązanie do przedśmiertnie zmienionych rysów twarzy, określanych w medycynie jako *facies Hipokratyczna*. Trudno natomiast zweryfikować termin „hasz ypsilon”, co w żargonie psychiatrycznym miało oznaczać histerię. Współcześnie funkcjonuje skrót HY na określenie nerwicy hysterycznej (od łac.: hysteria). Nielatwo też ustosunkować się do wzmianki o lodowni w Szpitalu Czerwonego Krzyża, gdzie z bliżej nieokreślonej przyczyny przebywał zmarznięty pacjent. Lodownia to nic innego jak chłodnia, czyli pomieszczenie o niskiej temperaturze. Współcześnie dość popularne są metody leczenia niską temperaturą niektórych schorzeń, np. reumatologicznych. Być może z podobnego powodu umieszczono w lodowni wspomnianego pacjenta. Choromański zamieszcza też wzmiankę o transfuzji, którą przeprowadzono w Szpitalu Czerwonego Krzyża. Szkoda, że nie podaje żadnych szczegółów, należy bowiem wziąć pod uwagę, że transfuzjologia była podówczas nauką słabo rozwiniętą, czego dowodem jest chociażby artykuł Laskownickiego. Autor opisuje w nim rozliczne problemy związane z przetaczaniem krwi. Podstawową trudnością było uzyskanie wystarczającej ilości krwi do przetoczenia, stąd nawet w masywnych krwawieniach podawano na ogół tylko 500 ml, a zupełnie wyjątkowo 800–1000 ml. Najwięcej problemów stwarzała strona techniczna zagadnienia: autor pobierał krew do metalowego, emaliowanego garnka wypłukanego roztworem cytrynianu sodu, mieszając ją ciągle, aby nie wykrzepiła. Przetaczał ją następnie przy użyciu strzykawek o pojemności 20 lub 50 ml, albo gumowego irygatora

⁶² W. Orłowski, *Nauka o chorobach wewnętrznych*, T.3, s. 189.

z rurką gumową i igłą. Korzystano też z metody bezpośredniego przetaczania, polegającego na zeszytciu tętnicy promieniowej dawcy z żyłą odłokciową biorcy. Kontrola objętości przetoczonej w ten sposób krwi była trudna, toteż zabieg trwał dopóty, dopóki u dawcy nie wystąpiły wyraźne oznaki utraty krwi⁶³.

W podsumowaniu należy stwierdzić, że Choromański bardzo zęcznie poruszał się po trudnym terenie, jakim jest problematyka medyczna dla osoby zawodowo z medycyną niezwiązaną.

Był wnikliwym obserwatorem, a nabytą wiedzę potrafił umiejętnie w swej twórczości wykorzystać. Nie ustrzegł się wprawdzie błędów, ale nie umniejszają one wysokiej oceny jego dokonań. Na zakończenie warto przytoczyć jeszcze jeden cytat, dotyczący doktora Tamtena i rodzącego się w nim uczucia do Rebeki Widmarowej. To już nie zazdrość, lecz miłość i medycyna: „Dotychczas odnosił się do tego popularnego uczucia jak do nieszkodliwego zaburzenia w organizmie, powiedzmy, lekkiego podrażnienia błon śluzowych, coś w rodzaju kataru erotycznego. Lecz gdy się przekonał, że ostry stan kataralny może przejść w ciężki stan chroniczny, stracił wiarę w siebie i nie potrafił odnaleźć jej więcej. Miłość jego przerosła wszelkie oczekiwania. Było to wprost jakieś hiperamoris. Nie podejrzewał nawet siebie o zdolność do takiej hipertrofi uczuciowej”.

Rec. dr J.B. Gliński

Jerzy Janiuk

Terminology and the medical issues in the early (1931-1939) works by Michał Choromański

Summary

Michał Choromański (1904-1972) was a very popular author before the II World War outbreak. The works dating from that period are full of medical issues and terminology. The works reflect the author's long-standing battle against his disease and the observations made during his stay in hospitals.

The subject of the author's analysis is the correctness of the applied medical terminology used by Choromański in his works in accordance with medical knowledge and legally binding laws of that time.

⁶³ St. Laskownicki, *O przetaczaniu krwi*, „PPCh” 1926, T.5, zeszyt 2, s. 108-137.

Medizinische Terminologie und Problematik in den früheren (1931-1939) Werken von Michał Choromański

Zusammenfassung

Michał Choromański (1904-1972) war ein Schriftsteller, der sich besonders in den Jahren vor dem Ausbruch des II Weltkrieges riesengroßer Popularität erfreute. Für seine Werke aus der Vorkriegszeit ist eine ungewöhnliche Sättigung mit der medizinischen Problematik und Terminologie kennzeichnend. Das ist die Widerspiegelung des langjährigen Kampfes des Schriftstellers mit seiner Krankheit und der vorgenommenen Beobachtungen während des mehrmaligen Aufenthaltes in den Heilanstalten.

Der Verfasser des Artikels analysiert die in den frühen Werken von Choromański vorhandene medizinische Problematik im Hinblick auf den Einklang mit dem damaligen medizinischen Wissen und dem geltenden Recht. Der Gegenstand der Analyse ist auch die Richtigkeit der Anwendung von der medizinischen Terminologie.