

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

WYCHODZI CO CZWARTEK

REDAKTOR: ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCY: WILHELM KNAPPE i REMIGJUSZ STANKIEWICZ

ADRES REDAKCJI: *Senkiewicza 12, m. 28, tel. 52-51.*

ADRES ADMINISTRACJI: *Marszałkowska 71, tel. 334-48.*

Rok VII

WARSZAWA, 29 MAJA 1930 R.

Nr. 21 i 22

CZCIGODNEMU KOLEDŻE, WIERNEMU
TOWARZYSZOWI PRACY, WIELCE
ZASŁUŻONEMU OBYWATELOWI,
UCZONEMU LEKARZOWI, NIE-
SKAZITELNEMU CZŁOWIEKOWI,

D-rowi KAZIMIERZOWI DŁUSKIEMU

W 75-ą ROCZNICĘ URODZIN, JAKO
WYRAZ HOŁDU, NUMER NINIEJSZY
POŚWIĘCA

REDAKCJA.

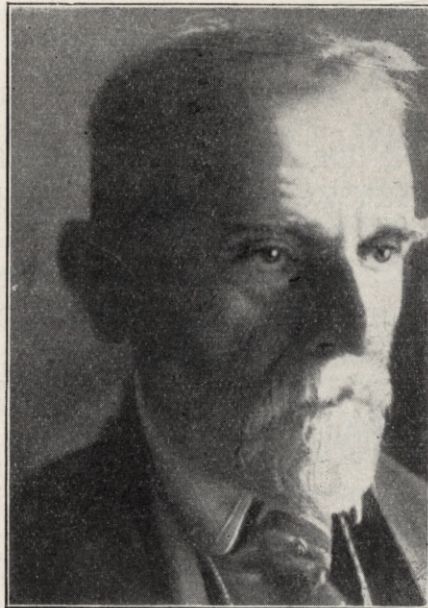
DOKTÓR MEDYCyny KAZIMIERZ DŁUSKI

W DNIU SIEDEMDZIESIĄTEJ PIĄTEJ ROCZNICY URODZIN.

Mąż niepospolitych cnót obywatelskich, nieustrudzony i pełen zapału wykonawca podjętych obowiązków człowieka i lekarza — abiturjent paryskiej szkoły nauk politycznych — współpracownik znakomitego ekonomisty i statystyka, Lévasseura — doktor medycyny fakultetu lekarskiego w Paryżu — uczeń Grancher — twórca pierwszego w Polsce sanatorium dla piersiowo chorych i przez lat szesnaście tego sanatorium dyrektor — autor licznych prac naukowych z zakresu medycyny klinicznej — przewodniczący Towarzystwa Medycyny Społecznej — jest, dzięki wszechstronnemu i głębokiemu przygotowaniu i niepospolitym zaletom umysłu i serca, Kazimierz Dłuski idealnym przedstawicielem współczesnego stanu zagadnienia gruźlicy, zagadnienia, które jest w równym stopniu zagadnieniem społecznym, jak zagadnieniem medycznym, w równym stopniu problematem higieny socjalnej, co i kliniki.

I.

Kazimierz Dłuski urodził się na Podolu rosyjskim w Sosnowce pod Mohylowem. Ojciec, Kajetan Dłuski i matka, Helena z Dobrowolskich — należeli oboje do zamożnego obywatelstwa ziemskiego. Dom ich tworzy oazę polskości wśród nieraz obojętnego obywatelstwa kresowego i odegrał znaczną rolę w czasie powstania styczniowego. Matka była podczas powstania korespondentem Rządu Narodowego w Warszawie, skąd co pewien czas otrzymywała proklamacje. Nauki — wraz z dwoma braćmi, znanymi muzykami, Erazmem i Józefem, pobierał do czternastu lat w domu, potem w gimnazjum w Niemirowie. W r. 1873¹⁾ wydalon z VII-ej klasy — jakkolwiek pierwszy uczeń — przeniósł się do gimnazjum w Petersburgu, skąd znów zdał do ósmej klasy gimnazjum w Kijowie, gdzie przebył... 6 tygodni, ponieważ został wydalon za stworzenie Kółka polskiego, mającego na celu uprawianie historii literatury polskiej. Maturę zdał w r. 1875 w Kamieńcu Podolskim, poczem wstąpił na wydział prawny uniwersytetu w Odesie. Tam wspólnie z innymi Polakami założył Kółko polskie; po dwu latach pobytu w Odesie przeniósł się na trzeci kurs prawa do Warszawy; w tym czasie, bywając w Petersburgu, obcował z koryfeuszami ówczesnego ruchu politycznego rosyjskiego, z Żelabowym, Perowską, w Warszawie zaś — z kółkiem, gromadzącym się około Ludwika Waryńskiego, Adama Szymańskiego. W roku 1878, aby uchronić się od represji rządu rosyjskiego, wyjechał za granicę; po krótkim pobycie we Lwowie i Krakowie udał się do Genewy, gdzie przebył lat cztery — do roku 1882-go; brał w tym czasie czynny



udział w pracy emigracji politycznej, będąc w stałej styczności z wybitnymi socjalistami i rewolucjonistami Polski i Rosji, więc T. Jeżem-Miłkowskim, Br. Limanowskim, Ostrogą-Mroczkowskim, Mendelsonem, Dyk-sztajnem, Żukowskim, W. Zasulicz, Krawczyńskim i innymi.

Pragnąc zdobyć sobie stanowisko samodzielne, przeniósł się w roku 1882 do Paryża, gdzie wstąpił do szkoły nauk politycznych, którą ukończył w r. 1884. Owocem pracy studjów na tem polu były dwie rozprawy t. zw. doktoryzacyjne, które uzyskały odznaczenie; są to rozprawy „O rencie gruntowej“ i „O historii poddaństwa w Polsce“²⁾.

W r. 1884 został sekretarzem osobistym znakomitego ekonomisty E. Lévasseura, który obiecał mu ułatwić wstąpienie do francuskiej służby dyplomatycznej; nie udały się te zamierzenia wskutek interwencji ambasady rosyjskiej, która dała o nim jaknajgorsze referencje polityczne. Zmienia więc ponownie zamiary i w r. 1885 wstępuje, mając więc już lat trzydzieści, na medycynę w Paryżu. Mimo, że z początku medycyna go nie pociągała, wciągnął się do pracy z wręczoną mu sumiennnością i energią; w r. 1890-ym ukończył medycynę, pisząc rozprawę na temat schorzeń nerkowych u dzieci. Począwszy od semestrów klinicznych najwięcej interesował się gruźlicą płuc, którą studjował przed doktoratem i po jego zdobyciu u znakomitego specjalisty Prof. Grancher. Praktykę lekarską rozpoczął w r. 1891 w Paryżu, jako lekarz chorób wewnętrznych, nie zaniechawszy jednak kliniki prof. Grancher. W Paryżu zjednał sobie wkrótce rozległą praktykę, zdobywając pacjentów sumienn-

nością, bezinteresownością i ujmującymi zaletami towarzyskimi. Lecz dobre warunki materialne i stanowisko, wywalczone ciężkim trudem na obczyźnie, nie zadawałały go. Myślał i marzył o powrocie do Polski, ściślej mówiąc — do Małopolski, ponieważ zabór rosyjski był dla niego zamknięty. Marzył o stworzeniu w Małopolsce wzorowego sanatorium dla chorych płucnych, gdyż pociągała go najwięcej walka z gruźlicą.

Z pomocą przyszło mu grono przyjaciół: Ignacy Paderewski, Henryk Sienkiewicz, Bruno Abakanowicz, Konstanty hr. Potocki i, szwagier, Dr. Józef Skłodowski stworzyli, wraz z samym inicjatorem, pierwszy zaczątek „To-

¹⁾ K. Dłuski. Wspomnienie z trzech lat (1875—1878). „Niepodległość“. 1929. Nr. 2.

²⁾ Obie te rozprawy wyszły drukiem w Wydawnictwie „Zjednoczenie Młodzieży Polskiej Zagranicą“. Zürich. 1898. Strona 278. Jako autor jest podany Z. Doliwa — pseudonim. Prócz wymienionych dwu prac większych książka obejmuje jeszcze następujące krótkie: „W kwestji agrarnej u nas“. „Położenie włościan i własności ziemskiej w XIX wieku w W. Ks. Poznańskim“ i inne.

warzystwa sanatorjum dla chorych piersiowych“ w Zakopanem; tak, że jesienią roku 1898-go — po uzyskaniu, przy pomocy Paderewskiego i Sienkiewicza, obywatelstwa austriackiego — mógł Dłuski wraz z żoną, dr. med. Bronisławą ze Skłodowskich, i dwójkiem dzieci opuścić Paryż i zabrać się do prac około pierwszego wielkiego polskiego sanatorjum dla piersiowych.

Na razie jednak wypadało myśleć o egzaminach, gdyż musiał nostryfikować swój dyplom paryski. Uzyskawszy pewne ułatwienia, złożył egzaminy w r. 1899-ym, Wtedy przystąpił do założenia sanatorjum. Poza tą pracą, która pochłonęła lata od 1900 do 1902 — a zatem przez trzy sezony budowlane — zimą roboty trzeba było przerywać — jeździł na studia do różnych europejskich sanatorjów zagranicznych; najdłużej, bo przez pół roku z rządu, przebywał w znanym szwajcarskim sanatorjum D-ra Turbana w Davos, w którym metoda lecznicza ujęta była w ścisłe karby, najsystematyczniej stosowane według ustalonych metod z największym rygiorem.

Na wzorze urządzeń i metod tej lecznicy oparł później Dłuski i swoje leczenie w Zakopanem.

Historja powstania sanatorjum w Zakopanem¹⁾ to. epepeja niestrudzonych wysiłków jednego człowieka, który dla urzeczywistnienia swego marzenia porzucił piękne stanowisko w Paryżu, aby w kraju walczyć niezmordowanie z biernością i niewiarą polskiego społeczeństwa.

Pierwsi przyjaciele z Paderewskim na czele wytrwali na swem stanowisku, a nawet z biegiem budowy podwoili swe udziały; lecz i ci i inni obietnic, dawanych z polską niedbałością, bywało, nie dotrzymywali. Trzeba było ciągle i wytrwale szukać nowych środków; polscy lekarze stanęli do apelu, lecz przeważnie z małemi udziałami. Dr. Dłuski dał wszystko, co miał, i przez długi czas wyznaczoną mu skromną bardzo pensję brał w postaci udziałów Towarzystwa,

Trzeba było walczyć z władzami gminnymi w Zakopanem i Kościelisku, gdyż uważały one powstający zakład za klęskę dla Zakopanego; trzeba było dobijać się o zbudowanie drogi do zakupionego pięknego terenu na zboczu Gubałówki i zmusić opieszale i niechętnie czynniki do tej budowy. Droga była gotowa, ale dopiero przed samą inauguracją zakładu, gdy władze miejscowe dowiedziały się, że namiestnik i marszałek sejmu krajowego w inauguracji sanatorjum wezmą udział. Marszałek sejmu, hr. Badeni, winszował Dłuskiemu owej „wytelegrafowanej“ drogi, czyniąc aluzję do wielkiego szeregu telegramów, jakie w tej sprawie odebrał. Skutkiem tych przeszkód sprowadzanie materiału budowlanego było bardzo utrudnione, i całą prawie cegłę trzeba było wyprodukować na miejscu.

Wreszcie stanął gmach, pięknie pomyślany, bardzo celowo urządzone i będący — na owe czasy — wyrazem ostatniego słowa komfortu higienicznego.

Brakujący kapitał pozyskany został z pożyczki Banku Krajowego; prócz licznych pożyczek prywat-

nych, dopomogła spłaceniu licznych zobowiązań pożyczka Pani Curie-Skłodowskiej — sumą, pochodzącą z otrzymanej przez nią nagrody Nobla.

I tak wysiłkiem polskiego lekarza stanęła w roku tysiąc dziewięćset drugim ta pierwsza wielka placówka na polu walki z gruźlicą.

Sanatorjum odrazu, wbrew głosom pesymistów, zapełnione zostało przez rzesze chorych; tak się działo stale, ponieważ na jego czele stał niezmordowany w pracy i energii Dr. Kazimierz Dłuski. A stał na jego czele przez lat szesnaście. Cały ten okres czasu z zupełnem poświęceniem i gorliwością od ósmej rano do późnego wieczora przebywał w Zakładzie: bądź na naradach z Kolegami — asystentami w gabinecie lekarskim, bądź na wizytach w pokojach chorych, bądź na leżalniach, gdzie osobiście kontrolował werandowanie. To stałe obcowanie z chorymi sprowadzało zażyły, przyjacielski stosunek do nich, co wielu z nich do dziś dnia z wdzięcznością wspomina.

Nie szło D-rowi Dłuskiemu o rentowność przedsiębiorstwa; ceny były obliczane na bardzo skromną dywidendę, która nigdy nie przekroczyła 5 od stu. Liczne ulgi udzielane były mniej zamożnym chorym.

Dr. Dłuski postawił odrazu Zakład na wysokim poziomie naukowym. Stale brał udział w zjazdach lekarskich europejskich, prenumerował dla Zakładu wiele czasopism z dziedziny chorób płucnych, starannie zestawiał sprawozdania lekarskie i statystyczne ze swego Zakładu, umiał dobrać sobie asystentów, których wdrażał do tej samej systematyczności i dokładności w pilnowaniu przepisów kuracji¹⁾. Nic też dziwnego, że sanatorjum wstępny bojem zdobyło sobie uznanie zarówno kolegów — lekarzy, jak i licznych rzesz chorych, a nawet zajęło poważne miejsce w szeregu europejskich analogicznych placówek.

Nowe poważne metody lecznicze były tam stosowane — ostrożnie, po długich studjach przedwstępnych. W sanatorjum była np. najwcześniej na większą skalę stosowana metoda leczenia sztuczną odmą piersiową.

W końcu roku 1918 go Dr. Dłuski opuścił, niestety, ten przez siebie stworzony i ukochany teren pracy; powołany przez ówczesnego Naczelnika powstającego Państwa Polskiego, Józefa Piłsudskiego, na przewodniczącego Komisji Zagranicznej, musiał podporządkować się wymogom politycznej konieczności, nie przeczuwając, że na stałe opuszcza Zakopane. Zmuszony do dłuższego pozostania w Paryżu, musiał zrzec się prowadzenia sanatorjum, które też niebawem przeszło w ręce innego właściciela i po niedługim czasie zaczęło chylić się ku upadkowi.

W roku 1927-ym przeszło na własność mini-

¹⁾ Nazwiska asystentów Dłuskiego (prócz żony, D-ra med. Bronisławy Dłuskiej): Dr. E. Brzeziński (stałe w Zakopanem), Dr. Z. Czapliski (stałe w Zakopanem), Dr. A. Januszkowski (stałe w Zakopanem), Dr. L. Zieliński (w Warszawie), Dr. St. Rudzki (pułkownik, w Warszawie), Dr. M. Rozpedziowski (zmarł), Dr. L. Pinkus (zmarł), Dr. Kollataj-Szrednicki (general, w Warszawie), Dr. Olgierd Sokolowski (stałe w Zakopanem), Dr. Henryk Zawistowski (zmarł). Większość współpracowników D-ra Dłuskiego zasłynęła w Polsce jako specjaliści chorób piersiowych.

¹⁾ Dr. J. Skłodowski. Sanatorjum dla chorób piersiowych w Zakopanem. Gazeta Lekarska 1903.

sterstwa wojny; przyczem zmieniono nazwę, zacierając doszczętnie chlubnie w całej Polsce znane miano: „Sanatorium imienia B. i K. Dłuskich¹⁾.” Tym sposobem—ponieważ było sanatorium Dłuskich ogranicza swą działalność tylko do wojskowych i ich rodzin, ogół społeczeństwa polskiego znów jest pozbawiony sanatorium w Zakopanem; istnieją tylko zawodowe. Jest to wielką stratą zarówno dla ogółu, jak i dla lekarzy, którzy są pozbawieni możliwości umieszczania swych pacjentów w dobrych warunkach w Zakopanem, a więc jest tak, jak było przed erą Dłuskiego.

Niewdzięczna potomność skasowała „oficjalnie” nazwę sanatorium Dłuskich, nazwę zastrzeżoną umową rejentalną. Tradycja jest jednak silniejsza: długie, długie lata miną, zanim tę nazwę ogół zapomni, jakkolwiek sam Dłuski przeszedł na inne pole pracy.

A pole to nie jest małe, mimo tego, że Dr. Dłuski ukończył już siedemdziesiąt i pięć lat życia; osiadł w Warszawie, zajmując się obok praktyki prywatnej — licznymi sprawami społecznymi. Jako długoletni prezes „Związku strzeleckiego”, jako prezes „Towarzystwa Medycyny Społecznej”, prezes „Konfederacji Pracowników Umysłowych” i wielu innych, wnosi wszędzie tak cenne i nieczęste w Polsce wartości, jak praca wytrwała, systematyczna i przepojona pierwiastkiem obywatelskim, nie ubiegająca się o zaszczyty.

Życie ofiarne, przekonania, dochowane od najwcześniejszych lat życia, przekonania, od których nigdy nie odstąpił, prawość i sztuka postępowania zawsze w zgodzie z głošonymi hasłami, miłość do nauki i wiara w nią—te cechy dają rękojmię, iż dalsze lata życia, oby najdłuższe, pozostaną na tej samej drodze!

II.

Pierwszą pracą lekarską K. Dłuskiego, datowaną już w Zakopanem, (listopad r. 1901) była rozprawa „W sprawie trawienia u suchotników²⁾.”

Czy słuszny jest pogląd, uznawany wówczas przez powagi kliniki i oparty na badaniach laboratoryjnych składu chemicznego soku żołądkowego u gruźliczych, że w przebiegu choroby występują zaburzenia trawienia, jako skutek zatrucia gruźliczego, nawet jako skutek bezpośredniego zadziałania lasieczników na ściany żołądka?

Dłuski przychodzi do wniosku, mającego do dziś dnia wartość w etjologii i klinice dyspepsyj gruźliczych, że jest ona wyrazem „*Misère physiologique*” — jest jednym z objawów nędzy, wyrazem współzrędnym z powstawaniem samej choroby. Jako argument przekonujący, przytacza,

1) Na pierwszym Walnym Zebraniu Towarzystwa, w roku 1902, sanatorium otrzymało nazwę „pod kierunkiem”, a potem wprost: imienia D-ra Dłuskiego. Podczas wojny na walnym zebraniu w roku 1915-ym uchwalono nową nazwę: „imienia B. i K. Dłuskich”. Usunięcie nazwy ofiarnego twórcy i wieloletniego kierownika w sposób tak bezceremonjalny jest dowodem poniewierania cudzych zasług i znakomitego nazwiska, zjawiskiem częstym, niestety, w Polsce.

2) Medycyna 1902. Nr.Nr. 5 i 6. Ten sam temat, opracowany z Majewiczem z Krakowa pod tytułem „*Les tuberculeux et leur estomac*”. Travail du laboratoire de M. Létulle à l'hôpital Boucicant, był wydrukowany w Presse Médicale 1901. Nr. 24.

że choremu w sanatorium bardzo rychło po wstąpieniu przybywa na wadze, jakkolwiek w tym samym czasie objawy płucne wcale się nie polepszają, co następuje dopiero o wiele później.

Drugą pracę „O sanatoriach” ogłasza jako wykład o metodzie leczenia sanatoryjnego, o pożytku zakładów zamkniętych, o wyborze miejscowości, o gmachu, urządzeniu, o wartości regulaminu, o wynikach, otrzymanych w Europie i Ameryce, o znaczeniu społecznym sanatoriów. Te—tak powszechne dziś szczegóły urządzenia i życia sanatoryjnego były wówczas nowością dla ogółu lekarzy w Polsce. Ważny ustęp wartości nie tylko praktycznej, ale i teoretycznej stanowi omówienie, jak należy rozumieć termin wyleczenia, termin, figurujący w sprawozdaniach z działalności sanatoriów, ówczesznie w Europie czynnych.

Pierwszą pracę kliniczną lub, ściślej mówiąc, kliniczno-laboratoryjną wykonał Dłuski ze swym asystentem Rozpędzihowskim w r. 1909-ym p. n. „Badania krwi według metody Arnetha wogóle, a w szczególności w gruźlicy³⁾”. Badań wykonano 209—dochodząc do wniosku, że wszelkie perturbacje w przebiegu suchot, zarówno ku poprawie, jako też i ku pogorszeniu, zmieniają obraz krwi w sposób wskazany przez Arnetha.

Te same badania dały materiał do pracy, więcej szczegółów zawierającej i szerzej motywowanej: „Badania krwi według metody Arnetha u chorych na gruźlicę — ze stanowiska klinicznego³⁾”.

Wielką pracą przedstawił Dłuski na drugim zjeździe internistów polskich we Lwowie w roku 1914-ym. Wydrukowano ją później jako monografię p.t. „O sztucznej odmie piersiowej. Część pierwsza⁴⁾”.

Był to temat główny, zjazdowy, opracowany wspólnie z piszącym te słowa, który przekonał się w trakcie pracy, jak wielką wartość ma obcowanie (choćby głównie listowne)—z głową i temperamentem tej miary, jak Dłuski. Łatwość porozumienia się w kwestjach spornych, podział pracy, zgodność przy wyprowadzeniu wniosków, lojalność w stosunkach. A nigdy sporu o „pierwszeństwo”, o *prioritas*, gdy chodziło o myśl nową—oto cnoty, które dyktowała dobra wola, umiłowanie przedmiotu pracy i wzgląd główny: dobro powszechne.

Dłuski opracował część teoretyczną z punktu widzenia historii i stanu ówczesnego nauki o odmie leczniczej; piszącemu pozostawił cały swój dorobek kliniczny, który wykorzystałem do drugiej części referatu i ogłosiłem drukiem w obu tych samych pismach, jak i Dłuski.

Pismami temi były: Przegląd Lekarski i „Beiträge zur Klinik der Tuberkulose”.

Praca o gorączce menstrualnej kobiet (z uwzględnieniem pewnych zjawisk patologicznych⁴⁾). Sprawdza tu Dłuski nie tylko spostrzeżenia Turbana, ale też je pogłębia i wyjaśnia. Badania były oparte na spostrzeganiu trzystu pacjentek sanatorium w Zakopanem. Panowała wówczas między lekarzami różnica w poglądach zarówno co do mo-

1) Przegląd Lekarski. 1909. Nr.Nr. 47 i 48.

2) Gazeta Lekarska. 1908.

3) Przegląd Lekarski. 1916. Wojna opóźniła ukazanie się w druku pracy.

4) Drukowana w „Beiträge zur Klinik der Tuberkulose” Tom XX. R. 1911.

mentu wystąpienia tego objawu, jak i co do jego częstości, wreszcie — stosunku do gruźlicy wogóle.

Przystępując do badań, ustanawia Dłuski, że przyczyną rozmaitego ujęcia tego zagadnienia jest, że nie znamy istoty obu pojęć głównych: wiemy mało o gorączce, niewiele o istocie menstruacji i szeregu zбочeń biologicznych, z nią związanych; trudno więc w tych warunkach łączyć istotę stosunku między obydwu zjawiskami. Zestawienie wiadomości ówczesnych o tych dwu zagadnieniach podstawowych, poparte spostrzeganiem chorych, doprowadza Dłuskiego do następujących wniosków. U 56 od sta kobiet, cierpiących na gruźlicę, menstruacja nie wpływa na przebieg gorączki tego okresu kobiecego; u innych kobiet spostrzegał przed, w czasie lub po menstruacji wahania, wynoszące od 0,3 do 1,5°, a nawet 2°.

Bywają jednak w tym samym okresie i obniżenia ciepłoty.

Do zagadnienia gorączki powrócił Dłuski ponownie w roku 1927 w pracy: Uwagi o ciepłocie gorączkowej¹⁾, w pracy, złożonej w hołdzie jubileuszowym „prof. D-rowskiemu Antoniemu Głuzińskiemu, autorowi znakomitej pracy „Zarys ogólnej patologii i terapii gorączki“ (Kraków 1898).

Po wielostronnem rozpatrzeniu zagadnienia wniosek jest ten sam, co i przed trzydziestu laty: *nescimus*.

Najgoręcej (to określenie trzeba wziąć w dosłownym znaczeniu, mówiąc o charakterze zainteresowania Dłuskiego jakimś zagadnieniem, który każde rozwiązuje krytycznie, ale zawsze zabarwia pracę subiektywnie, emocjonalnie) zajmował się Dłuski zagadnieniem swoistego leczenia gruźlicy. W r. 1907-ym pisze „O stosowaniu tuberkuliny w gruźlicy płuc ze stanowiska klinicznego“; w r. 1910-ym: „Ogólne uwagi o swoistem leczeniu gruźlicy“²⁾. Największa z prac w tej materji „Ueber Tuberkulinanwendung in der Lungentuberkulose von klinischem Standpunkte“³⁾ do dziś dnia uchodzi w Niemczech za najgłębiej ujęte studjum krytyczne, dotyczące tego zagadnienia, w Niemczech, gdzie temu tematowi poświęcono niejedną setkę prac. Bo też nic prawdziwie nowego o teorii działania tuberkuliny nie napisano po Sahlim i Dłuskim. Obaj autorzy mają nadzieję — mówiąc słowami Dłuskiego — że z panującego chaosu wyłoni się ściśle naukowa, swoista metoda leczenia gruźlicy ludzkiej, metoda, harmonizująca z obecnie stosowaną metodą djetetyczno-higieniczną.

W roku 1912-ym ogłasza z sanatorium dla płucnych w Zakopanem rzecz „O wartości klinicznej odczynu Moro (na podstawie pięciuset spostrzeżeń własnych“), opracowaną wspólnie ze Stefanem Rudzikiem.

Wreszcie w r. 1925-ym pisze: „O stosowaniu preparatów z laseczników Kocha dla celów rozpoznawczych i leczniczych w gruźlicy—ze stanowiska klinicznego“⁴⁾; Dłuski, przytoczywszy statystyki autorów wszystkich narodowości — pozostaje nadal

sceptykiem w ocenie rzekomych wartości leczniczych tych przetworów, a nawet, jeśli chodzi o metodę Moro—jej wartości rozpoznawczej.

W pracy: „Uwagi o wskazaniach do leczenia gruźlicy płuc w Zakopanem“⁵⁾ powraca autor do tematu, poruszonego przezeń już w roku 1910-ym⁶⁾; przytacza tu, porównawczo, wyniki leczenia, osiągnięte w Zakopanem w ciągu lat jedenastu, z wynikami w innych miejscowościach leczniczych, za granicą.

„Walka z gruźlicą“⁷⁾ (r. 1922) jest przystępnym wykładem istoty gruźlicy i stanu walki z nią w kraju: spis całego armatorjum, jakie miała wówczas Polska, i spis sposobów walki stosowany zagranicą.

W roku 1926 wygłasza na specjalnych kursach dla lekarzy dwa wykłady o rokowaniu w gruźlicy płuc, które weszły w skład dzieła: „Gruźlica i jej zwalczanie“.

Jest to w tym zakresie monografia w Polsce jedyna, znakomita i wyczerpująca.

W roku 1926-ym ogłasza pracę „Przyczynek do nauki o odmie sztucznej“⁸⁾ na zasadzie materiału sanatoryjnego“.

W roku 1929-ym ogłasza znakomitą monografię: „O jamach jawnych w płucach gruźliczych“⁹⁾. Jest to zagadnienie kliniczno-anatomiczne, oświetlone własnem autora doświadczeniem na wielkim materiale, ujęte w związku z szeregiem czynników, wpływających na stan chorego. Ta monografia jest oparta na wielkim materiale 650 chorych sanatoryjnych. Materiał jest ugrupowany podług różnych zasad (wieku, czasu spostrzegania, lat leczenia, przebiegu wahań wagi, liczby tętna, ciepłoty, zejścia i t. d.); oryginalny jest układ całego materiału według stanu odporności, przyczem autor odróżnia na podstawie przebiegu choroby — cztery grupy: 1) odporność, złamana na początku choroby; 2) odporność ugięta; 3) odporność falista; 4) odporność w równowadze.

Jako odczyt publiczny wygłosił Dłuski rzecz zatytułowaną: „Istota gruźlicy. Drogi szerzenia się. Sposoby zwalczania“. Wydana drukiem w tymże roku 1917-ym. Mozolnie (wówczas) ułożone tablice środków walki z gruźlicą w naszym kraju (tow. przeciwgruźlicze, sanatoria, szpitale, przychodnie, kolonie dla dzieci, ogródki) zdobiją broszurę.

Do prac naukowych Dłuskiego zaliczyć też należy „Sprawozdanie z działalności sanatorium imienia D-rowski i K. Dłuskich w Zakopanem“.

Takich sprawozdań wyszło dwanaście, opracowane były przy udziale asystentów: Czaplickiego, Rozpędzińskiego, St. Rudzkiego, H. Zawistowskiego i O. Sokołowskiego, który został następcą Dłuskiego jako Dyrektor sanatorium, i był nim dopóki ono należało do Towarzystwa.

Sprawozdania są poniekąd unikatami w piśmiennictwie lekarskim polskiem. Z nich dowiedzieli się lekarze praktycy wielu szczegółów, ty-

1) „Warszawskie Czasopismo Lekarskie“. 1927. Nr. 9.

2) Przegląd Lekarski. 1910. Nr.Nr. 20—22.

3) Beiträge zur Klinik der Tuberkulose. Tom V.

4) Warszawskie Czasopismo Lekarskie. 1925. Nr.Nr. 8 i 9. Referat na I Ogólnopolskim Zjeździe przeciwgruźliczym w Krakowie. 1925 r.

5) Przegląd Lekarski. 1918.

6) Nowiny Lekarskie. 1910. Nr. 1 i 2.

7) Redaktor Prof. S. Ciechanowski. Warszawa. 1927.

8) Warszawskie Czasopismo Lekarskie. 1926. Nr.Nr. 3 i 4.

9) Warszawskie Czasopismo Lekarskie. 1929. Nr.Nr. 1, 2, 3, 4.

czących się metody leczniczej sanatoryjnej, szczegółów, tyjących się leczenia klimatem, pożywieniem, ruchem i spoczynkiem, rygiem zakładowym.

Znajdujemy jednak i bezpośrednio kliniczne spostrzeżenia i to tak wielkiej wagi, że każdy z nas, starszych, czuje zawstydzenie, że dotąd spostrzeżeń Dłuskiego nie ocenił; były one w sprzeczności z panującymi ówczesnymi teorjami, za to bliskie poglądom najnowszym.

W pierwszym już sprawozdaniu (za czas od 10.XI 1902 do 30.IV 1904) pisze Dłuski: „Niech nam wolno będzie podzielić się małym spostrzeżeniem, które zrobiliśmy“. „Klinika uczy nas, że sprawa gruźlicza zaczyna się prawie zawsze w szczytach, po ich zajęciu dopiero rozwija się w średnich i dolnych częściach płuc. Niezawsze jednak tak bywa. U wielu chorych dostrzegliśmy, że główne ogniska mieszczą się w prawem płucu z tyłu na przestrzeni od grzebienia do połowy łopatki, a w lewym płucu z przodu w drugim i w trzecim przestworze międzyżebrowym. Chorzy z ogniskami, tak umiejscowionymi, stanowili 25% ogółu naszych pacjentów, a nawet 34%, jeśli usuniemy chorych III okresu. „Szczyty były“, w przypadkach, o których mowa, „albo prawidłowe, albo bardzo mało zajęte, podczas gdy w tych ogniskach były już objawy daleko posuniętej sprawy“.

W trzecim sprawozdaniu (r. 1906) powraca Dłuski do tego spostrzeżenia i pisze: „Ogniska te wyprzedzają pojawienie się sprawy w szczytach, lub istnieją samodzielnie przy szczytach niezajętych, odznaczają się większym natężeniem, skłonnością do rozpadu, wreszcie, w razie pomyślnego przebiegu sprawy mniejszą skłonnością do poprawy“. Jako pierwszy objaw takiego ogniska, „które zjawiało się nawet w płucu zdrowym, odznaczało się przelotnością“, „czasem pojawiały się bez żadnych podmiotowych objawów i można je było wykryć dopiero za pomocą bardzo drobiazgowego badania“.

W czwartym sprawozdaniu powraca do ognisk gruźliczych, leżących na wysokości drugiego i trzeciego międzyżebria (z przodu i z tyłu): „że pojawiają się samorzutnie przy niezajętych szczytach, z natury są uporczywe, skłonne do rozpadu i wolniej się poprawiają“.

W piątym sprawozdaniu znów pisze o ogniskach, które „występują przed ukazaniem się sprawy w szczytach, że w ogniskach tych sprawa bywa znacznie posunięta wówczas, gdy szczyty są mało lub wcale nie dotknięte, że sprawa ta odznacza się uporczywością“.

W sprawozdaniu szóstym (za r. 1909) podaje liczbę chorych z takimi ogniskami na 11—12% ogółu chorych (w roku poprzednim: 12,5%, w następnym—14,9%, w roku 1911-ym—13,7%; to samo w roku następnym).

Nie było więc to spostrzeżenie dorywcze, nie było ogłoszenie o niem przypadkiem, nowinką, która miała ubarwić suche cyfry sprawozdania.

Było to wielkie spostrzeżenie, które o wiele później doszło do świadomości ogółu, stając się punktem zwrotnym w nauce *phthiogenesis*, a było przez Kazimierza Dłuskiego w Zakopanem uczynione bez pomocy przyrządu Röntgena, jedynie przy pomocy tak niezwykle subtelnego muzycznie słuchu i subtelnego dotyku, jakimi

rozporządza ten klinicysta, uczynione jako wynik mozolnego badania i sumiennego spostrzeżenia przebiegu choroby.

Drugim objawem, do którego opisu raz wraz Dłuski powraca są małe gruźliczkie zapalenia opłucny, nazwane przez niego „*pleuritis sicca volans*“, występujące w różnych olociach (obecnie: *pleurite à repetition*).

Piszący te słowa — w czasie jednego z licznych odwiedzin sanatorium Zakopiańskiego — określił stosunek wielu chorych do zakładu słowami: tu chorzy zdają się być przekonani, że czynią ofiarę, przybywając do krajowego zakładu leczniczego; że za to należy się im szczególna kompensata; bo jedyny to chyba powód do nadzwyczajnych żądań, do pretensji i lekkomyślnej krytyki.

W takich bowiem trudnych warunkach pracował Dłuski i wytrwał przez lat szesnaście, wspierany w tej pracy przez towarzyszkę życia, kobietę niepospolitego umysłu i pracy, D-rę Bronisławę ze Skłodowskich, i popierany moralnie przez inteligentnych chorych i przez lekarzy.

Czcigodnemu Jubilatowi, znakomitemu obywatelowi i lekarzowi, niestrudzonemu do dziś dnia i pełnemu wiary w to wszystko, co przez całe życie ukochał i w imię czego pracował — życzę, byś przez lata jeszcze służył nam swem doświadczeniem, swą wiedzą i wolą, dążącą zawsze do prawdy, może czasem bezwzględnej, ale zawsze czystej i idealnej.

Dr. Seweryn Sterling (Łódź)

Urywek ze wspomnień lat dawnych.

Skreślił

Antoni GLUZIŃSKI (Warszawa).

(dla uczczenia zasług lekarskich Dra Kazimierza Dłuskiego.)

W drugiej połowie wieku ubiegłego, a właściwie w ostatnim ćwierćwieczu, my, lekarze wówczas młodzi, zmienialiśmy swoje zapatrywania tak w pojęciach na patogenezę gruźlicy pod wpływem doświadczeń Villemina, odkryć Kocha, jak znów na jej leczenie, zwłaszcza narządu oddechowego, pod wpływem wystąpienia Brehmera i założenia w myśl jego zapatrywań specjalnego sanatorium w Gerborsdorfie noszącego nazwę sanatorium Dra Brehmera dla chorych płucnych.

Jakkolwiek pewne ówczesne zapatrywania Brehmera, jak np. stan serca (małe serce) i stosunek jego do rozmiaru płuc, dzisiaj nie grają przypisywanej im wówczas przez Brehmera roli, to zasadnicza myśl leczenia klimatem, odpowiednio dawkowanym spokojem, odpowiednią dietą, oderwaniem się od codziennego zajęcia, działaniem na skórę, obok leczenia objawowego, przy stałej kontroli lekarskiej i t. d. zwyciężyła powoli tak, że sanatorium Dra Brehmera w Gerborsdorfie stało się głośnie, i coraz więcej chorych było kierowanych przez lekarzy, którzy przekonali się o dobrych wynikach w odpowiednich przypadkach, na tych zasadach opartego leczenia, i kierowali chorych do tego sanatorium.

Położenie sanatorium Dra Brehmera blisko naszych ziem (niedaleko Wrocławia) sprawiło, że i lekarze polscy kierowali według możliwości swoich cho-

rych do tego zakładu, tak, że liczba Polaków, leczących się tam, zwiększała się poważnie, i stało się wskazaniem dla Dra Brehmera do zaangażowania do pomocy jako asystentów lekarzy Polaków, których szereg rozpoczął nieodżałowanej pamięci ś. p. Prof. Dr. Alfred Sokołowski.

Idea sanatorjów dla gruźliczych zakreślała coraz szersze kręgi, powstawały sanatorja na wzór Brehmera w Niemczech, Szwajcarii, Austrii i t. d.; o stworzeniu podobnego sanatorjum na naszych ziemiach jeszcze wtedy nie myślano.

Zasady jednak leczenia według zasad Brehmera przejmowały nas lekarzy coraz bardziej, a ponieważ nie wszystkich chorych stać było, aby mogli się udawać do sanatorjów zagranicznych, przeto staraliśmy się jak i dzisiaj się staramy, stwarzać warunki, wśród których zasady leczenia Brehmera mogłyby być przeprowadzone. Nie wystarczające, naturalnie, samo przez się było tu odpowiednie, oddawna znane leczenie klimatyczne. Koryfeusze ówczesni naszej nauki jak Tytus Chałubiński, Ignacy Baranowski, Edward Korczyński szerzyli te zasady, a jako miejsce klimatyczne wskazywali Zakopane. Tu „w pensjonatach“, których liczba rosła, pod kierunkiem lekarzy, których liczba wykwalifikowanych również się zwiększała, a nie brakło rodzin, które zwłaszcza za radą Chałubińskiego budowały w Zakopanem własne wille — „prywatne sanatorja“, w których wszystkich stosowany był i jest według możliwości „Brehmerowski regime sanatorjalny“.

Naturalnie, że w leczeniu gruźlicy stanowiło to u nas poważny postęp, że do rozmaitych miejsc, ba, nawet na zwykłą wieś kierowali lekarze swoich chorych, byle wypełniali oni zasadnicze warunki, z którymi lekarz starał się jaknajdokładniej swoich chorych zapoznać. Nie mogło to jednak i nie może to dzisiaj, zwłaszcza dla przypadków poważniejszych, zastąpić tego w ścisłym słowa znaczeniu leczenia sanatorjalnego, brakuje bowiem tego ścisłego nadzoru lekarskiego i opieki lekarskiej, tego stałego przepisane go regimu, któremu chory, wstępując dobrowolnie do sanatorjum, zgadzał się poddać.

Sanatorjum jednak na ziemiach naszych w tym czasie nie było, a rozbijało się o brak funduszków, a zwłaszcza, że nie zjawił się człowiek, któryby, odpowiednio przygotowany lekarsko, podjął tę myśl, zyskał zaufanie i umiał zdobyć w następstwie pomoc materialną, sam się angażując, a zwłaszcza energję, która by mu dała moc pokonywać poważne trudności, jakich nie brakuje w takim przedsięwzięciu, jak to doświadczenie pouczyło w dalszym biegu i tej sprawy.

W tych warunkach stanął na ziemi Małopolskiej w sile wieku lekarz, mało nam wtedy jeszcze znany, z gotową myślą, z ufnością w siebie, z przyrzeczeniem już do pewnego stopnia poparciem materialnym, Dr. Kazimierz Dłuski wraz z swoją małżonką.

Nie mam zamiaru kreślić historii powstania tego pierwszego sanatorjum na ziemiach polskich, które słusznie nosiło nazwę „imienia Dłuskich“, zaznaczyć jednak muszę, że u nas, lekarzy polskich, nie było wtedy dostatecznej ufności w możliwość sił materialnych do wzniesienia sanatorjum według zakrojonego planu, naturalnie, w Zakopanem na zakupionym, a wybranym przy pomocy Baranowskiego terenie, na którym dzisiaj to sanatorjum stoi.

To też liczba nas lekarzy, którzy jako akcjonariusze do związanego przez Dra Dłuskiego To-

warzystwa przystąpili, była dość skromna, a materialnie nie zasobna.

Jeden moment z dziejów tych pozostaje mi jednak w pamięci, o którym wspomnieć muszę.

Mimo trudności Dr. Dłuski nie dał się zniechęcić. Teren zakupiony, splantowany, mury pod dach prawie doprowadzone, fundusz jednak już na wyzerpaniu.

Zwołane wobec tego zgromadzenie akcjonariuszy odbywa się w Zakopanem w sali „Hotelu Turystów“ (dzisiaj spalonym). My, lekarze, skromni akcjonariusze, zebrani w Zakopanem, do których należeli, o ile pamiętam, Baranowski, Sokołowski, Florckiewicz, Karłowicz, z Warszawy, Surzycki z Krakowa, ja w imieniu swoim i brata ze Lwowa, po otrzymaniu zaproszenia na to posiedzenie zebraliśmy się poprzednio, dość pesymistycznie nastrojeni, i przyszliliśmy do przekonania, że narazie trzeba wobec braku funduszków całą budowę przerwać, mury wzniesione deskami pokryć, robotę całą zatrzymać do następnego roku i zastanowić się, czy i jak zebrać fundusze, by pracę dalej prowadzić.

Z tym wnioskiem, wynikającym z naszego pesymizmu i z braku ufności w siły Towarzystwa, jeszcze bowiem wtedy za mało znaliśmy Dra Dłuskiego Kazimierza, zjawiliśmy się na zebranie.

Oprócz nas, lekarzy, zastaliśmy tam osoby z poza świata lekarskiego, a najpoważniejsi, jakieśmy się wtedy dowiedzieli, akcjonariusze Towarzystwa, w osobach Ignacego Paderewskiego, ordynata Adama Krasieńskiego, hrabiego Konstantego Potockiego i kilku innych, których nazwisk nie pamiętam. Po złożeniu sprawozdania przez Dra Dłuskiego, zakończonego tem, że fundusze są na wyczerpaniu, a nie może odstąpić od swego planu i musi doprowadzić w tym roku do pokrycia dachem wznoszącego się budynku, rozpoczęliśmy według ułożonego planu kampanję, my, lekarze, a skromni, bo przeważnie tyśiąckoronowi akcjonariusze, wysuwając nasz wniosek i ostudzając zapał Dra Dłuskiego.

W tym duchu przemawialiśmy my, ohečni lekarze, i ja nie milczałem, a osiągnęliśmy skutek nie ten, jaki zamierzaliśmy. Podniecony naszym wystąpieniem, nacechowanym pewnego stopnia niewiarą w przedsięwzięcie, zabrał głos Ignacy Paderewski. Poraz pierwszy słyszałem jego mowę, a w miarę jej trwania odczuwałem, że ten mistrz tonów to i mówca czarujący, a co najważniejsze, że w człowieku, odczuwającym tak głęboko biedę ludzką, tkwi wielki obywatel. Żałuję bardzo, że to przemówienie nie może być uwiecznione. Wspaniała improwizacja, która mi na stałe pozostała w pamięci, w której Paderewski podnosił, że po przemówieniu lekarzy przyszedł do tem większego przekonania, o potrzebie i konieczności dokończenia tego zbożnego dzieła, jakim będzie to pierwsze sanatorjum na ziemiach naszych, że my lekarze, wytknął to nam delikatnie, mimo dobrych chęci, w warunkach jakich żyjemy, jesteście trochę za małego ducha; on ma zaufanie do energii, wytrwałości Dra Dłuskiego, dlatego uważa dalsze prowadzenie robót za konieczne, bo po ukończeniu murów i pokryciu dachem budynku będzie można zaciągnąć większą pożyczkę w Banku Krajowym (dzisiejszy Bank Gospodarstwa Krajowego). By ten plan przeprowadzić, trzeba, by znalazły się zaraz odpowiednie fundusze, i dlatego podpisuje nowych kilkadziesiąt (ile nie pamiętam) tyśiąckoronowych akcji. Przemówienie to, jak i

przykład i wystąpienie dalsze Dra Dłuskiego tak podziały, że podnieśli się inni w tym samym duchu, zgłosił się, o ile pamiętam, ordynat Krasiński z podpisaniem także dalszych akcji i t. d.

Opuszczaliśmy zebranie z całą ufnością, że sanatorium rozpoczęte będzie pod energicznym kierunkiem Dra Dłuskiego dalej budowane, nie powiem jednak, byśmy my skromnoakcjowi lekarze a defetyści, wychodzili z podniesioną głową dokonania dobrego czynu, chyba, że, czyniąc *bonne mine á mauvais jeu* przypisywać moglibyśmy sobie, iż krytyką naszą i niewiarą, zawartą w naszych przemówieniach, poprowadziliśmy dalszy bieg sprawy.

Małe, a nie powiem, by wystarczające zadowolenie — a to wspomnienie może tylko pozostać nauką na przyszłość, że łatwiej krytykować i siać nieufność, niż zdobyć się na czyn.

Wspomniałem, że nie piszę historii sanatorium imienia Dłuskich, cieszyłem się, że ono powstało na ziemiach naszych, mogąc śmiało rywalizować tak pod względem warunków klimatycznych, urządzenia i prowadzenia lekarskiego ze wszystkimi sanatoriami zagranicznymi. Byłem z nim, jako lekarz, zwracający tam swych chorych, w dość stałym kontakcie i dlatego nie mogę się powstrzymać od pewnej uwagi, jaką mi nasuwają dalsze losy tego sanatorium.

Serdecznie się cieszę, że służy ono dzisiaj do odzyskania zdrowia żołnierzowi naszej armji, że odzyskują oni tam opiekę i nowe siły, jeżeli ich dotknęło to nieszczęście choroby, wolałbym jednak, jako lekarz, by było powstało nowe sanatorium wojskowe, a to pierwsze wobec braku sanatorjów na ziemiach naszych, mimo wobec dzięki Bogu od tego czasu powstania u nas dalszych sanatorjów, jak w Rudce, staraniem ś. p. Dra Dunina, jak „Bratniaka” i „Odrodzenia” w Zakopanem dla uczącej się młodzieży, jak miasta Warszawy w Otwocku i t. d., pozostało dla celu, dla jakiego zostało ono wzniesione, t. j. dla ludności chorej cywilnej, dla której jest tak mało sanatorjów u nas, i nosiło dalej zasłużoną nazwę „imienia Dłuskich”.

Pierwsza wzmianka w literaturze o pozaszczytowym pochodzeniu gruźlicy płuc.

Podał

O. SO OŁOWSKI (Zakopane).

Ftjzjologia współczesna zawdzięcza swój bujny rozwój nowym prądom, które wykrystalizowały się w ostatnich czasach jako teoria o powstawaniu i rozwoju procesów suchotniczych (t. zw. nacieki wczesne, ogniska Assmannowskie, i t. p.): suchoty rozpoczynają się przeważnie, jako ognisko bronchopneumoniczne. Tak pojęty początek suchot odbiega znacznie od obowiązującego dawniej dogmatu o szczytowem ich pochodzeniu. Wiemy, że zmiany, stwierdzane w szczytach, mają najczęściej charakter włóknisto-bliznowaty; są one, wedle nowej nauki, pozostałościami po przebrzmiałem i niespostrzeżonem nacieczeniu wczesnem: „resztki” te znalazły się z biegiem czasu w szczycie, dzięki procesom marszczenia się, a pierwotnie znajdowały się niżej. Zmiany, wyglądające na kliszy, jak drobne, twarde plamki, są pozostałościami wysiewów krwiopochodnych. Nacieczenia wczesne dają tak

skąpe objawy przysłuchowe, że bywają przeważnie przeoczone, a wykrywane tylko dzięki promieniom Roentgena. Do wyraźnego postawienia kwestji ftjzjogenezy przyczyniła się najbardziej szkoła niemiecka (Redeker, Assmann, Braeuning, Lidtin i inni) w pracach z ostatnich lat kilku. Wiemy jednak, że już na zjeździe w Strassburgu w r. 1923 omawiane były przez francuzów i ustalane te same kwestje, co w Niemczech na zjeździe w Wildbad w r. 1928. Większość wypowiedziała się już wtedy przeciw szczytowemu pochodzeniu suchot. Güterbeck¹⁾ wykazał, że zdjęcia serjowe, wykrywające charakter pneumoniczny procesów suchotniczych, i przebieg w formie skoków (*poussée évolutive*) były robione i znane we Francji dobrze przed Redekerem. Gerhartz²⁾ przytacza w swoim przeglądzie piśmiennictwa o ftjzjogenezie, względnie o nieszczytowym pochodzeniu suchot, daty następujące: Dietl pisze w 1923 i 1925 r. o wysiękowych procesach początkowych w pobliżu podstawy górnego płata. Ghon: w r. 1919 o nieszczytowych ogniskach pierwotnych. Ranke określił w r. 1916 istotę nacieku dokołaogniskowego. Gerhartz opisał (ze zdjęciami rentg.) ogniska odosobnione w dolnym polu i przypadki rozessania się ognisk nieszczytowych. Kaiser, z sanatorium w Davos, ogłosił w r. 1914 statystykę, która wykazuje w 56% ogniska szczytowe, w 44% zaś umiejscowienie podobojczykowe (na 229 przyp.).

Assmann³⁾ ustala, iż on pierwszy opisał znane ogniska podobojczykowe, traktując je jako początek postępującej gruźlicy; przypomina jednak, że pierwszy Rieder w r. 1910 opisał powstanie jam wczesnych w okolicy podobojczykowej.

Możemy się poszczycić tem, że u nas już w r. 1904 zwrócił na tę sprawę uwagę Dr. K. Dłuski⁴⁾:

„Niech nam będzie wolno podzielić się małym spostrzeżeniem, które zrobiliśmy przy systematycznym i wielokrotnie powtarzającym się badaniu chorych: klinika uczy nas, że sprawa gruźlicza zaczyna się prawie zawsze w szczytach, po zajęciu takowych zaś dopiero rozwija się w średnich i dolnych częściach płuc. Nie zawsze tak bywa. U wielu chorych dostrzegliśmy, że główne ogniska mieszczą się w prawym płucu z tyłu na przestrzeni od grzebienia do połowy łopatki, a w lewym z przodu w 2-im i 3-im przestworze międzyżebrowym w bliskości mostka. Chorzy z ogniskami, umiejscowionymi, stanowili 25% ogółu naszych pacjentów, a nawet 34%, jeśli usuniemy chorych III okresu, w którym zazwyczaj rysunek ognisk przestaje być wyraźnym z powodu ich zlewania się. Ilość ta zatem jest bardzo znaczna. Ogniska te występują bądź oddzielnie, bądź jednocześnie u tego samego chorego. Kładziemy jeszcze nacisk na to, że w wy-

¹⁾ R. Güterbeck. „Kritische Bewertung d. Sogen. Lehre vom Frühinfiltrat, gemessen an ausländischer, speziell an französischer Literatur”. Beitr. Kl. Tub. B. 72, H. 5 1929.

²⁾ H. Gerhartz. „Die Entwicklung der neuen Auffassungen über nichtapikalen Beginn der Lungentub”. Beitr. Kl. Tub. B. 70, H. 6. 1928.

³⁾ H. Assmann. „Bemerkungen zu d. Arbeit v. Gerhartz: Die Entw. d. neuen Auff. über den nicht apikalen Beginn d. Lungentub.” Beitr. Kl. Tub. B. 71, H. 6, 1929.

⁴⁾ K. Dłuski i Z. Czaplicki. „Rzut oka na działalność i wyniki lecznicze w Sanatorium dla chorych piersiowych w Zakopanem”. 1904.

padkach, o których mowa, szczyty były albo prawidłowe, albo bardzo mało zajęte, podczas gdy we wspomnianych ogniskach były już objawy daleko posuniętej sprawy. Zauważyliśmy, że ogniska te były bardzo uporczywe, że w przebiegu pomyślnym sprawy płucnej poprawiały się znacznie wolniej, niż inne miejsca. W szczytach miewaliśmy nieraz już tylko nieznaczne zmiany oddechowe, gdy tu niejednokrotnie utrzymywały się jeszcze liczne wilgotne lub dzwieczne rżenia, oddech mocno oskrzelowy i t. d., które to objawy ustępowały bardzo powoli. Naodwrot w zwykłym przebiegu sprawy płucnej ogniska te występowały na pierwszy plan, wyprzedzały objawy szczytowe, postępowały i rozwijały się szybciej. Trudno powiedzieć, czemu należy przypisać ten objaw patologiczny. Być może, że znajduje się on w związku z początkowym umiejscowieniem sprawy gruźliczej w gruczołach oskrzelowych płuc. Będziemy się starali do zrobionego przez nas spostrzeżenia gromadzić dalej fakty”.

W każdym następnym sprawozdaniu zjawiała się wzmianka o wspomnianem umiejscowieniu; procent wahał się od 13% — 40%.

Kazimierz Dłuski jako prezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Społecznej.

Podał

W. KNAPPE (Warszawa) Sekretarz Towarzystwa.

Kiedy w r. 1922 Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej wskutek ustąpienia pierwszego jego przewodniczącego znalazło się chwilowo bez prezesa, osoby zarządu zwróciły się w stronę osoby D-ra Kazimierza Dłuskiego, którego szeroki rozmach społeczny, wielka kultura umysłowa i duchowa, nosząca wybitne piętno Zachodu, oraz głęboki i szczerzy demokratyzm dawały odłamom postępowym rękojmię, że nikt lepiej, niż on, nie poprowadzi instytucji po drodze jej idei i że nikt lepiej, niż on, nie nada powagi i siły wystąpieniom Towarzystwa, do których miało dużo okazji.

Specjalny charakter Towarzystwa, jego cele i zadania zjednoczenia lekarzy do wspólnej pracy na polu lekarskim w duchu demokratycznym były ogółowi lekarskiemu przed zawiązaniem się Towarzystwa niemal zupełnie obce. Mieli poszczególni lekarze swoje odrębne zapatrywania polityczne i społeczne—było to jednak ich sprawą prywatną, która w pracy zawodowej żadnej roli nie odgrywała. Mógł lekarz należeć do partji politycznej, jaka mu najlepiej dogadzała, mógł być tej lub innej narodowości i wyznania—nie przeszkadzało mu to w korzystaniu z praw, przysługujących w kraju każdemu lekarzowi. Było to zrozumiałe i dla każdego, zdaje się, jasne. Aż dopiero w przededniu odrodzenia się Państwa Polskiego, w samym zaraniu kształtującej się jego samodzielności zaczęły się uwydatniać zrazu cichutko, a potem coraz głośniejsze tendencje nacjonalistyczne w dotychczasowych organizacjach zawodowych i naukowych stanu lekarskiego, aż przerodziły się w skrajny szowinizm. Dla dobra państwa, w interesie przyszłości medycyny polskiej należało temu kierunkowi przeciwstawić wzór zdrowej organizacji, bardziej odpowiadającej duchowi czasu. Taką organizacją lekarską

miało być Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej. Mógł do niego przystąpić każdy lekarz Polak, wyznający zasady demokratyczne, a więc bez różnicy wyznania i pochodzenia.

W ciągu pierwszych sześciu lat swojej egzystencji Towarzystwo rozwinęło szeroko działalność na polu medycyny społecznej; występowało do Władz i przedstawicielstwa miejskiego, do Magistratu i Sejmu w każdej nadającej się okazji z szeroko umotywowanymi projektami, starając się przysądzać do pojęć ogólnych zasady demokracji i postępu; ogłaszało prace swoje drukiem i zachęcało tem członków swoich do pracy na polu społecznym dla dobra przyszłości Państwa. Towarzystwo wyrobiło sobie uznanie i imię wśród sfer rządzących i organizacyj lekarskich, egzystencja Towarzystwa była ugruntowana; chodziło o kontynuowanie dotychczasowych prac i o stworzenie nowych placówek wymiany myśli: o zorganizowanie w Towarzystwie posiedzeń naukowych, klinicznych, o założenie własnego pisma i o zdobycie własnego gmachu lub przynajmniej lokalu dla stworzenia w nim biblioteki i czytelnicy.

Do urzeczywistnienia tych planów należało wynaleźć człowieka, któryby łączył w sobie zapatrywania szczerze demokratyczne z umiłowaniem pracy społecznej, a zarazem był człowiekiem nauki i lekarzem. Takie połączenie cech w naszym świecie lekarskim przytrafia się niezbyt często. Z rozmów, przeprowadzonych z niektórymi wybitnymi lekarzami, wynikało, że warunki takie jednoczy w sobie Dr. Kazimierz Dłuski.

Jego postać, zarysowana mocno na horyzoncie życia społecznego i politycznego Warszawy, odpowiadała w całej pełni pragnieniom i dążeniom Towarzystwa. Dr. K. Dłuski, twórca i długoletni kierownik jedyne w kraju Sanatorium dla chorých płucnych w Zakopanem, zakorjonem na europejską miarę, autor wielu prac z dziedziny ftyzjologii, człowiek o poglądach niezależnych i horyzontach szerokich, świetny mówca, ofiarny i zapalony szermierz w walce z wstecznictwem, stanowił typ pioniera prawdziwej kultury. Przez kilka pierwszych lat pobytu w Warszawie już dał się poznać szerokiemu ogółowi jako polityk w specjalnej misji w Komitecie Paryskim, jako członek Obrony Stolicy w czasie wojny z bolszewikami oraz jako prezes Strzelca i prezes Związku Pracowników Umysłowych; wreszcie cała przeszłość D-ra Dłuskiego, jego doświadczenie społeczne, zdobyte w czasie długoletniego pobytu poza granicami kraju na Wschodzie i Zachodzie w najkulturalniejszych ośrodkach społecznych, jego wysokie wykształcenie ogólne i fachowe, jego wyrobienie towarzyskie i szerokie stosunki w sferach naukowych, politycznych i rządowych — czyniły z niego osobę, jakby przeznaczoną do odegrania w kraju wybitnej roli. Towarzystwo nieśmiało zwróciło się do D-ra Dłuskiego, czyby nie zechciał objąć w niem stanowiska prezesa. Co do życzliwości D-ra Dłuskiego dla Polskiego Towarzystwa Medycyny Społecznej, jako instytucji, zwalczającej wszelkie wstecznictwo społeczne, byliśmy jej pewni, mogłyby zachodzić jedynie inne przeszkody, a głównie brak czasu u człowieka, który całkowicie poświęcił się pracy społecznej i tyle stanowisk już zajmował. Dr. Dłuski rozumiał, że Towarzy-

stwu należy się jego pomoc, i na propozycję wstąpienia do Towarzystwa w charakterze prezesa bez zastrzeżeń przystał.

Prace Towarzystwa od chwili objęcia kierunku przez nowego prezesa stanowią drugi etap rozwoju Towarzystwa. Przedewszystkiem powstała i rozwinęła się imponująco Sekcja Kliniczna, która pod kierunkiem D-ra Flataua i Prof. Z. Szymanowskiego obudziła żywe zainteresowanie się członków naukową stroną medycyny klinicznej; powtóre — powstało Warszawskie Czasopismo Lekarskie, które z miesięcznika stopniowo przekształciło się w tygodnik i, jako pismo niezależne, stanowi niezbędne uzupełnienie tak Sekcji Klinicznej, jak i samego Towarzystwa Medycyny Społecznej. Jedyne tylko sprawa własnego lokalu, i związanej z nim biblioteki i czytelnicy, pomimo zabiegów i starań, nie mogła być dotąd pomyślnie rozwiązana.

Dr. Dłuski, jako prezes, jest stałym przewodniczącym na posiedzeniach plenarnych, poświęconych zagadnieniom medycyny społecznej, jest przewodniczącym na posiedzeniach zarządu; przechodzi na te posiedzenia pierwszy z punktualnością zegarka i cierpliwie kieruje obradami do samego końca. Punktualność i obowiązkowość są naturalnymi przejawami kultury jego ducha — a, niestety, są to u nas cechy, tak rzadko spotykane. Uchwały na posiedzeniach muszą zapadać zgodnie z zasadami sprawiedliwości społecznej, chociażby Towarzystwo narażało się tem t. zw. „miarodajnym” instytucjom. Takiemi znanymi uchwałami Towarzystwa były: protest Towarzystwa przeciwko *numerus clausus* na Wszechnicach polskich i odezwa Towarzystwa w sprawie zajęć w prosektorjum anatomicznym.

Dr. Dłuski mało się troszczy o to, czy ten lub inny, choćby wysoko postawiony człowiek pochwali lub zgani jego postępowanie: etyka i poczucie sprawiedliwości kieruje jego czynami, nie zaś chęć przypodobania się możliwym tego świata. Niejeden przewrót społeczny już przeżył, nie jednej zmiany na stanowiskach naczelnym był naczynym świadkiem; wie przeto, że chwilowe powodzenie nie może być miarą wartości człowieka.

Pod takim żelaznym kierunkiem Towarzystwo Medycyny Społecznej linii wytkniętej nie zatraciło; hasłom, na samem początku wygłoszonym, się nie sprzeniewierzyło i, mamy nadzieję, — do końca im wierne zostanie. To też Dr. Dłuski, jako prezes, otoczony jest w łonie Towarzystwa szczerym i wysokim szacunkiem ze strony wszystkich bez wyjątku członków; jest on wcieleniem idei, tkwiącej na dnie głównego hasła Towarzystwa — zjednoczenia wszystkich lekarzy Polaków w pracy dla dobra kraju i zawodu lekarskiego na zasadach demokratycznych: równości i braterstwa.

W roku 1923 odbyły się wybory do pierwszej Rady Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej. Utworzył się w Warszawie, z inicjatywy Polskiego Towarzystwa Medycyny Społecznej, Komitet Wyborczy Demokratyczny, który przeprowadził do Rady swoich kandydatów, wśród nich Dłuskiego i Radziwiłłowicza jako kandydatów czołowych. Przez 3 lata piastował Dr. Dłuski urząd radnego Izby Lekarskiej i mógł naocznie przekonać się, jak potrzebni są sztandarowi ludzie, żeby sprawom zawodowym, zdawałoby się tak

prostym, nadać właściwy kierunek i sprawiedliwe rozwiązanie.

W roku 1926 w czasie uroczystego obchodu dziesięciolecia Towarzystwa jednogłośnie uchwałą przyznano i wręczono D-rowi Kazimierzowi Dłuskiemu dyplom honorowy, jako dowód najwyższego uznania dla jego charakteru i zasług.

Już długi szereg lat mozolnej ciężkiej pracy ma za sobą Dr. Dłuski zarówno na polu lekarskim, jak i społecznym, ogląda owoce swoich wysiłków, korzysta z pełni uznania szerokich sfer społecznych — a jednak, strudzony życiem, nie spoczywa na dobrze zasłużonych laurach. Pracy się oddaje od wczesnego rana do późnego wieczora, dzień w dzień — w szpitalu, pracowni patologicznej, w praktyce prywatnej, w towarzystwach zawodowych lekarskich i społecznych — bez wypoczynku. Coraz zasila Warszawskie Czasopismo Lekarskie pracami, które mają tem większą dla nas wartość, że są owocem przemyślanym przez długie lata sprostżeń klinicznych. To, co dotąd ogłosił, zasobu wiedzy jego daleko nie wyczerpało.

Ze Związku Pracowników Umysłowych, którego Dr. Dłuski był wieloletnim prezesem, powstała Polska Konfederacja Pracowników Umysłowych, mająca na celu zjednoczenie wszystkich związków pracowników umysłowych i wolnych zawodów dla wywalczenia sobie przynależnych praw w społeczeństwie i zapewnienia członkom lepszego jutra. Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej przystąpiło do Konfederacji jako jedna z pierwszych organizacji. Konfederacja przyłączyła się do Międzynarodowej Konfederacji, mającej swą centralę w Paryżu. Dr. Dłuski został wybrany na prezesa zarządu konfederacji polskiej, następnie na prezesa Rady Naczelnej tejże konfederacji, a w r. 1928 powołany został na prezesa Międzynarodowej Konfederacji w Paryżu. Zważywszy, że Międzynarodowa Konfederacja obejmuje konfederacje wszystkich niemal krajów europejskich, powołanie na naczelną stanowisko tak potężnej organizacji prezesa Polskiego Towarzystwa Medycyny Społecznej jest dla tegoż Towarzystwa niemałym plusem.

Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej z dumą spogląda na zasługi i zaszczyty swojego prezesa i w uroczystym dniu Jego jubileuszu składa Mu szczerze z głębi wszystkich serc płynące życzenia: *Ad multos annos!*

Kilka słów o krwiopłuciu.

Podał

G LEWIN (Warszawa).

Wszelkiego rodzaju krwiopłucie, które pacjenci zwykle kładą wyłącznie na karb suchot płucnych, jest zawsze objawem alarmującym i zatrważającym. Żaden z objawów gruźlicy płuc nie jest dla pacjenta — laika, a między nami mówiąc, nawet dla pacjenta — lekarza tak straszny, jak krwiopłucie. Obserwowałem nieraz zdeklarowanych suchotników, którzy, zaliczając przebyte krwotoki do objawów najbardziej niepomysłnych, starali się utaić je przed lekarzem, aby nie pogorszyć tem rokowania.

Niema w tem może nic dziwnego: „Krew — to życie” powiedziano w Biblii, „Blut ist ein ganz besonderer Saft” twierdzi Mefistofeles, „Krew — nie woda” głosi przysłowie ludowe. Dla tego też nie jest, zdaje

się, paradoksem twierdzenie ogólne, że krwioplucie, występujące często, jako pierwszy zwiastun gruźlicy płuc, bywa dla niejednego lekkomyślnego chorego wprost zbawienne, gdyż zwraca uwagę jego na grożące niebezpieczeństwo, i od tej chwili zaczyna on się liczyć z chorobą i dbać o swoje zdrowie.

Każdy medal ma jednak dwie strony; krwioplucie wytwarza nieraz typ hipochondryka, któremu ciągle obawa przed ponownym krwotokiem zatrzuwa wprost życie. Znam chorych, którzy w ciągu całego roku po przebytym krwotoku płucnym nie przyjmują w celach zapobiegawczych żadnych pokarmów ciepłych, biorą bezustannie na przeczyszczenie, a kieszonki ich są pełne leków zaradczych. Przed kilku laty odwiedziłem pacjenta, który na wszystkie pytania moje dawał piśmienną odpowiedź. Na zapytanie moje, dlaczego nie odpowiada mi ustnie, otrzymałem odpowiedź, — również na piśmie — że przed trzema miesiącami pluł krwią, i ordynujący lekarz zakazał mu mówić, co on spełnia dotychczas.

O ile każdy prawie pacjent uważa wszelkie krwioplucie za oznakę gruźlicy płuc, o tyle lekarz musi dość często zastanawiać się poważnie nad pochodzeniem krwioplucia, tembardziej, jeżeli nie był podczas niego obecny, i pacjent nieścisłym swoim opowiadaniem wprowadza go w błąd. Zwracają się do nas niezadko kobiety, a nawet mężczyźni o usposobieniu neuropatycznym ze skargami na krwioplucie, a po ścisłym wywiadzie i dokładnym badaniu okazuje się, że krwioplucie pochodzi z dziąseł, zęba lub wywołane zostało przez czynnik naczyniorucnowy. Znam wielu chorych, którzy z powodu częstego krwioplucia uważali się za suchotników — tembardziej, że prześwietlenie płuc pokazało wyraźne „zamglenie obu szczytów” — tracili oszczędności swoje w otwockich i zakopiańskich pensjonatach, aż po dokładnym zbadaniu górnych dróg oddechowych przekonano się, że krew pochodzi z tylnych okolic nosa, i po pewnym rękoczyźnie krwioplucie zupełnie ustało, jednocześnie znikła i ftyzofobia.

Krwioplucie może występować w różnych postaciach schorzeń sercowych, w rozszerzeniach oskrzeli, z powodu bąblowca, kiły i nowotworów płuc, w skazie krwotocznej i wielu innych cierpieniach. Krwioplucie, jako wczesny objaw białaczki, widziałem dwa razy u ludzi doskonale odżywianych w średnim wieku, za pomocą badania fizykalnego i rentgenologicznego nie mogłem się doszukać powodu krwioplucia, dopiero badanie krwi wyjaśniło, że mamy do czynienia z białaczką, która po roku skończyła się śmiercią.

Wymiotom krwawym, występującym z powodu owrzodzenia lub raka żołądka, towarzyszą wprawdzie inne zupełnie objawy, niż krwotokom płucnym, jeżeli jednak lekarz nie jest obecny podczas krwawienia i ma do czynienia z pacjentem mało inteligentnym, to często trudno jest odrazu różniczkować pomiędzy wymienionymi chorobami, tembardziej, że podczas obfitego krwotoku płucnego chorzy nieradko połykają dużo krwi, którą następnie wymiotują w postaci czarnych skrzepów i wydalają kł koloru czarnego, tak samo jak w schorzeniach żołądka.

Krwioplucie występuje czasem u kobiet wzamian zatrzymanej menstruacji. W bardzo dawnej patologii poważną rolę odgrywało krwioplucie t. z. „hemoroidalne” i obecnie nawet starsi ludzie dają się podczas krwioplucia uspokoić zapewnieniem, że krew pochodzi z hemoroidów.

Z wyżej przytoczonego łatwo jest wnioskować, jak dalece lekarz musi być ostrożny w rozpoznawaniu przyczyny krwioplucia, od czego rozumie się, zależy rokowanie, leczenie i dalszy los chorego. Nie ulega jednak żadnej wątpliwości, że najczęściej krwioplucie występuje w gruźlicy płuc, co do częstości — zdania są rozbieżne: podług jednych krwioplucie występuje u 24% gruźlików, podług innych aż u 70%. B r e h m e r podaje krwioplucie u ^{2/3} swoich chorych; wśród moich pacjentów-gruźlików, liczba krwawących wynosi około 60%.

Ponieważ krwioplucie występuje we wczesnym okresie gruźlicy płuc, dość często podczas najlepszego samopoczucia chorego, to wielu lekarzy chciało z tego wnioskować, że bywa ono niekiedy nie następstwem istniejących już zmian gruźliczych w płucach, lecz ich przyczyną (*Phthisis ab haemoptoë*). Podług zdania tych lekarzy krew, która dostaje się podczas krwioplucia do oskrzelików i pęcherzyków płucnych, może w nich wywołać zmiany zapalne, sprzyjające usadowieniu się tam prątków gruźliczych, poczem krew zasycha i serowacieje.

Zwolennicy tego poglądu opierali się, między innymi i na tem, że po obfitym krwotoku stan chorego zwykle się pogarsza. Obecnie pogląd ten nie ma prawie wcale zwolenników, pęknięcie bowiem naczyni w zdrowym płucu jest w stanie normalnym więcej niż wątpliwe. Po każdym obfitym krwotoku płucnym następuje, oczywiście, dość często pogorszenie, stanowi ono bowiem poważną komplikację, która chorego osłabia, i niezadko wywołuje generalizację sprawy gruźliczej z powodu aspiracji domieszek zawartości jamowej do zdrowych dotąd odcinków płuc, ale nie jest to jednak prawidłem, gdyż bywa i odwrotnie: przez wydzielenie się nazewnątrz razem z krwią dużej ilości prątków swoistych, objawy toksyczne się zmniejszają, i stan chorego się poprawia.

Podwyższenie ciepłoty podczas krwioplucia zależy przeważnie od aspiracji krwi do dalszych odcinków płuc, co daje się stwierdzić podczas wysłuchiwania w postaci drobnych trzeszczeń. Nieznaczna gorączka lub przebieg zupełnie bezgorączkowy jest zawsze objawem pomyślnym.

Krwioplucie lub nieznaczne krwotoki we wczesnym okresie gruźlicy płuc występują z powodu nadżarcia mniejszego lub większego naczynia, którego ściany nie mogą wytrzymać nawet normalnego ciśnienia krwi, a tembardziej wzmoczonego wskutek chwilowego przekrwienia czynnego lub biernego. Obfite zaś krwotoki w okresach posuniętych gruźlicy płuc są przeważnie pochodzenia jamowego; tętniaki bowiem, które niezadko wytwarzają się w jamie, przebiegając wzdłuż jej ścian, w razie wzmoczonego ciśnienia, tembardziej przy nadżartych już ścianach jamy, łatwo pękają i wywołują obfite krwotoki. Przebieg takich krwotoków zależy od wielu czynników, pomiędzy innymi od wielkości nadżarcia naczynia, od stopnia krzepliwości krwi i od zachowania się chorego.

Niekiedy krwotoki takie mogą być nawet śmiertelne. Krwawienie może nastąpić bezpośrednio, albo pośrednio z powodu wysiłku fizycznego, wzruszenia psychicznego, urazu, silnego kaszlu, płaczu, kichania i t. p.

Co się tyczy kwestji ciśnienia krwi u gruźlików, to brak jeszcze zdania jednolitego. Wprawdzie po większej części — przeważnie w pracach francu-

skich — spotykamy się z twierdzeniem, że ciśnienie krwi u gruźlików jest zawsze obniżone, ale twierdzenie to opiera się przeważnie na liczbach niedużych i kwestję tę traktuje się wogóle po macoszemu i nawet w podręcznikach poświęca się jej tylko 2 — 3 wiersze. W piśmiennictwie niemieckim nie brak zdań wręcz przeciwnych. Heusen¹⁾ wyraża się o tej kwestji jak następuje: „czy rozmiar rozpadu płuc i wzrostów opłucnowych, chroniczna duszność mają wpływ (na ciśnienie krwi), rozstrzygnąć nie mogę. Ciśnienie pozostaje prawie do śmierci w granicach normy”. Tego samego zdania jest i Burchardt²⁾. Hans Naumann³⁾ u obserwowanych przez siebie stu gruźlików stwierdził: ciśnienie wzmożone u 69, normalne u 13, zmniejszone u 18, to znaczy, że w 69% ciśnienie było wzmózone.

U obserwowanych przezemnie gruźlików ciśnienie krwi było wzmożone u 47%, ale nie mogę wyciągnąć z tych liczb żadnych wniosków, gdyż bardzo wielu z nich widziałem tylko jeden raz, oprócz tego trzeba nadmienić, że wśród gruźlików o wysokim ciśnieniu było dość dużo takich, u których to wysokie ciśnienie mogło być wywołane przez inne współistniejące cierpienia (*glomerulonephritis, diabetes melitus* i t. p.)

Podług Naumanna istnieje związek pomiędzy stopniem ciśnienia i skłonnością do krwotoków płucnych. Otóż wśród wyżej wymienionych stu gruźlików było 51, którzy miewali krwotoki i 49, którzy nigdy nie krwawili i u tych ostatnich ciśnienie krwi było następujące: ciśnienie wzmożone u 25, normalne u 8, zmniejszone u 16, u 51 zaś gruźlików, którzy mieli krwotoki: ciśnienie wzmożone u 44, normalne u 5, zmniejszone u 2.

Z tych liczb wynika, że u gruźlików skłonnych do krwotoków ciśnienie było wzmożone w 86%. Natomiast B. P. Stivelmann⁴⁾, opierając się na 700 przypadkach gruźlicy płuc, twierdzi, że krwotoki płucne zdarzają się najczęściej u gruźlików o zmniejszonym ciśnieniu krwi. Widzimy więc, że kwestja ciśnienia krwi u gruźlików wogóle, jak również stosunek przyczynowy pomiędzy ciśnieniem i skłonnością do krwotoków wymaga jeszcze dalszych badań. Faktem niezaprzecalnym jest, że wahanie w ciśnieniu atmosferycznym, dużo wilgoci w powietrzu, lub, na odwrót, duże upały i burze sprzyjają częstowystępowaniu krwotoków płucnych; tem chyba daje się objaśnić, że występują one czasem u wielu chorych jednocześnie, robiąc wrażenie choroby epidemicznej.

Co do leczenia krwotoków płucnych, to już wielki czas, abyśmy sobie uprzytomnili, że przeważnie ustają one samoistnie, bez żadnych środków farmaceutycznych, dzięki wytworzeniu się skrzepu, który zacopowuje otwór w krwawiącym naczyniu, powinniśmy więc o tem ciągle pamiętać przy łóżku krwawiącego i przede wszystkim postarać się o możliwe usunięcie tych momentów, które przeszkadzają samoistnemu leczeniu, t. j. wytworzeniu się skrzepu, jak np. rozwodnienie krwi, wysokie ciśnienie, męczący

kaszel, utrudnione wykrztuszanie i t. p. Pogląd ten nie zdążył jeszcze, niestety, zakorzenić się w umysłach wielu lekarzy. Gdy przychodzimy do chorego krwawiącego na 3-ci lub 4-ty dzień choroby, natrafiamy często na obraz następujący: chory, bardzo przestraszony, leży nieruchomo w pozycji poziomej, bez poduszki pod głową lub na małej poduszeczce w koszuli, przesiąkniętej skrzepłą krwią. W sferach mniej oświetlonych, chory często leży nierozebrany z powodu obawy przed najmniejszym ruchem. Pozycja pozioma, przejęta najprawdopodobniej z akuszerji, gdzie przy bardzo obfitych krwotokach jest obawa anemji mózgowej, jest w krwotokach płucnych bardzo szkodliwa, gdyż utrudnia choremu odkrztuszanie i wywołuje duży wysiłek podczas kaszlu. Chory zwykle nie dostaje stałych pokarmów, natomiast dużo płynów i lodu, co przeszkadza zwiększeniu się krzepliwości krwi i utrudnia oddychanie z powodu podniesienia się przepony. Na stole przy chorym znajduje się istna apteka, gdyż każdy z lekarzy musi zapisać coś nowego; chory dostaje kamforę podskórną, różne preparaty wapniowe *per os* i dożylnie, żelatynę doustnie lub podskórną i wiele innych specyfików i narkotyków. Krwiopłucie zaś wciąż dalej trwa, i trudno, aby ustało przy wyżej wzmiankowanych warunkach.

Aby usunąć te szkodliwe czynniki, powinniśmy przede wszystkim uspokoić chorego, następnie rozebrać go i zmienić bieliznę; można to uczynić powoli i spokojnie bez najmniejszego wysiłku ze strony chorego. Mogę nadmienić, że po tej manipulacji chory czuje się odświeżony i niezmiernie jest wdzięczny lekarzowi, że uwolnił go od wstrętne widoku i zapachu skrzepłej krwi.

Najdogodniejsza pozycja dla chorego krwawiącego jest półsiedząca lub nawet siedząca, co ułatwia mu oddychanie i wykrztuszanie, lekarzowi — badanie, otoczeniu — pielęgnowanie.

Co do ogólnie przyjętej pozycji zupełnie nieruchomej, to niektórzy lekarze niemieccy jej nie przestrzegają, gdyż podług ich zdania ruch nie tylko nie przeszkadza, lecz nawet sprzyja wytworzeniu się skrzepu; nie powinniśmy wpaść w drugą skrajność i kazać np. choremu krwawiącemu wstawać, ale leżenie przez kilka dni zupełnie bez ruchu jest bezwarunkowo szkodliwe: u takich chorych widzujemy zwykle odleżyny ciała i objawy opadowego zapalenia płuc.

Dla zmniejszenia ciśnienia krwi i wywołania większego jej zgęszczenia chory powinien mało pić, natomiast dostawać pokarmy stałe lekko strawne i niekoniecznie bardzo zimne z lodu, lecz temperatury pokojowej. Zmniejszyć ciśnienie można jeszcze za pomocą przewiązywania kończyn, aby przez jakiś czas zatrzymać w żyłach jaknajwiększą ilość krwi. Przewiązki trzeba po jakichś 30—40 minutach rozluźnić nie odrazu, lecz stopniowo, kolejno — do zupełnego zdjęcia.

W razie zaparcia stolca trzeba zalecić środek przeczyszczający bez żadnej obawy, gdyż ruch przy ułatwionej defekacji jest bezwarunkowo mniej szkodliwy, niż nadymanie się podczas oddawania stolca twardego; zaparcie zaś stolca jest szkodliwe, albowiem przepona unosi się ku górze i utrudnia oddychanie i krążenie krwi. W celu unieruchomienia klatki piersiowej można kłaść w okolicy krwawiącej pęcherz z lodem lub woreczek z piaskiem. Przy obfitych krwotokach, nie dających się uspokoić, należy pomyśleć o założeniu odmy sztucznej, o ile, rozumie

¹⁾ Beiträge zur Physiologie und Pathologie des Blutdruckes (D. Arch. f. Klin. Med. Bd. 67, H. 5 i 6).

²⁾ Untersuchungen über Blutdruck u. Puls bei Tuberkulösen in Davos. Dissert. 1901.

³⁾ Ztschr. f. Tbk. u. Heilstättenwesen, B IV, H 6.

⁴⁾ Beobachtungen über den Blutdruck in Lungentuberkulose. (Amer. Journ. of Med. 1927 Vol. 173 p. 46 refer. w Ztschr. f. Tbk B 48 H 2 str. 169).

się, niema żadnych przeciwwskazań. Wielu lekarzy obawia się wysłuchiwać chorego krwawiącego, aby przez ruch i wysiłek nie wywołać krwotoku. Jeżeli chory znajduje się w pozycji siedzącej lub półsiedzącej obawa ta jest nieuzasadniona, nie trzeba, oczywiście, wymagać od chorego oddychania forsownego, określenie zaś okolicy krwawiącej ma często ważne znaczenie chociażby dla ewentualnego założenia odmy sztucznej. Zawsze badam chorych krwawiących, i nigdy nie zdarzało mi się, aby z tego powodu wystąpiło krwioplucie.

Środków farmaceutycznych, mogących z pewnością zatamować krwotok płucny, niestety, niema. Sporysz i jego pochodne, styptycyzna, *hydrastis*, *liqu. ferri sesquichlorati*, *plumbum aceticum* i im podobne leki, których się zwykle używa podczas krwioplucia, można z najczystszym sumieniem odrzucić, przekonano się bowiem przy łóżku chorego i na zasadzie doświadczeń, że nic nie pomagają. Żelatyna, która znana była Chińczykom już w 3 stuleciu, sprzyja wprawdzie krzepliwości krwi, ale w jaki sposób to się odbywa, nie ustalono jeszcze, trudno więc mówić o pewnych wskazaniach. Osobiście nie widziałem wyraźnych dobrych skutków po stosowaniu żelatyny, natomiast zauważyłem niektóre cechy ujemne, mianowicie: zastrzykiwania podskórne są zwykle bolesne i nierzadko drażnią nerki, stosowanie zaś doustne wywołuje często zaparcie stolca. Po zastrzykiwaniach olejku kamforowego również nie widziałem pożądanego efektu. Czasem krwioplucie ustaje po zastosowaniu soli kuchennej (środek ludowy!) i soli wapniowych doustnie lub dożylnie i po zastrzykiwaniach surowicy, środek narkotyczny jest wskazany wyłącznie przy silnym męczącym kaszlu, przyczem trzeba nadmienić, że morfina ma dużo przeciwników. W różnych powikłaniach stosuje się leczenie objawowe.

Z wyżej wymienionego wynika, że niewskazane jest wprowadzanie mnóstwa różnych niepewnych środków przez drogi naturalne i nienaturalne. Przed 20—30 laty ograniczaliśmy się zwykle do zastosowania w krwotokach płucnych niewinnych środków w rodzaju bardzo rozcieńczonego kwasu solnego, *Elixir acidum Halleri* i t. p. Mogę z najczystszym sumieniem zapewnić młodszym kolegom, że wyniki leczenia były wtedy nie gorsze, niż obecnie.

W końcu muszę jeszcze nadmienić, że nigdy nie wolno bagatelizować nawet nieznacznego krwioplucia, po którym nierzadko może wystąpić krwotok obfity.

Z oddziału wewnętrznego Szpitala D-ka Jezus
(Ordynator: Dr. Józef Skłodowski)

Spostrzeżenia i uwagi nad otruciem kwasem solnym oraz innymi płynami żrącymi.

Podał

Józef SKŁODOWSKI (Warszawa)

Przypadki otrucia kwasem solnym nie należą u nas dziś do rzadkości. Według O b a r s k i e g o¹⁾, który opiera się na statystyce Pogotowia Warszawskiego²⁾, w roku 1926 było ich 22, co

¹⁾ F. O b a r s k i. Nowiny Lekarskie. R. 1928. Zesz. 9.

²⁾ XXX lat działalności Tow. Doraźnej Pomocy w Warszawie. R. 1927.

stanowi 2,4 proc. wszystkich otruc samobójczych. W grupie samych kwasów przypada 89,5 proc. na esencję octową, 4,7 proc. na kwas solny, a 1,6% na siarkowy. Podobne cyfry i stosunki zapowiadał też, na podstawie trzech pierwszych kwartałów, rok następnym.

W ostatnich latach miałem na oddziale 5 przypadków otrucia kwasem solnym. Jeden z nich zakończył się śmiertelnie przed upływem doby; w 4 innych, które ocalały, wystąpiły potem skutki pośrednie ze strony żołądka i przełyku. W sumie grupa ta, choć niezbyt liczna, odzwierciadla dość wiernie najczęstsze formy otrucia, spostrzegane w praktyce.

O stopniu, a więc i przebiegu otrucia decydują różne względy: ilość i moc przełkniętego kwasu, stan napełnienia żołądka, czas i udołność pierwszej pomocy, wreszcie warunki indywidualne.

* * *

P r z y p a d e k I.

A. J. m. 45 letni, przedtem zdrowy, dnia 22. VI. 27, o godzinie 10 wieczór zażył w celu samobójczym około 100 gm. kwasu solnego. Zaraz potem pił mleko i obficie wymiotował. Po 1½ godzinie zażył jakieś lekarstwo. Nazajutrz rano, w szpitalu, stwierdzono: Stan ogólny ciężki. Chory przytomny, ale senny i obojętny. Skarży się na wielkie pragnienie oraz na trudność i bolesność polykania. Wciąż wymiotuje cieczą krwawą, brunatno—czerwoną. Na twarzy śladów oparzenia nie znać. Śluzówka jamy ustnej, języka i gardzieli ma wygląd szarobiaławy, owrzodzenia powierzchowne widać tylko na języczku. Badanie płuc utrudnione. Tętno serca głuche, tętno 140' miarowe, miękkie. Brzuch nieco napięty, żywo wrażliwy na ucisk. Mocz, oddany w 12 godzin po otruciu, jest brunatno—czarny z powodu dużej zawartości oksy— i methemoglobiny; białka — 2,40⁰⁰, w osadzie bardzo liczne ziarenka brunatnego barwnika, nieco leukocytów i nabłonków. Badanie krwi wykazuje ślad hemoglobinemji; krzepnięcie zaczyna się po 7, a kończy po 40 minutach; mocznika we krwi 0,92 na litr, bilirubiny 40 mgrm. Rezerwa alkaliczna 20. Wstrzyknięto 750 cm³ fizjol. NaCl podskórnie i hexeton dożylnie. O 7 wieczór senność trwa. Skarży się na dotkliwy ból w dołku i pragnienie. Oddycha głęboko, 30 razy na min. Tętno 150, nikle. Wstrzyknięto 700 cm³ 5 proc. roztworu sody dożylnie. Zmarł o 9 wieczorem.

Wynik sekcji, dokonanej przez G r z y w o — D a b r o w s k i e g o: Martwica skrzepowa błony śluzowej żołądka, dwunastnicy, przełyku i gardzieli. Treść brunatno—czarna w żołądku, a gliniasto—czerwona w jelitach cienkich. Obrzęk błony śluzowej przy wejściu do krtani... Zmiany te przemawiają za tem, że zażyta została jakaś trucizna żrąca, najprawdopodobniej kwas. Mogły one powstać po zażyciu kwasu solnego, jak mówi dochodzenie.

Taki obraz dają przypadki najcięższe, kończące się śmiercią zwykle w ciągu pierwszej lub drugiej doby. Zarówno objawy główne, jak powikłania, a nawet wynik sekcji przedstawiają się tu nader podobnie, jak w otruciach śmiertelnych innymi płynami żrącymi. Albo nie umiemy jeszcze uchwycić między niemi dość pewnych różnic, zwłaszcza, że ściślejszemu badaniu stoi na przeszkodzie i brak czasu i stan chorego.

Jedyny wyjątek stanowi hemoglobinuria, która jest objawem niemal swoistym dla kwasu octowego, a zarazem bardzo wczesnym i łatwym do

stwierdzenia, przy należytej uwadze¹⁾. Opisywano ją wprawdzie i w szeregu innych zatruc, przeważnie rzadkich, a także po kwasach mineralnych, ale takich spostrzeżeń mamy dotąd niewiele. Sam widziałem ją, poza kwasem octowym, tylko raz jeden, w przypadku wyżej streszczonym. Natomiast ani z własnego doświadczenia, ani z literatury nie pamiętam, ażeby objaw ten wystąpił kiedykolwiek po ługu, a także po sublimacie; posiada więc bezsprzecznie dużą wartość rozpoznawczą w okresie ostrym najczęstszych otruc.

* * *

W czterech pozostałych przypadkach chorzy przetrwali pierwszy impet zatrucia, lecz nie ominęły ich dalsze jego następstwa.

P r z y p a d e k II.

S. B., lat 24, lakiernik. Wieczorem 1. I. 27. po posiłku złożonym z chleba, wędliny i wody, wypił około 50 grm kwasu solnego. W ciągu pierwszej półdoby wiele wymiotował, na początku z krwią, i miał częste, wolne stolce. Nazajutrz — w szpitalu — stwierdzono lekką gorączkę, która trwała przez 4 dni. Język i gardło pokryte białym nalotem. Mocz — w 12 godzin po zażyciu trucizny — żółty (barwy ciemnej i przedtem chory nie zauważył), wybitnie kwaśny, c. g. 1013; ślad białka, urobiliny niema. W skąpym osadzie trochę leukocytów i bardzo nieliczne krążki.

Przez dni następne łykanie jeszcze bardzo trudne i bolesne, obfity ślinotok; lecz objawy dość szybko łagodniały. Po 2 tygodniach wypisał się na własne żądanie.

Po roku zgóra, odszukawszy pacjenta, dowiedziałem się, że z powodu trudności przelknięcia zachowywał on jeszcze długo djetę płynną, potem zaczął jadać pokarmy papkowate, a dopiero w ostatnich tygodniach próbuje przejść na strawę ogólną; pokarmy stałe musi jednak żuć bardzo starannie i łykać powoli, tak, iż spożycie skromnego obiadu trwa koło godziny. Nieraz krztusi się i ma uczucie przeszkody w okolicy krtani. Wygląda mizernie. — Dnia 2. III, 28. przy badaniu zgłębnikiem T r o u s e a u, oliwka Nr. 27 skali francuskiej przechodził do żołądka po pokonaniu wyraźnych oporów w środkowej i dolnej części przelknięcia. Cewnika żołądkowego miękkiego o zwykłym kalibrze wprowadzić nie można; tylko bardzo cienki, używany do karmienia przez nos, udało się założyć i wydobyć przezeń zawartość po śniadaniu próbnym. Otrzymano w ten sposób 15 cm³ treści pokarmowej, nieźle rozdrobnionej, lecz wykazującej tylko ślad wolnego kwasu solnego i niską kwasotę ogólną, a mianowicie: L=2, A=10. Badanie na pepsynę wykazało ilość jej normalną.

P r z y p a d e k III.

W. S. lat 21, robotnik, 30. VI. 27 w południe, wkrótce po lekkim posiłku zażył w celu samobójczym około 60 grm kwasu solnego. Zaraz potem pił wodę z mydłem i wymiotował. Po upływie 20 minut lekarz Pogotowia przemył mu żołądek i odwiózł do szpitala.

Nazajutrz chory skarżył się na nudności, bóle w dolku i trudność łykania. Jeszcze przez 2 dni miewał wymioty, z początku krwawe, ze skrzepami i strzępami tkanki, później barwy jasnożółtej. W gardle, na języku i podniebieniu wyraźne ślady oparzenia. Płuca i serce bez zmian. Mocz, badany

dopiero po 20 godzinach, żółty, kwaśny, c. g. 1032, nie zawiera krwi, białka, cukru ani ciał ketonowych; sporo urobilinogenu. We krwi: mocznika 0,35^{1/100}, bilirubina nieznacznie zwiększona, rezerwa alkaliczna 67.

Na 3 dzień zauważono u chorego na lewym barku i ramieniu kilka grup bolesnych pęcherzyków półpaśca. Od tegoż dnia aż do końca pierwszego pobytu w szpitalu trwał stan podgorączkowy. Natomiast ostre zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego szybko znikły. Chory opuścił oddział 12 lipca w stanie prawidłowej napozór rekonwalescencji.

Lecz już 5 sierpnia, t. j. po 3½ tygodniach, mieliśmy go z powrotem. W domu czuł się z początku nieźle, choć czasem go nudziło. Lecz po kilku dniach, kiedy zaczął mniej zważać na djetę, nastąpiło pogorszenie. Wróciły bóleści i wymioty; pod koniec zaczął zrzucać prawie wszystko.

Stwierdziliśmy ubytek 5 kilo. Stan bezgorączkowy, półpasiec znikł. Zwykły cewnik przechodził do żołądka bez oporu, lecz powoduje wymioty. Brzuch płaski, w części górnej pluskanie; ruchów robaczkowych nie widać.

W ciągu kilku dni przy djetcie mleczno — kleikowej dobywano naczczu z żołądka ¾ do 1 litra treści rzadkiej, białawej lub szarżółtawej, ze strzępami sernika, o c. g. 1013—15. Pod mikroskopem krochmal i tłuszcz, czworniaków niema. Kwasota ogólna waha się około 20, wolnego HCl ani razu nie wykryto.

Wobec postępującego upadku sił i braku wszelkiej poprawy w opróżnianiu się żołądka, mimo płukań, chorego zakwalifikowano do operacji, której dokonał G o ũ t 8 sierpnia na oddziale S ł a w i Ń s k i e g o, w znieczuleniu miejscowym nowokainą. Po otwarciu jamy brzusznej okazało się iż żołądek jest mały, umocowany wysoko i nie daje się całkowicie ściągnąć do rany. Część odźwiernikowa i krzywizna duża zgrubiałe, nacieczone, twarde, i widać na nich liczne białawe blizny. Wobec niemożności uruchomienia tylnej ściany wykonano zespolenie żołądkowo — jelitowe przednie-Przebieg gładki. Po 2 tygodniach chory wrócił na mój oddział.

24. VIII. badanie radjologiczne: żołądek mocno zniekształcony, treść przechodzi przez otwór zespolenia, zaległości 6 godzinnych niema.

5 i 10. IX badanie cewnikiem nie wykazało zaległości naczczu. Po śniadaniu próbnym — 50 cm³ treści żółtej, syropowatej, nie zawierającej wcale wolnego HCl, przy kwasocie ogólnej=20; pepsyny ślad. Chory bólów niema, musi jednak bardzo się wystrzegać, zarówno co do ilości, jak wyboru pokarmów, wszelkie bowiem przekroczenie powoduje wymioty. Stan ogólny poprawia się nader wolno. Do dnia 6. X. 27, w którym chory opuścił szpital, odzyskał on zaledwie 2 kilo wagi.

P r z y p a d e k IV.

F. Z., lat 23, ślusarz. Dnia 25. IX. 27 wypił podczas jedzenia przez pomyłkę, zamiast wódki, kieliszek kwasu solnego. Zaraz odwieziony został do szpitala Wolskiego, gdzie żołądka nie płukano. Wymiotował krwią i stolce miał podobno czarne. Mocz ciemnego nie zauważył. Miał bóleści i przez tydzień prawie nic nie mógł łykać. Wypisał się po 11 dniach z dużą poprawą. W domu jednak czuł się coraz gorzej, a więc po 2 tygodniach znów udał się do szpitala i tym razem trafił na mój oddział.

Przy pierwszym badaniu — 23. X — skarży się na bóle brzucha, uczucie pełności i wymioty. Objawy te występują bardziej po ciepłych, aniżeli zimnych pokarmach. — Budowa wąta, odżywianie nędzne, cera ziemista, stan bezgorączkowy, tętno wolne, miękkie, miarowe. Płuca, serce, układ nerwowy bez zmian. Mocz normalny. Brzuch lekko zapadły, prawie niebolesny na ucisk. W przelknięciu tylko najgrubsze numery

¹⁾ S k ł o d o w s k i. Hemoglobinuria w otruciu kwasem octowym. Polskie Archiwum Med. Wewn. Tom III. Zesz. 1. R. 1925,

zglebników trafiają na lekki opór. Cewnik żołądkowy zwykły przechodzi z łatwością. Nazajutrz naczczu wydobyte 15 cm³ treści gęstawej, brunatnej; L=0, A=30, ślady krwi. Pod mikroskopem, prócz szczątków pokarmowych, mnóstwo bakteryj; czworniaków niema.

Otdąd chory pozostawał na djecie płynnej, złożonej z mleka, kleiku i rosolu, czasem z dodatkiem manny albo ryżu. Codziennie płukano mu żołądek, przeważnie naczczu, przyczem okazało się, iż zaległości większe są, niż wydawało się zrazu, wynoszą bowiem od 200 do 400 cm³. Ilość bakteryj stopniowo się zmniejszała; wolnego HCl nigdy nie wykryto, kwasota ogólna wahała się od 30 — 40. Widocznej perystaltyki, ani wzmoczonego napięcia ścian żołądka nie zauważono ani razu. — Ostatecznie, nie widząc żadnej tendencji do poprawy, zdecydowaliśmy się na operację, lecz termin jej na naradzie z chirurgami umyślnie odłożony został na kilka tygodni, ażeby ścianie żołądka, przypuszczalnie mocno jeszcze schorzałej, dać czas do pewnego wydobrzenia. Stosunki, znalezione podczas zabiegu, zdają się słuszność takiej zwłoki usprawiedliwiać.

Operacji dokonał Byszewski na oddziale Sławińskiego, 6. XII. 27. Po otwarciu jamy brzusznej stwierdzono, że żołądek jest mały i umocowany wysoko w podżebrzu lewem. Ściana jego wyraźnie zgrubiała, mięsista, w wielu miejscach poprzrastana i pofalowana przez twarde, białawe blizny, szczególnie w okolicy odźwiernika. Wobec trudności uruchomienia żołądka wykonano zespolenie przedokrężnicowe przednie w sposób typowy. Przebieg pooperacyjny pomyślny; dnia 27. XII. chory opuścił szpital w stanie znośnym.

Ujrzałem go znowu po upływie 2 miesięcy. Wygląda mizernie, w porównaniu z wagą najniższą przybyło mu zaledwie dwa kilo. Poza to jednak czuje się niezgorzej. Łyka swobodnie, bólów nie ma; czasem tylko po obfitszym posiłku występują odbijania i ściskanie powyżej łuku żebrowego lewego. Apetyt mierny, wypróżnienia normalne. Po śniadaniu próbnem — 29. II. 28 — otrzymano 200 cm³ treści żółtawej, syropowatej, z kawaikami źle rozdrobnionej bułki. C. g. — 1045, L=0 A=25. Próba na pepsynę wypadła ujemnie.

Przypadek V.

B. E., lat 22, robotnik. W połowie grudnia 1929 r., w 6 godzin po śniadaniu rannem, zażył rozmyślnie około 50 grm kwasu solnego, jakiego blacharze używają do lutowania. Dopiero po godzinie zaczął wymiotować cieczą wodnistą, krwawą. Żołądka nie płukano. Jakiś czas leżał w szpitalu w Łodzi, gdzie znacznie się poprawił; ustąpiły zwłaszcza trudności w przełykaniu. W domu czuł się początkowo nieźle, ale po paru tygodniach wystąpiły znowu wymioty, coraz częstsze i obfitsze. Dnia 23. II. 30 zapisał się na 2 pawilon chirurgiczny naszego szpitala, gdzie stwierdzono objawy niedrożności odźwiernika, m. i. tężenie i wzmoczoną perystaltykę w okolicy żołądka.

Operacja, G o ù t. 27. II. 30. Żołądek powiększony, rozdęty. W części przyodźwiernikowej, na 2—3 cm. od zwieracza zwężenie obrączkowe, bliznowate, nie przepuszczające końca palca. W sąsiedztwie blizny otrzewna żołądka nieco przekrwiona. Zrostów żadnych. *Gastroenterostomia retrocolica posterior*. Przebieg gładki. Po zagojeniu przepisany na mój oddział.

Dnia 17. III. 30. Stan ogólny zadawalający, bólów niema, apetyt dobry. Wygląd mizerny. Naczczu wydobyto z żołądka 20 cm³ cieczy dość rzadkiej, syropowatej, koloru żółci, bez widocznych resztek pokarmu. Odczyn wybitnie zasadowy. Pod mikroskopem śluz, kilkadziesiąt leukocytów w polu widzenia, nieliczne nabłonki płaskie. W 3/4 godziny po śniadaniu próbnem E w a l d a — 100 cm³ treści; c. g. 1010, barwa żółtawa; ciecz jest rzadka, zawiera mało szczątków bułki, średnio rozdrobnionej. L=0, A=4. Pepsyny brak. Po śniadaniu alkoholo-

wem również nie wykryto wolnego HCl, ani pepsyny; natomiast lipaza i trypsyna znajduje się w ilości normalnej.

Niżej podaję jeszcze 6 spostrzeżeń, jakie udało mi się zebrać w przedmiocie późnych skutków otrucia kwasem solnym.

K l e m p e r e r⁴⁾ opisał w r. 1889 przypadek, w którym wystąpiło tylko zwężenie odźwiernika bez uszkodzenia przełyku, ani też chemizmu żołądka. Po 5 tygodniach pyloroplastyka. Wyleczenie.

H a r t m a n n⁵⁾, r. 1897. Bliznowate zwężenie odźwiernika. *Gastroenterostomia*. Wyleczenie.

Na oddziale W. K r a j e w s k i e g o przed laty zgórą 30 obserwowałem młodego mężczyznę, który w parę miesięcy po otruciu kwasem solnym zgłosił się do szpitala z powodu zwężenia odźwiernika. Przełyk był drożny; żołądek, bardzo rozszerzony, nie zawierał wcale wolnego HCl. *Gastroenterostomia* z wynikiem pomyślnym.

Przypadek L e w e n s t e r n a⁶⁾ dotyczył kobiety 35-letniej, która wypila przez pomyłkę łyk kwasu solnego naczczu. Po kwadransie obfite przepłukanie żołądka sodą. W 1 1/2 miesiąca stwierdzono znaczne zaleganie pokarmów w żołądku oraz brak wolnego HCl przy kwasocie ogólnej=17; pepsyny 1 mm. według M e t t a. Przełyk zupełnie prawidłowy przy sondowaniu i radioskopji. — W końcu 2-go miesiąca laparotomia. Żołądek powiększony, ściany zgrubiałe i rozpulchnione błona surowicza przekrwiona. *Gastroenterostomia posterior retrocolica*. Wyleczenie.

Wreszcie 2 przypadki ogłosił A. Goldman⁷⁾.

W pierwszy, u 22 letniej kobiety, istniejące zrazu zaburzenia drożności przełyku ustąpiły dość łatwo przy zglebniowaniu. Po krótkiej poprawie znów pogorszenie z powodu upartych wymiotów. W końcu 2-go miesiąca badanie rentgenowskie wykazało, że żołądek ma kształt klepsydry. W 10-ym tygodniu operacja. Stwierdzono zwężenie pierścieniowate w części środkowej żołądka, które uwolniono ze zrostów i wycięto. Zeszycie bezpośrednie końca z końcem. Wyleczenie.

W przypadku drugim, u mężczyzny 54-letniego, w 3 tygodnie po otruciu, wystąpiły objawy niedrożności odźwiernika. Operacji dokonano po 10 tygodniach. Odźwiernik nacieczony wyczuwa się jako guz rozmiarów pięści noworodka. Żołądek znacznie rozszerzony. *Gastroenterostomia post. retrocolica*. Wyleczenie.

* * *

Dalsze 6 przypadków dotyczy otrucia innemi kwasami mineralnemi, mianowicie, siarkowym i azotowym. Co do pierwszego posiadamy m. i. dawne, niemniej przeto cenne spostrzeżenie F. R i e g e l a⁸⁾ z roku 1885-go.

Wyrobnik 48 letni połknął wypadkiem łyk H²SO⁴. Po 6 tygodniach przybył na klinikę w Giessen z objawami znacznej rozstrzeni żołądka. Leczony był systematycznie płukaniem, przyczem ani razu nie wykryto w wydobytej treści wolnego HCl, a przesącz nigdy białka nie trawił. Zmarł po miesiącu z wyczerpania.

Na sekcji: Żołądek w całości rozszerzony, pierścień odźwiernika mocno zwężony. Błona śluzowa na dużej przes-

⁴⁾ Deutsche Med. Woch. 1889 (cyt. w-g. R ó b i n a)

⁵⁾ Referat w Centralblatt f. Chir. 1897.

⁶⁾ Lewenstern. Lekarz wojskowy. R. 1922. Nr. 5

⁷⁾ Goldman A. (Łódź) Polski Przegl. Chir. T. V. Zesz. 4. R. 1926.

⁸⁾ F. Riegel. Zeitschr. f. Klin. Med. T. XI. Zesz. 2—3. Także w Podręczniku Chorób Żołądka, R. 1896.

trzeni zniszczona i zastąpiona zbitą tkankę łączną, która sięga aż po za zgrubiałą mięśniówkę.

Ubytek śluzówki czyni Riegel odpowiedzianym za uszkodzenie chemizmu żołądka a także za zwięzienie odźwiernika i obu tym czynnikiem łącznie przypisuje zajście śmiertelne. Dziś wiemy, że w daleko większym stopniu zaważył tu czynnik mechaniczny od chemicznego, i że chory mógłby być zapewne uratowany przez jego usunięcie drogą operacji.

W przypadku Landego i Lewensterna⁹⁾ panna 17-letnia zażyła truciznę, w której skład wchodził kwas siarkowy. Po przejściu objawów ostrych zostało zwięzienie przełyku, które pod wpływem metodycznego zgłębnikowania całkowicie ustąpiło. W kilka tygodni potem rozpoczęły się wymioty, czasem z domieszką krwi, stopniowo coraz to częstsze i obfitsze. W pół roku po otruciu stwierdzono zaleganie pokarmów przy zachowanym chemizmie. Radjoskopowo-obraz wybitnego zwięzienia odźwiernika. — Podczas operacji rzuciła się w oczy silna perystaltyka rozszerzonego żołądka; jednak w samym odźwierniku widocznych od zewnątrz zmian nie stwierdzono. Stąd chirurg — może zbyt pohopnie — skłaniał się ku rozpoznaniu niedrożności czynnościowej, t. j. skurczu odźwiernika. *Gastroenterostomia* z wynikiem, przynajmniej na razie, pomyślnym.

Wreszcie opis 2 przypadków otrucia H²SO⁴ zawiązujemy T. Sokołowskiem¹⁰⁾

W pierwszym z nich, u 33 letniego mężczyzny, z powodu trudności w przelykaniu założono naprzód, po 4 tygodniach, przetokę żołądkową i zaczęto rozszerzać przełyk. Leczenie to szło dość łatwo i pomyślnie, lecz wkrótce już zauważono objawy niedrożności odźwiernika, które zmusiły, po miesiącu, do ponownej operacji. Odźwiernik miał wygląd twardego bliznowatego sznura. Zespolenie żołądkowo-jelitowe pozaokrężnicowe tylne. Powikłanie ropnem zapaleniem ślinianek przyusznych. Śmierć 6 dni.

W drugim przypadku u 22-letniego żołnierza, objawy ze strony przełyku były nieznaczne i przelotne, natomiast w końcu 3-go tygodnia, kiedy pacjent domagał się już wypisania, wystąpiły i szybko zaczęły wzrastać oznaki zwięzienia odźwiernika: bóle i palenie w nadbrzuszu, wymioty oraz znaczne zaleganie pokarmów. W 4-ym tygodniu operacja, podczas której stwierdzono luźne zrosty żołądka z otrzewną ścienną, na błonie surowiczej żołądka gęste wybroczyny i drobne blizny, odźwiernik zgrubiał i twardy. *Gastroenterostomia post. retrocolica*. Wyleczenie.

Dwa następne spostrzeżenia dotyczą otrucia kwasem azotowym.

W przypadku Jaworowskiego¹¹⁾ — z roku 1877 — mężczyzna 26-letni po znacznej dawce HNO³, mimo bardzo szybkiej pomocy, przez dni 12 miał silne bóle, wymioty i krwawe stolce. Dalej dwukrotnie krótka poprawa i znów pogorszenie, zwłaszcza uporczywe wymioty, trwające aż do śmierci.

Na sekcji znaleziono błonę śluzową ust, języka i gardzieli prawie nienaruszoną, zaś błonę śluzową przełyku zupełnie zniszczoną z wytworzeniem blizn, zwięzających światło. Z błony śluzowej żołądka i jej gruczołów nie zostało ani śladu; cała powierzchnia wewnętrzna ma wygląd skóry garbowanej, gładkiej, bez najmniejszej zmarszczki, ani fałdy. Odźwiernik tak dalece zwięziony, że zaledwie zgłębnik żłobkowy przepuszcza. Ściany żołądka zgrubiałe, porastane z organami sąsied-

niemi. Dwunastnica, kiszka czcza, a nawet biodrowa, pozbawione w znacznej części śluzówki.

W przypadku Róbin¹²⁾ chłopak 16-letni połknął przez omyłkę niepełny kieliszek 47% kwasu azotowego. Zażał dostał bóle i wymiotów krwawych. Pił dużo mleka i emulsję z oleju migdałowego. Nazajutrz i w ciągu dni następnych bóle łagodniejsze, występują głównie po przyjęciu pokarmu; wymioty rzadsze, zwykle w godzinę po jedzeniu, sprawiają ulgę. Po miesiącu bóle przeszły, apetyt wrócił, ale wymioty stały się bardzo obfite. W tym czasie badanie naczczko wykazało w żołądku cały litr zawartości rzadkiej ze znaczną domieszką śluzu. Kwasota ogólna = 76, wolnego HCl ani śladu, kwas mleczny obecny. Pod mikroskopem dużo długich laseczek, drożdże oraz włókna mięsne, krochmal i inne resztki pokarmowe. — Po śniadaniu próbnym: A=33, L=O, pepsyna w ilości zmniejszonej. — W końcu 2-go miesiąca operacja (S o ł o w i e j c z y k). Znaleziono żołądek znacznie rozszerzony, o ścianach zgrubiałych, wolny od zrostów. Na przedniej powierzchni dwie spore blizny, odźwiernik gruby, twardy. Śluzówka żołądka przekrwiona. *Gastroenterostomia post. retrocolica*. Wyleczenie.

Badania po 3 i 4 tygodniach, a potem jeszcze po 2 miesiącach wykazały prawidłowe opróżnianie się żołądka, lecz w dalszym ciągu zupełny brak wolnego HCl. Stan dobry, odżywia się normalnie, przybyło 7 kilo wagi.

* * *

Pominąwszy zatem mój przypadek pierwszy, zakończony śmiercią w okresie ostrym, mamy powyżej 16 obserwacji, które ilustrują dalsze następstwa otrucia kwasami mineralnymi: solnym, siarkowym i azotowym.

Pierwszy wniosek, jaki można z nich wyciągnąć, to, że późne skutki są dla kwasów powyższych klinicznie jednakowe.

Jakież to są skutki? Najbardziej zasługują na uwagę: zwięzienie przełyku, zwięzienie odźwiernika i uszkodzenie czynności wydzielniczej żołądka,

Zwięzienie przełyku wystąpiło w 5 przypadkach. W jednym Sokołowskiego dało nawet powód do gastrostomji, lecz minęło potem szybko przy zgłębnikowaniu, a na plan pierwszy wysunęła się przeszkoda w odźwierniku. W przypadku Jaworowskiego, choć stwierdzone na sekcji, nie odegrało ono ważnej roli wobec daleko większych zmian w samym żołądku. W 2 innych jeszcze przypadkach łatwo poddało się rozszerzaniu. Najdłużej trwało w moim przypadku drugim, gdzie jeszcze po roku chory miał przeszkodę w łykaniu i grubsze numery zgłębników nie przechodziły. I tu jednak zwięzienie nie posiadało charakteru trwałego, a zwłaszcza postępującego, lecz owszem tendencję do samorzutnego wyrównania.

W przeciwieństwie do rzadkich stosunkowo i łagodnych zmian ze strony przełyku, we wszystkich przytoczonych przypadkach wystąpiła niedrożność żołądka, najczęściej odźwiernika, raz okolicy przedodźwiernikowej i raz samego trzonu. Zawsze chodziło przytem o przeszkodę trwałą, bez żadnej skłonności do regresji, wymagającą bezwarunkowo zabiegu operacyjnego.

Przypadki te potwierdzają dalej, na co już niejednokrotnie zwracano uwagę, że objawy niedrożności żołądka uwydatniają się względnie późno, w okresie rekonwalescencji, a nawet pozornego wyzdrowienia.

¹²⁾ W. Róbin. *Gazeta Lekarska*, R. 1901.

⁹⁾ Pamiętnik Kliniczny Szpitala Dziec. Jezus Tom II. R. 1918.

¹⁰⁾ T. Sokołowski. *Toruń. Polski Przegl. Chirurg T. II. Zeszyt 2.*

¹¹⁾ Jaworowski. *Gazeta Lekarska*, R. 1877 (w protokole Tow. Lek. Lubelskiego)

Odwrotnie ma się rzecz ze zwężeniem przełyku, które ujawniać się zwykło w tak bezpośrednim następstwie ostrych zaburzeń, spowodowanych bólem, obrzmieniem, a zapewne i kurczem oparzonego przełyku, że nieraz trudno bywa wykreślić między nimi granicę.

Czy tak wielką częstość i natężenie zmian w drożności żołądka, jakie wykazuje rozpatrywana serja spostrzeżeń, można uznać za prosty zbieg okoliczności lub za rezultat szczególnego doboru przypadków? Może zwężenia żołądka ogłaszane są dlatego, że uchodzą dość powszechnie za wyjątek, a zwężenia przełyku — pomijane, jako zbyt banalne? Wątpliwości podobne nie wytrzymują krytyki. Gdyby bowiem przełyk był istotnie ulubionym miejscem zwężeń pokwasowych, to i on również nie mógłby wyjść obronną ręką w tylu przypadkach ciężkiego otrucia, które doprowadziły do wielkich i trwałych zmian w miejscach, jakoby mniej usposobionych. A pozatem spotykałibyśmy się wogóle częściej z pokwasowymi zwężeniami przełyku, wymagającymi systematycznej kuracji. Tymczasem należą one raczej do wyjątków i ani równać się nie mogą ze zwężeniami poługowymi, zarówno pod względem częstości, jak stopnia.

A jednak w wielu podręcznikach i artykułach specjalnych panuje dotąd dla wszelkich otrucí środkami żrącymi ogólny szablon, który głosi, że zwykłym ich następstwem jest zwężenie przełyku, a zaś niedrożność żołądka — wyjątkiem. Myślę, że czas już zerwać z nim ostatecznie i traktować różnie otrucia w sposób bardziej indywidualny. Szablon obecny pozostanie zapewne słuszny tylko dla ługów. Dla kwasów zaś mineralnych, solnego, siarkowego i azotowego, dziś już można ustalić jako prawidło, że, o ile otruty przetrwa stan ostry, to narażony jest jeszcze bardzo na zwężenie odźwiernika, a stosunkowo mało — na trwałe zwężenie przełyku. Izolowane, uparte zwężenia przełyku, do jakich należy mój przypadek drugi, stanowią właśnie pewną osobliwość.

Słuszność każe zauważyć, że obok twierdzeń szablonowych dawno już odzywały się głosy, trafniej ujmujące stosunek wzajemny zwężeń przełyku i żołądka po otruciu kwasami mineralnymi. Tak Böhm¹³⁾, w roku 1876, mówiąc o H²SO⁴, zaznacza, że zwężenia bliznowate wytwarzają się najczęściej w okolicy dolnej przełyku, lecz także we wpuszcie, a również w odźwierniku. Powstają one nieraz wtedy, kiedy chory miał się już za wyleczenie. — Ridder¹⁴⁾, twierdząc, że po otruciu środkami żrącymi zapewne w ponad 50% wytwarza się zwężenie przełyku, dodaje, iż dotyczy to głównie ługu, a rzadziej HCl. — Jeszcze bliższy prawdy jest Anisimow¹⁵⁾, który, na podstawie 3 przypadków własnych i 31 obcych otrucia HCl, doszedł do następujących wniosków: Śmiertelność ogólna wynosi około 70%. Najwięcej ofiar pochłania *strictura pylori* (30,7%) oraz *peritonitis* (23%), rzadziej *strictura oesophagi* (8,7%) i *sepsis* (8,7%). Wnioski powyższe, które, jeśli chodzi o stosunek wzajemny

między zwężeniami żołądka a przełyku, podobne są do moich, rażą wysoką śmiertelnością dla wspomnianych powikłań. Widocznie większość spostrzeżeń pochodziła z epoki, kiedy jeszcze wcale nie, albo mało operowano. Pracy tej, niestety, nie znam w oryginale, lecz tylko ze wzmianki w artykule Landego.¹⁶⁾

Co się tyczy chemizmu żołądka, to tylko dwukrotnie stwierdzono, że pozostał on normalny, a 7 razy — brak wolnego HCl przy obniżonej kwasocie ogólnej i zwykle zachowanej, choć w części, pepsynie. W reszcie przypadków badań nie dokonano. Tak więc upośledzenie chemizmu żołądka po otruciu kwasami mineralnymi jest zjawiskiem nader pospolitem i dotyczy głównie produkcji HCl.

Prócz wyżej omówionych następstw lokalnych zasługuje jeszcze na uwagę wpływ otrucia na stan ogólny chorych, który w moich przypadkach bardzo wiele ucierpiał. Jeśli chirurgowie wyrażają się nieraz inaczej, to mają widocznie na myśli skutek doraźny zabiegu. Trwała ruina zdrowia jest łatwo zrozumiała, skoro uprzytomnić sobie zmiany, spostrzegane na sekcji u zmarłych w dłuższy czas po otruciu, jak np. w przypadkach Riegela i Jaworowskiego. Wszak polegały one nietylko na zwężeniu odźwiernika, które można obejść lub usunąć, lecz i na bardzo rozległym zniszczeniu błony wydzielniczej żołądka, a nawet dalszych odcinków przewodu pokarmowego. Nie są też wyłączone zmiany w innych narządach, aczkolwiek nie pewnego o nich nie wiemy. Tak czy owak, z perspektywą niepełnego odzyskania zdrowia, nawet po udanej operacji, liczyć się poważnie należy.

* * *

Czy podobne są skutki innych płynów żrących? A jeśli nie, to czym się one różnią?

Na uwagę zasługują głównie dwie najczęstsze trucizny tej kategorii, mianowicie, kwas octowy i ług.

Co do pierwszego, posiadamy w Warszawie doświadczenie bardzo rozległe z lat ostatnich. Ja sam spostrzegałem w okresie powojennym zgorąsto przypadków otrucia esencją octową. Rzecz o niej można naogół, że trwałych zwężeń nie powoduje. Wprawdzie po przejściu objawów ostrych chorzy skarżą się niekiedy dalej na trudność przełykania, i zgłębnikiem stwierdza się pewne opory, lecz są to objawy rzadkie i z reguły łatwo ustępujące. — Zwężenia odźwiernika nie spostrzegałem ani razu, a w literaturze znam jeden tylko przypadek, opisany przez Pompera.¹⁷⁾ Przebiegał on zupełnie analogicznie do streszczonych wyżej — po kwasach mineralnych. Operowany był po 3 miesiącach z wynikiem pomyślnym. Jako zapewne unikat, mógłby nawet wzbudzać podejrzenie omyłki co do rodzaju trucizny. Wszak polegamy zwykle tylko na słowach chorego lub jego otoczenia.

Chemizm żołądka, badany przezemnie w kilku przypadkach otrucia esencją octową, nie wykazuje zazwyczaj upośledzenia. Z dwóch chorych, z wybitną hemoglobinurją w okresie ostrym, a więc napewno zatrutych, pierwszy miał w rekon-

¹³⁾ Ziemssen. Handbuch d. spec. Pathol. u Therapie 1876.

¹⁴⁾ Ridder. Spec. Pathol. u Therapie Kraus — Brugsch T. V, str. 146.

¹⁵⁾ Anisimow. Bolnicznaja Gazeta Botkina. 1894. NN. 30 i 32.

¹⁶⁾ A, Lande. Gazeta Lekarska, 1897. str. 217.

¹⁷⁾ Pomper. Czasopismo Lekarskie. R. 1926, N. 2 str. 86.

walescencji, po śniadaniu próbnem $L=45$, $A=76$; drugi, cięższy, po upływie półroku: $L=36$, $A=57$. Podobnie w 3 lżejszych przypadkach. W jednym tylko — ciężkim — w 4 tygodnie po otruciu śniadanie próbne dało: $L=0$, $A=8$, pepsyna dodatnia.

Wreszcie ług gryzący. Powoduje nader łatwo zwężenia przełyku, nieraz bardzo znaczne i niezmiernie uporczywe, stąd trudne do leczenia, czem właśnie różni się od pokwasowych. Jeśli pominąć nowotwory, to ogromna większość trwałych zwężeń przełyku powstaje w skutku oparzenia ługiem. Z niej głównie rekrutują się chorzy, skazani na żmudne rozszerzanie za pomocą zgłębników.

Daleko rzadziej daje ług zwężenie żołądka, przyczem i przełyk nieomal zawsze mocno jest zajęty. Ciekawy przypadek tego rodzaju opisł Kożuchowski¹⁸⁾:

Operacja w 2 miesiące po otruciu wykazała prawie zupełne zarośnięcie nie tylko odźwiernika, lecz i przyległej części żołądka. Wykonano gastroenterostomię. W 10 dni potem zaczęto rozszerzać przełyk, który ledwie płyny przepuszczał. Zrazu z trudem przepchnięto najmniejszą gałkę Trouseau, a w ciągu 3 tygodni z bólem, krwawieniem i podskokami ciepłoty, doprowadzono do przejścia gałki N 3. Chora odzyskała możliwość jedzenia pokarmów stałych i poprawiła się ogólnie. Na tem obserwacja się kończy.

Drugi przypadek, opisany przez Hadenfeldta,¹⁹⁾ znam tylko z cytaty u Róбина, bez bliższych szczegółów.

Dotyczy on 6-letniego dziecka, któremu wykonano gastroenterostomię z wynikiem pomyślnym, z powodu zwężenia odźwiernika po otruciu ługiem sodowym.

Osobiście widziałem przed paru laty przypadek jednoczesnego zwężenia przełyku i odźwiernika w kilka tygodni po otruciu ługiem. Rzuciło się w oczy znaczne rozdęcie okolicy żołądka. Z powodu zbyt ciężkiego stanu chorego nie operowano, i wkrótce zmarł, a sekcja potwierdziła rozpoznanie. Drugi podobny przypadek mam właśnie w obserwacji:

H. W. lat 21, bezrobotny, rano 3. II. 1930 wypił szklanke ługu. Przywieziony po paru godzinach w stanie ciężkim do szpitala, skarży się na silne bóle w ustach, piersiach i brzuchu. Wymiotuje masą krwawą, brunatną, alkaliczną. Z trudem udało się wprowadzić zwykły cewnik i przepłukać żołądek. Przez następne dni ma się stopniowo coraz lepiej. Na 9 dzień, nagle, obfite wymioty krwią z objawami zapaści. Na 13 dzień tylko cewnik najcieńszy wszedł do żołądka; treść wydobyta — bezkrwawa, żółta, kwaśna, lecz bez wolnego HCl. Do końca lutego poprawa. Od początku marca chory łyka gorzej, z powodu czego rozpoczęto zgłębnikowanie; przechodzą NN 18—25 ze zmienną trudnością powodując nieraz krwawienie. Przytem często zwracanie i wymioty z obfitą domieszką ciemnoszarej śluzoropy. Mimo względnej drożności przełyku chory szybko traci siły i chudnie. W nadbrzuszu nie widać nigdy rozdęcia, ani perystaltyki, niema też pluskania. Zbadanie cewnikiem, jak żołądek się opróżnia, jest już niemożliwe. Za to z wielką pomocą przychodzi tu rentgenodjagnostyka, która wykazuje, że mieszanka kontrastowa spływa przez przełyk wąską strugą, a w żołądku pozostawia wielkie zaległości 24-godzinne. — Wobec tak jasnego dowodu niedrożności żołądka chory został przeniesiony na oddział chirurgiczny Sławińskiego i operowany przez tegoż 25. III. 30. Okazało się, że na 3 centm. przed

odźwiernikiem znajduje się zwężenie okrężne, nadające tej części żołądka kształt twardego sznura. Wstecz za niem żołądek jest niezbyt wielki, lecz mocno wypełniony, kulisty; przylega on do przepony, gdzie w okolicy wpustu unieruchamiają go zrosty. Ściana żołądka przekrwiona i nierównomiernie zgrubiała. Wydobyto przez nakłucie aspiratorem $\frac{3}{4}$ litra zawartości, poczem wykonano gastroenterostomię przednią. Dostępna oku błona śluzowa — bardzo gruba, pulchna i mocno przekrwiona.

Treść, otrzymana przez aspirację, jest ciemna, szarobrunatna, tak gęsta i ciągnąca się, że z trudem się przelewa. Przy wirowaniu oddziela się z niej około 1 i żółtawego, mętnego płynu. $L=0$, $A=125$. Kwas mlekowy w znacznej ilości, pepsyna wyraźnie dodatnia, spora domieszka krwi. W osadzie tłuszcz, kwasy tłuszczowe, skrobia, resztki barytu i mnóstwo grubych bakterij pałeczkowatych. Przebieg poopercyjny gładki. Po 12 dniach chory wrócił na mój oddział.

Czuje się dobrze i nieco lepiej wygląda, przybyło mu nawet 1 kilo na wadze. Ale przełyk przepuszcza tylko płyny i papki, i to powoli, a pierwsza próba zgłębnikowania dała wynik niepewny, a przytem silny odczyn bólowy i gorączkowy. Można się więc obawiać, że i przy dalszym rozszerzaniu nie obejdzie się bez trudności, a nawet powikłań.

* * *

Mimo utartego szablonu, który za pospolite następstwo wszelkich trucizn żrących uznaje zwężenie przełyku, a niedrożność żołądka, zwłaszcza przy przełyku wolnym, zalicza do wyjątków, nieraz zastanawiano się nad pytaniem, dlaczego ów wyjątek zdarza się prawie zawsze po kwasach, a rzadko kiedy po ługu.

Dla objaśnienia tego niezaprzeczonego faktu, który, jak starałem się wyżej uzasadnić, wcale nie jest dla kwasów mineralnych wyjątkiem, lecz wszem prawidłem, wysuwano głównie dwie przyczyny.

Pierwszą z nich jest odmienne działanie kwasu, a ługu na tkanki. Kwas niszczy je szybko, powodując wytworzenie się strupa, który hamuje dalsze jego przenikanie. Ług działa powolniej wprawdzie, lecz za to sięga głębiej; stąd większe szczyry zniszczenie i tęższe zostawia blizny. Lecz stosuje się to głównie do przełyku, gdzie warunki dla różnego rodzaju płynów gryzących są mniej więcej jednakie. Natomiast w żołądku, o ile tenże nie jest chory albo zupełnie pusty, zaczyna działać i druga przyczyna. Mianowicie ług ulega w pewnej mierze zubożeniu, tracąc przez to na mocy niszczącej, dla kwasów zaś tylko o rozcieńczeniu może być mowa, które zresztą w równym stopniu dotyczy i ługu. Czyli, w żołądku waga szkodliwości zdaje się przechylać na rzecz kwasu, tembardziej, że przy dłuższym kontakcie i ów domniemany wpływ obronny strupa może być zawodny.

Te dwie przyczyny tłumaczą nam poniekąd silniejsze działanie ługu w przełyku, a kwasu w żołądku. Nie wydaje mi się jednak, ażeby one same wystarczały. Mimowoli nastęcza się domysł, że ważną rolę odgrywać jeszcze może czas działania płynów gryzących. Jeśliby przypuścić, że ług dłużej zatrzymuje się w przełyku, a za to krócej w żołądku, aniżeli kwas, to wyjaśnienie różnej lokalizacji uszkodzeń i ich skutków stałoby się odrazu bardzo proste. Jest to oczywiście tylko hipoteza, ale dla której możnaby wynaleźć pewne analogie fizjologiczne.

¹⁸⁾ T. Kożuchowski. Polski Przegl. Chir. T. II. Zesz. 4. R 1923.

¹⁹⁾ Hadenfeldt. München. Med. Woch. 1900.

Z oddziału wewnętrznego Szpitala Dz. Jezus
(Ordynator: Dr. Józef SKŁODOWSKI).

O leczeniu ropnego gruźliczego zapalenia opłucny miejscowymi zastrzykowaniami aurosanu.

Podał

Henryk PUSZET (Warszawa).

Zagadnienie leczenia ropnego gruźliczego zapalenia opłucny nie przestaje interesować klinicystów i jest przedmiotem coraz to nowych prób i badań. Przyczynia się do tego niewątpliwie znaczny wzrost tego cierpienia od czasu wprowadzenia odmy sztucznej, w której przebiegu nierzadko powstają wysięki ropne. Niezależnie od tego, czy wywołane są one odmą sztuczną, czy samoistną, czy też zjawiają się samodzielnie, są jednym z cięższych powikłań gruźlicy płuc, dającym naogół złe rokowanie. Zwłaszcza niepomyślnie kończą się przypadki nieleczone: długotrwałe ropienie może doprowadzić z czasem do skrobiawicy narządów mięszkowych i do charłactwa; niekiedy następuje przebiecie się ropy do oskrzela lub nazewnątrz klatki piersiowej z jego fatalnymi następstwami.

W leczeniu trzymamy się chętnie zasady ogólnej: „ubi pus ibi evacua”. Większość lekarzy wypowiada się obecnie za leczeniem zachowawczem, polegającym na perjodycznym wypuszczaniu ropy z opłucny i dopuszczaniu następnie powietrza, względnie azotu. Metodę tę stosuje się oddawna na naszym oddziale. Koledzy Kapłan i Konopnicki opisali szczegółowo technikę i wyniki jej w „Warszawskim Czasopiśmie Lekarskim” r. 1926 Nr. 11. Składają się na nią 4 czynniki: wypuszczanie ropy możliwie cienką igłą; przemywanie opłucny ciepłym roztworem soli fizjologicznej, gdy ropa jest zbyt gęsta; dopuszczanie gazu zarówno dla uniknięcia zbyt wielkich wahań ciśnienia, źle znoszonych przez chorych, jak i dla podtrzymania ucisku płuca; wreszcie wprowadzenie środka odkażającego pod postacią jodoformu. Zabieg powyższy powtarza się co pewien czas, przeciętnie co dwa miesiące; częstość jego dyktowana jest zarówno stanem ogólnym, jak i objawami fizykalnymi. Przy braku ciężkich spraw gruźliczych w płucach lub innych narządach metoda powyższa daje wyniki dobre. Chory przestaje gorączkować, ustępuje duszność, wraca apetyt; osiągnięta poprawa pozwala wówczas choremu wrócić do lżejszej pracy i dalsze leczenie prowadzić ambulatoryjnie. Stopniowo coraz mniej ropy znajdujemy w opłucnie, aż wreszcie znika zupełnie; często wysuszenie się opłucny poprzedza pewne przeobrażenie się wysięku, który staje się bardziej płynny i mniej ropny. Badanie fizykalne i rentgenologiczne wykazuje stopniowe zmniejszanie się jamy opłucny aż do zupełnego jej zarośnięcia z jednoczesnym zapadaniem się chorej strony klatki piersiowej i pociąganiem śródpiersia oraz przepony.

Metodę powyższą z tą lub inną odmianą poza Skłodowskim i jego asystentami stosowali z powodzeniem u nas Wiczkowski, Dłuski, Szczepański, Gorecki, a z obcych zalecają ją Sergent, Turpin, L. Bernard, Triboulet, Dumarest, Kohn, Bacmeister i inni.

Tego rodzaju leczenie zachowawcze rozciąga

się jednak na szereg miesięcy i niekiedy idzie opornie.

Nic dziwnego, że oddawna usiłowano znaleźć środek, któryby, wprowadzony do opłucny, bądź przez działanie bakterjobjęcze, bądź przez pobudzenie atonicznej błony surowiczej powstrzymał odnawianie się ropy i przyspieszył proces leczenia. Stosowano w tym celu jodoform, roztwór Pregela, Dakina, barwniki organiczne, związki koloidalne srebra i złota, lipiodol — bez większych jednak rezultatów. Tu również należy *oleo-thorax*, t. j. wypełnienie jamy opłucny, po uprzednim opróżnieniu jej z ropy, przez wysokoprocentową oliwę gomenolową (Bernou); metoda ta zalecana jest również w przypadkach przetok oskrzelowo-opłucnowych.

Stosowanie tiosiarczanu sodowego złota do opłucnowo zapoczątkował Villaret oraz Kindberg i Vericourt¹⁾ Ostatni autorowie mieli dobre wyniki w dwóch przypadkach ropnego wysięku, wikłającego odmě sztuczną. W jednym — pomimo istnienia przetoki opłucnowo-oskrzelowej — nastąpiło całkowite wysuszenie opłucny w ciągu 2-ch tygodni po trzech miejscowych zastrzyknięciach crisalbinu (nazwa francuskiego preparatu tiosiarczanu sodowego złota) w ogólnej ilości 0,25 gr. U drugiego chorego ropa była tak gęsta, że nie przechodziła przez najgrubszy trójgraniec; po pierwszym zastrzyknięciu złota do opłucny ropa stała się płynna i rzadka, tak, że można ją było wypuścić, a przy dalszym zastrzykiwaniu crisalbinu nastąpiło stopniowe zmniejszanie się wysięku i ogólna poprawa. Wprowadzanie złota do opłucny znosiło choroby doskonale, nie spostrzegano przytem żadnego odczynu. Natomiast Tey²⁾, stosując do opłucnowo sanokryzynę również w przypadku *pyopneumothorax tbc.* w dawce 0,14 gr., otrzymywał za każdym razem podskok ciepłoty, co go skłoniło do zaniechania dalszego leczenia złotem.

Przechodzę obecnie do omówienia własnych spostrzeżeń. Korzystając z dostarczonego nam przez firmę „Spiess” aurosanu, przeprowadziliśmy leczenie zapomocą zastrzykiwań doopłucnowych w 5-ciu przypadkach ropnego gruźliczego wysięku opłucny.

Przyp. I. Andr. Piotr, lat 36, rolnik. W jesieni 1926 r. zaczął gorączkować, kasłał i pluł, chudł i tracił siły. W marcu 1927 r. założono mu w Brześciu n-B. odmě prawostronną, po której trzeciego dnia ciepłota podniosła się do 40⁰ jakoby z powodu zapalenia opłucny. Po dwóch tygodniach wrócił do domu, stan jego powoli się poprawił. Odmy więcej dopuszczanej nie miał.

15.VI.1927 r. Zgłasza się do nas na oddział szpitalny z powodu trwającej od miesiąca gorączki do 38⁰; kaszle, odpluwa. Wąty, blade, miernie odżywiony. Waga 54 kg. W prawej opłucnie pluskający płyn sięga do kąta łopatki. Poza tem zmian się nie stwierdza. W płwocinie laseczników nie znaleziono. Mocz bez zmian.

Wydobyto nakłuciem 1250 cm.³ krwawego, ropiastego płynu, wyrównano zapomocą 800 cm.³ N ciśnienie wewnątrzopłucnowe do 0, wprowadzono zawieszinę jodoformową. W wysięku stwierdzono liczne prątki Kocha.

22.VI.1927 r. Wypuszczono 700 cm.³ żółtej, gęstej ropy,

1) Bull. et. Mém. de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris 1929, Nr. 7.

2) Tey, Antenor: Rev. Circ. méd. Córdoba, ref. Zentralblatt für d. ges. Tuberk. 1929 str. 656.

przeplukano opłucną roztworem soli fizjologicznej, wprowadzono N i jodoform.

Po wypisaniu się ze szpitala w końcu czerwca 1927 r. przyjeżdża później regularnie co dwa miesiące. Za każdym razem wypuszczaliśmy mu ropę w ilości od $\frac{1}{2}$ do 1 litra; konsystencja ropy stale gęsta. Stan pacjenta przytem dobry, nie gorączkuje, przybiera na wadze, pomaga nieco w gospodarstwie rolnem.

14.VI.1929 r. Waga 60,8 kg. Wydobyto 1000 cm³ gęstej żółtej ropy. Po dopuszczeniu azotu zaniechaliśmy tym razem płukania opłucny i wprowadziliśmy 0,1 gr. aurosanu.

19.VIII.1929 r. Przez pierwsze dwa tygodnie czuł się gorzej, podobno gorączkował, później nastąpiła wyraźna poprawa subiektywna. Ciężota — normalna, waga 62 kg. Wyraźne zapadnięcie klatki piersiowej po stronie chorej wraz z przesunięciem serca naprawo. W dole prawego płuca przytłumienie i nieznaczne osłabienie oddechu.

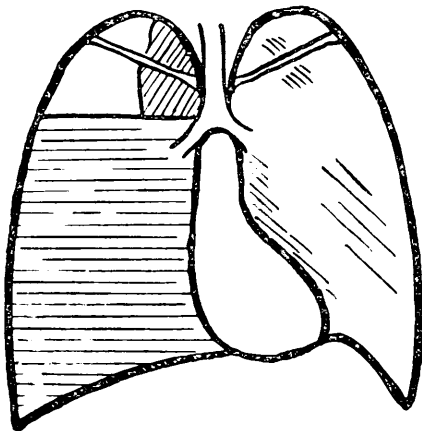
Nakłuciem otrzymano tylko 75 cm³ surowiczego żółtego płynu, dopuszczono 150 cm³ N, przyczem ciśnienie szybko się podniosło do + 1; wprowadzono 0,1 gr. aurosanu.

11.XI.1929 r. Listownie donosi, że czuje się dobrze i pracuje.

W przypadku tym systematyczne wypuszczanie wysięku w ciągu dwóch lat poprawiło stan ogólny pacjenta i pozwoliło mu na powrót do lekkiej pracy. Gęsta ropa zbierała się jednak stale ponownie w ilości od $\frac{1}{2}$ do 1 litra. Po pierwszym zaś zastrzyknięciu aurosanu nastąpiło już prawie całkowite wyschnięcie opłucny i znaleźliśmy za ledwie 75 cm³ płynu surowiczego; jama opłucnowa była już tak mała, że zmieściła tylko 150 cm³ azotu.

Przyp. 2. N. Wiktor, lat 36, mechanik, alkoholik. W zimie r. 1927/28 kaszał, pluł krwią, gorączkował, zgłosił się na oddział w końcu marca 1928 r. z powodu wzrastającej duszności, osłabienia i braku apetytu. Ciężota — 37,3⁰, tętno — 96', cera biała, odżywianie podupadłe, waga 62,5 kg. Badanie fizykalne i rentgenologiczne wykazało w prawej opłucnie znaczną ilość wolnego płynu, pluskającego przy wstrząśnieniu. Płwocina śluzowo-ropna, wielokrotne badanie laseczników Kocha nie wykryło. Mocz bez zmian.

25.III.1928 r. Wypuszczono 2000 cm³ surowiczego mętnego płynu, dopuszczono 350 cm³ N, ciśnienie końcowe = - 2,5. W płynie: białka 4,89%, liczne czerwone krążki, białe



Rys. 1.

ciałka kilkanaście w polu widzenia, prawie wyłącznie neutrofile, pojedyncze komórki śródbłonka, prątków Kocha — kilkanaście na preparacie.

5.IV.1928 r. Czuję się niezłe, ciężota dochodzi do 37,8⁰.

Wypuszczono 2200 cm³ mętnego płynu, wprowadzono 500 cm³ N, ciśnienie końcowe = - 4.

11.V.1928 r. Przejściowo gorączkował do 39⁰. Wypuszczono 1550 cm³ mętnego płynu: pod drobnowidzem przeważnie neutrofile w stanie stłuszczenia i liczne prątki Kocha.

12.V.1929 r. W ciągu roku zgłaszał się wielokrotnie ambulatoryjnie celem wypuszczenia płynu. Wysiłek był wyraźnie ropny, w ilości stale około litra. Po wypuszczeniu wysięku przemywano opłucną każdorazowo solą fizjologiczną, wyrównywano ciśnienie wewnątrzopłucnowe azotem i wprowadzano zawiesinę jodoformową. Stan chorego stale się poprawiał, przybyło mu 13 kg., wrócił do pracy zawodowej.

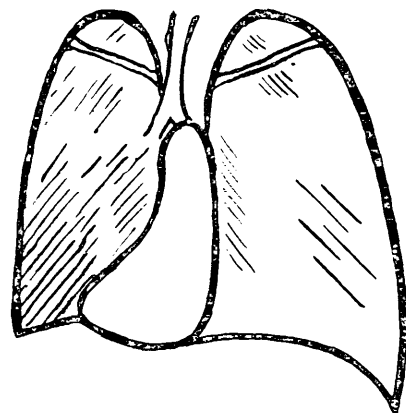
Ponownie wypuszczono 900 cm³ rzadkiej brudno-żółtej ropy, dopuszczono 1000 cm³ N. Tym razem zaniechano już płukania i wprowadzono do opłucny 0,1 gr. aurosanu.

15.VIII.1929. Stan dobry, pracuje, nadużywa alkoholu. Otrzymano przy nakłuciu tylko 300 cm³ rzadkiego, mętnego, brudno-żółtawego płynu. Wprowadzono 0,25 gr. aurosanu.

13.XI.1929 r. Stan dobry. Ciężota normalna, tętno 90. Zaznacza się zapadanie prawej strony klatki piersiowej. W dole prawego płuca przytłumienie z nieznacznym osłabieniem oddechu i skąpą ilością drobnych rzeżeń, pod obojczykiem nieco trzeszczeń. Prześwietlenie nie wykazało już obecności wolnego płynu i gazu w prawej opłucnie, jedynie zacienienie dolnej części prawego pola płucnego; lekkie przemieszczenie śródpiersia ku stronie prawej; trochę smugowatych zacienień w górnych częściach obydwu płuc.

6 IV.1930 r. Czuję się i wygląda doskonale, pracuje normalnie, nadal nałogowo pije. Prawa połowa klatki piersiowej wyraźnie zapadnięta. Tępość serca przesunięta znacznie na prawo. W dole prawego płuca przytłumienie z niewielkim osłabieniem oddechu i pojedynczymi rzeżeniami, powyżej i od przodu oddech pęcherzykowy z zaostrozonym wydechem.

Przypadek ten jest analogiczny do poprzedniego. Stan ogólny chorego szybko się poprawiał, ustąpiła gorączka, wzrosła waga ciała. Jednak pomimo wielokrotnego opróżniania opłucny wysięk ropny stale się odnawiał w ilości około litra. Po pierwszym zastrzyknięciu aurosanu zebrało się tylko 300 cm³ mętnego płynu, a po następnym badaniu fizykalne i rentgenologiczne wskazywało już na zupełne wessanie się wysięku i zarośnięcie opłucny.



Rys. 2.

Przyp. 3. Karl. Antoni, lat 28, pielęgniarz kliniki chirurgicznej. W październiku 1927 r. w II-jej klinice wewnętrznej s. p. Dr. Zawistowski złożył mu odemę z powodu czynnej gruźlicy górnego płata prawego płuca. Odma

systematycznie uzupełniana, dała dobry wynik. Chory przestał gorączkować i pocić się, przybrał na wadze, kaszel i płwocina zginęły, i po pewnym czasie chory wrócił do pracy w pracowni klinicznej.

W czerwcu 1928 r. zjawił się wysięk z gorączką i dusznością.

19.VII.1928 r. Z powodu wielkiej duszności wypuszczono nakłuciem 800 cm³ płynu zielonkawego, niezupełnie przezroczystego, zawierającego 10-15 leukocytów w polu widzenia.

1.VIII.1928 r. Z powodu remontu kliniki przeniesiony do nas. Stan podgorączkowy, tętno 96', waga 61,2 kg., kaszle mało, w płwocinie prątków nie znaleziono. W prawej opłucnie badania fizykalne i rentgenologiczne wykazały obecność wolnego płynu, sięgającego aż do obojczyka. Serce przemieszczone na lewo (rys. 1).

Wypuszczono 3000 cm³ jasnego, surowiczego płynu i wyrównano ciśnienie azotem. Badanie płynu wykazało: białka 5,9%, leukocyty przeważnie wielojądrowe 5-6 w polu widzenia, nieliczne śródbłonki i czerwone krążki; bakterij nie znaleziono.

12.IX.1928 r. Stan ogólny dobry, ciepłota 37⁰ — 37,5⁰. Wypuszczono 2300 cm³, dopuszczono N. Płyn nieco mętny; białka 4,89%, białe ciała kilkadziesiąt w polu widzenia, prawie wyłącznie neutrofile w stanie stłuszczenia, nieliczne czerwone krwinki, nieco komórek śródbłonkowych, prątki Kocha — kilkanaście w preparacie.

12.I.1929 r. Przez trzy miesiące był na wsi, czuł się dobrze, dwa razy zgłosił się ambulatoryjnie dla wypuszczenia wysięku. Obecnie od tygodnia gorączkuje do 39⁰, wystąpił *herpes labialis*, skarży się na duszność, kaszel i ogólne rozbie. Waga 56 kg.

Wypuszczono 1000 cm³ mętnego surowiczoro-ropnego płynu, przemyto opłucną solą fizjologiczną, wprowadzono N i jodoform. W płynie wykryto liczne paciorkowce. Po kilku dniach ciepłota obniżyła się do 37,5⁰.

16.II.1929 r. Wypuszczono 500 cm³ gęstej ropy, przemyto opłucną, dopuszczono azot i jodoform. Prątków Kocha, ani paciorkowców nie znaleziono, posiew dał wynik ujemny.

8.III.1929 r. Wypuszczono 900 cm³ gęstej ropy, przemyto opłucną, wprowadzono azot i jodoform.

26.III.1929 r. Wypuszczono 500 cm³ gęstej ropy, dopuszczono N i tym razem już bez płukania wprowadzono do opłucny 0,1 gr. aurosanu. Czł się potem dobrze; w moczu nie znaleziono składników chorobowych.

4.IV.1929 r. Wydobyto tylko 300 cm³ mniej gęstej ropy; aurosanu 0,25 gr. W kilka dni później wystąpiło bolesne tarcie opłucny w przeciwległym płucu, bez wzniesienia ciepłoty, a prześwietlenie wykazało duże zacienienie w przyśrodkowej części lewego górnego płata. Waga 61,7 kg.

10.VII.1929 r. Był przez dwa miesiące na wsi, poprawił się, przytył. Ciepłota 37⁰, prawa strona klatki piersiowej zapadnięta, serce przesunięte na prawo. Otrzymał 300 cm³ rzadkiej ropy, wprowadzono 0,1 gr. aurosanu.

28.X.1929 r. Od ostatniego zabiegu czuje się zupełnie dobrze i od dwóch miesięcy pracuje. Ciepłota normalna. Waga 66 kg. Ogólny wygląd dobry. Duże zapadnięcie prawej połowy klatki piersiowej, przesunięcie serca na prawo. W prawym szczycie stłumienie, oddech oskrzelowy, rżenia dźwięczne; w dole prawego płuca stłumienie i osłabienie oddechu. W lewym płucu zmian nie stwierdza się.

Roentgen. Prawe pole płucne nierównomiernie zacienione, w środkowej części zrostowa kieszeń opłucnowa, zawierająca nieco płynu. Przepona prawa niewidoczna. Śródpiersie przesunięte na prawo, szczyt lewy nierównomiernie zacieniony, w lewej wnęce smugowate zacienienia.

4.II.1930 r. Pracuje, czuje się dobrze, ciepłota normalna, waga 67,4 kg. Prawa strona klatki piersiowej silnie zapadnięta i obwód jej jest o 3 cm. mniejszy, niż strony lewej. W szczycie stłumienie, oddech oskrzelowy bez rżeń; w dole stłumienie i osłabienie oddechu. Tępość serca leży całkowicie po stronie prawej, bicie serca widoczne i wyczuwalne najlepiej pod prawym sutkiem.

Roentgen. Całe pole płuca prawego jest zwężone i zaciemnione. Serce, śródpiersie i tchawica są przeciągnięte na prawo (*cirrhosis pulmonis dextrae, concretiones permagnae pleurae*). W płucu lewym drobne zagęszczenia w szczycie i pod obojczykiem, powiększenie wnęki. Przepona po stronie lewej porusza się prawidłowo (rys. 2).

W tym przypadku w przebiegu dobrze idącej odmy zjawia się obfity wysięk surowiczy, który stopniowo zamienił się w ropę. Mimo wielokrotnego wypuszczania wysięk stale się odnawiał. Po zastosowaniu aurosanu ropa staje się rzadsza, ilość jej się zmniejsza, i wystarczyły trzy zastrzyknięcia, by znikła zupełnie. Badanie fizykalne i rentgenologiczne wykazało zarośnięcie jamy opłucny.

Przyp. 4. G. Stanisław, lat 29, student, w roku 1925—zagęszczenie prawego szczytu. W sierpniu r. 1927 wysięk w prawej opłucnie. Od stycznia 1928 r. do czerwca czuł się dobrze.

11.VIII.1928 r. Zgłasza się do szpitala z powodu trwającej od 2 miesięcy gorączki i ogólnego osłabienia; nieco kaszle, odpluwa mało, w płwocinie przy wielokrotnym badaniu łaseczników nie znaleziono.

Budowa prawidłowa, odżywianie średnie, waga 54 kg. Przy badaniu stwierdza się w prawej jamie opłucny wysięk, sięgający do połowy łopatki. Nakłuciem otrzymano 500 cm³ płynu surowiczego, dopuszczono 300 cm³ N, ciśnienie końcowe = + 4. W płynie: białka 5,6%, pojedyncze limfocyty i czerwone krążki, bakterij nie wykryto. Po zabiegu w miejscu był tępości oddech pęcherzykowy z drobnymi trzęszeniami przy wdechu, powyżej oskrzelowy z licznymi trzęszeniami.

14.VIII.1928 r. Dopuszczono 300 cm³ N, c. k. = + 6.

19.VIII.1928 r. Dopuszczono 300 cm³ N, c. k. = + 5.

Ciepłota waha się 37,2⁰ — 37,8⁰. Wypisany ze szpitala, przebywa stale później na wsi i zgłasza się tylko ambulatoryjnie co dwa miesiące.

20.X.1928 r. Wypuszczono 800 cm³ rzadkiej ropy. Prątków niema. Dopuszczono N i jodoform.

18.XII.1928 r. Czuje się nieco lepiej, ropy 920 cm³, przemyto opłucną solą fizjologiczną, wprowadzono N i jodoform.

22.II.1929 r. 500 cm³ rzadkiej ropy. Pozatem, jak wyżej.

19.IV.1929 r. Czuje się dobrze, nie gorączkuje, nie kaszle. Waga 56 kg.; 850 cm³ rzadkiej ropy, zastrzyknięto 0,1 gr aurosanu (bez przemywania opłucny).

4.VII.1929 r. 200 cm³ jasnej, mętniej cieczy. Aurosanu 0,25 gr.

18.IX.1929 r. 650 cm³ surowiczoro-ropnego płynu. Aurosanu 0,25 gr.

19.XI.1929 r. 500 cm³ surowiczoro-ropnego płynu. Aurosanu 0,25 gr. Po kilku dniach wystąpiło niewielkie swędzenie na tułowiu, a przy badaniu stwierdzono na skórze kilka rozrzuconych dużych czerwono-sinich plam.

8.I.1930 r. Wysypka ustąpiła prawie zupełnie. Czuje się zupełnie dobrze, ciepłota normalna. Waga 59 kg. Znaczne zapadnięcie chorej strony klatki piersiowej. Nakłuciem otrzymano 125 cm³ surowiczego nieco mętnego płynu; po wprowadzeniu 300 cm³ N ciśnienie odrazu zamieniło się na do-

datnie, a przy następczym wprowadzeniu 10 cm.³ emulsji jedoformowej, pacjent odczuwał silny ucisk.

14.III 1930 r. Wygląda i czuje się dobrze. Prawa strona klatki piersiowej wybitnie zapadnięta — obwód jej o 3 cm. mniejszy, niż strony lewej. W prawem płucu prawie na całej przestrzeni przytłumienie, w dole oddech osłabiony, w szczycie zaostrozony, nad łopatką nieco drobnych rzężeń po kaszlu. Prześwietlenie nie wykazało więcej wolnego płynu, jedynie zaciemnienie w kącie przeponowo-żebrowym. Pośrodkowe ustawienie serca.

U tego chorego stosowaniu aurosanu nie towarzyszyła tak szybka poprawa, jak w przypadkach poprzednich. Wysiłek tylko stopniowo stał się mniej ropny i dopiero po 4-ch zastrzyknięciach zmniejszył się do 125 cm.³. Wobec wystąpienia osutki po ostatnim zastrzyknięciu aurosanu zaprzestaliśmy dalszego leczenia złotem. Ostatnie badanie chorego stwierdziło wessanie się całkowite wysięku i zarośnięcie opłucny.

Przyp. 5. J. Józef, lat 32, ogrodnik. W 1927 r. gorączkował i pluł krwią, od tego czasu stale kaszle i pluje, poci się, traci na wadze. Od roku nie pracuje z powodu ogólnego osłabienia. Od kilku miesięcy ma coraz silniejszą duszność, przed paru tygodniami wysoko gorączkował. Od kilku miesięcy ma wylek ropny z uszu i gorzej słyszy.

24.II 1930 r. Ciepłota—37,5⁰, tętno—108⁰ miarowe, odycha z wysiłkiem—36⁰. Wątyły, blade. Nad prawem płucem na całej przestrzeni wypukły tępy, oddech cichy oskrzelowy; nad lewem — wypukły jawnny, oddech pęcherzykowy, w szczycie trzeszczenia. Tępość serca przesunięta na lewo.

Obustronne ropne zapalenie ucha środkowego.

Płwocina śluzowo-ropna w ilości 100 cm.³ na dobę, laseczników Kocha przy kilkakrotnym badaniu nie znaleziono. Mocz - bez zmian.

Nakłuciem wypuszczono z prawej opłucny 4,250 cm.³ rzadkiego ropnego płynu, podtrzymując ciśnienie wewnątrzopłucnowe przez stopniowe dopuszczanie azotu, i na zakończenie zastrzyknięto do opłucny 0,1 gr. aurosanu. W ropie znaleziono liczne laseczniki Kocha.

Waga ciała po wypuszczeniu wysięku 51,5 kg.

26.II 1930 r. Roentgen: Duży pęcherz odmowy po stronie prawej, liczne zrosty opłucnowe w górnej części, nieco wolnego płynu w kącie przeponowo-żebrowym. W płucu lewym liczne zgęszczenia, zwłaszcza w części górnej i środkowej.

21.IV 1930 r. W odstępach dwutygodniowych wypuszczono choremu kolejno 1600—750—600—650 cm.³ ropnego płynu i wprowadzono za każdym razem do opłucny 0,25 gr. aurosanu. Ropa zawiera stale laseczniki Kocha.

Początkowo przez 3 tygodnie chory nadal gorączkował nieregularnie do 38⁰; obecnie od miesiąca ciepłota normalna, tętno 72⁰, przybrał na wadze 4 kg. i waży 55,8 kg.; nie poci się, kaszle i splota mało—około 10 cm.³ na dobę. Zaznacza się zapadanie chorej strony klatki piersiowej, serce wróciło do pozycji normalnej.

Wyciek ropny z uszu się zmniejszył, upośledzenie słuchu utrzymuje się nadal.

W tym przypadku wypuszczenie ropy i wlewanie złota do opłucny, powtarzane co 2 tygodnie, dało szybką i wybitną poprawę ogólną i znacznie zmniejszyło zbieranie się ropy w opłucnie.

Otrzymane wyniki lecznicze należy uważać za bardzo dobre.

Aczkolwiek samo wypuszczanie wysięku, jak to opisali Kapłan i Konopnicki, doprowadza

z czasem do likwidacji ropienia, jednak wymaga ono wielokrotnych zabiegów i często przeciąga się na bardzo długi okres czasu. Wydaje się, że przez zastosowanie pomocnicze aurosanu skróciliśmy wybitnie okres zdrowienia. Już po pierwszym zastrzyknięciu aurosanu do opłucny, pomimo, że zaniechaliśmy niepopularnego przemycania jej, zaznacza się we wszystkich przypadkach wyraźny zwrot ku poprawie: wysięk staje się mniej ropny, bądź przechodzi w surowiczy, a jednocześnie zmniejsza się jego ilość: jest to zapowiedź rychłego zakończenia przewlekłego procesu zapalnego. Ostateczne wysuszenie opłucny osiągnęliśmy w dwóch przypadkach już po dwóch zabiegach (przyp. 1 i 2), w przyp. 3—po trzech zabiegach, w przyp. zaś 4, bardzo opornym, po czterech zastrzykaniach aurosanu jama opłucny zawierała już tylko 125 cm.³ surowiczego, nieco mętnego płynu, który z czasem również zupełnie się wessał. W przyp. 5-ym, leczonym dopiero od dwóch miesięcy, aurosan zastrzykiwaliśmy w krótkich, dwutygodniowych odstępach czasu, opróżniając, jak zwykle, za każdym razem uprzednio opłucną z wysięku ropnego; nastąpiła tu bardzo szybko wybitna poprawa ogólna i znaczne zmniejszenie się wysięku, i spodziewamy się, że w niedługim czasie ustąpi wysięk całkowicie. U wszystkich chorych w parze ze zmniejszaniem się ropienia szła przemiana włóknista i kurczenie się płuca i opłucny z zapadaniem się ściany klatki piersiowej i wciąganiem narządów sąsiednich, co wraz z ustąpieniem czynnych objawów gruźlicy składa się na obraz całkowitego wyleczenia klinicznego.

Na podkreślenie zasługuje, że zastrzykiwania złota do opłucny nie wywoływały u naszych chorych bezpośrednio żadnego odczynu lub bólu. Nie stwierdziliśmy też ani razu, poza niewinną osutką w przyp. 4-ym, objawów zatrucia, w szczególności nie było ani razu białkomoczu. Chory Andr. po pierwszym zastrzyknięciu aurosanu podobno przez pewien czas gorączkował w domu, u Karł. po trzecim zastrzyknięciu wystąpiło w kilka dni później tarcie opłucnowe, zresztą bez podskoku ciepłoty, ale czy te objawy należy wiązać przyczynowo ze stosowaniem złota, nie umiemy rozstrzygnąć. Potrzebne są, naturalnie, dalsze spostrzeżenia, należałoby jeszcze ustalić *optimum* dawki i częstości zastrzykiwań dla otrzymania najlepszych rezultatów, niemniej przeto otrzymane w opisanych przypadkach wyniki pozwalają nam uważać stosowanie doopłucnowe złota za bezpieczne i wielce korzystne uzupełnienie leczenia zachowawczego tak ciężkiego cierpienia, jakim jest niewątpliwie ropne grucielicze zapalenie opłucny.

Stwierdziliśmy przytem, że polski preparat złota—aurosan—nadaje się zupełnie do tego celu.

Śłów kilka w sprawie rozpoznawania nowotworów złośliwych płuc i opłucny.

Podał

Stefan STERLING-OKUNIEWSKI (Warszawa).

Badając dane statystyczne, dotyczące rozpowszechnienia raka w różnych krajach, musimy—*volens nolens*—nabrać przekonania, że nowotwory złośliwe w okresie powojennym uległy nasileniu.

Dla przykładu zwrócimy uwagę na tę postać nowotworów, która nas w tej chwili najbardziej interesuje, mianowicie, na nowotwory złośliwe klatki piersiowej. Jeśli więc przed 16 laty A. Sokołowski w swym odczycie klinicznym twierdził, że „złośliwe nowotwory płuc spostrzegane są bardzo rzadko”, i na poparcie tego zdania przytaczał statystyki anatomopatologiczne wielkich szpitali europejskich (w Monachjum na przeszło 21.000 sekcji 17 przyp. now. zł., w Dreźnie na przeszło 20.000 sekcji w ciągu 42 lat — 15 przyp., w Hamburgu na przeszło 10.000 — 24 przyp., u nas we Lwowie na 7006 sekcji w latach 1896 — 1903 zaledwie 8 przyp. pierwotnych raków płuc, według Prof. Nowickiego), to obecnie liczby są znacznie wyższe. Tak więc, np. Heybowicz-Kuleszyna na 5465 sekcji, wykonanych w Zakładzie Anatomji patol. Uniwersytetu Warsz. (1918 — 1925) na 694 nowotwory złośliwe wykryła nowotwory złośliwe przewodu oddechowego w 24 przyp., a według Janusza na materiale lwowskim częstość nowotworów dróg oddechowych w stosunku do ogólnej ich liczby wynosi ok. 8%. Konrad i Franke, zestawiając materiał kliniki lekarskiej w Królewcu, dotyczący nowotworów złośliwych płuc za okres 1899—1928, zauważyli stały wzrost, poczynając od 1918 r., który osiągnął szczyt (10 przyp.) w r. 1928. Według autorów niemieckich, opierających się na materiale sekcyjnym, nowotwory płuc wzmogły się w ostatnich latach blisko trzykrotnie (Seyfarth, Kikuth), a Huguenin, który poświęcił rakowi płuc niedawno obszerną monografię, oparł się na materiale, który zebrał w ciągu roku przeważnie w przychodniach przeciwgruźliczych paryskich, w liczbie 46 przyp.

Nie ulega więc chyba wątpliwości, że z nowotworami płuc spotykamy się w ostatnim dziesięcioleciu częściej, niż poprzednio. Czy uzależnione to jest od udoskonalenia się naszych środków i metod rozpoznawczych, zwłaszcza radiologii, czy też od istotnego wzmożenia się liczby nowotworów złośliwych klatki piersiowej (rozwój automobilizmu, podrażnienia chemiczne i in.), w to wdawać się na tem miejscu nie będziemy. Jednak z faktem tym liczyć się musimy, a posiada to dziś znaczenie praktyczne z punktu widzenia diagnostyki: o ile dawniej lekarz uważał nowotwór klatki piersiowej za sprawę wyjątkową, o tyle w dzisiejszym stanie wiedzy lekarskiej musi ujmować go, jako schorzenie wcale częste i starać się możliwie wcześniej postawić dokładne rozpoznanie.

Rozpoznanie to jednak i dziś nastęrcza długi szereg trudności, których rozwiązanie jest niezmiernie uciążliwe, i opiera się nietylko na danych pozytywnych, dotyczących nowotworu, ile nieraz na danych negatywnych, wzgl. na danych dodatnich rozpoznania różniczkowego co do innych schorzeń.

Przebieg kliniczny nowotworu złośliwego bywa niezmiernie różnorodny. Nie należy bowiem zapominać, że nowotwór płuc, zarówno co do swego pochodzenia (geneza histologiczna), jak i co do swego rozwoju, jest pojęciem zbiorowym. Nie wchodząc w szczegóły na tem miejscu co do podziału nowotworów złośliwych klatki piersiowej — klasyfikacji tego rodzaju jest bardzo wiele — musimy jednak zwrócić uwagę, że mogą one mieć za punkt wyjścia śródpiersie, oskrzele, tkankę płucną, opłuc-

nę, że mogą mieć rozmaitą budowę histopatologiczną, że mogą wykazywać rozmaitą energję rozwojową. W zależności od tych wszystkich czynników przebieg kliniczny będzie niezmiernie rozmaity i nie będzie posiadał owych podręcznikowych cech raka lub mięsaka. W każdym razie, poza szeregiem objawów, właściwych innym przewlekłym cierpieniom klatki piersiowej, jak: stany podgorączkowe, ogólne osłabienie, coraz bardziej nasilające się, wychudnięcie, które w wielu razach nabiera cech szybko postępującej chery, istnieją objawy, które już od początku nasuwają podejrzenie co do nowotworu.

Jednym z ważnych objawów jest wczesnie zjawiająca się duszność, która znajduje się w wyraźnej rozbieżności z wynikami badania klinicznego serca, oraz płuc: nieraz zmiany, wykryte przez lekarza, są prawie nieuchwytne, podczas gdy chory skarży się na silnie zaznaczone uczucie duszności. Wczesnie też występuje kaszel suchy, męczący, przeważnie napadowy, przypominający kaszel ksztuścowy u dzieci, wzgl. kaszel uciskowy, jak we wczesnych okresach rozwijającego się tętniaka aorty, lub w początkowych okresach suchego zapalenia opłucny. Kaszel ten połączony bywa zazwyczaj z silnymi bólami, które mogą trwać jednak stale, również w okresach bezkaszlowych. Plwociny albo niema wcale, albo bywa ona skąpa, przeważnie śluzowa, niekiedy z domieszką ropy, w pewnych typach nowotworów płucnych o owym jakoby charakterystycznym wyglądzie „galaretki”, zabarwiona krwią.

Wszystkie te objawy, nawet ujęte w całość, z klinicznego punktu widzenia nie dają jednak — rzecz prosta — dostatecznej podstawy do rozpoznania, które pod względem różniczkowym waha się najczęściej pomiędzy gruźlicą, rzadziej między kiłą płuca, bąblowcem, wzgl. tętniakiem aorty. Zazwyczaj brak silnie zaznaczonej duszności, pewien dość charakterystyczny tor ciepłoty, silne poty, zwłaszcza nocne, zaburzenia jelitowe przemijające lub trwałe, obraz morfologiczny krwi, wielokrotnie powtarzane badania plwociny, choćby raz z wynikiem dodatnim co do prątków Kocha, ujemny lub słaby odczyn Pirqueta — wszystko to wypadnie na korzyść gruźlicy. Dane co do przebytej kiły, objawy kiły w innych narządach, powiększenie i pewna spistość wątroby i śledziony (Głuziński), pewne swoiste umiejscowienie sprawy chorobowej w płucu, brak wyniszczenia i wzniesień ciepłoty, dodatni odczyn Wassermana — przemawiać będą przy braku prątków w plwocinie za sprawą kiłową. Bąblowiec ma również pewne cechy swoiste: przedewszystkiem krwioplucie, bardzo silne bóle, umiejscowienie (przeważnie w dolnym płacie prawego płuca), brak wyniszczenia; w wielu razach stwierdzamy eozynofilję, co jednak nie posiada wielkiego znaczenia rozpoznawczego.

Nie poruszamy tu innych spraw przewlekłych w płucach, przebiegających pod postacią suchot płucnych, a więc przedewszystkiem marskości płuc, wzgl. rozwijających się rozstrzeni oskrzelowych (Kruszewska i Wasowicz), dalej pylicy, która — jak wykazały ostatnie spostrzeżenia Schultego z zagłębia Ruhry — bynajmniej nie

usposabia do nowotworów klatki piersiowej (w ciągu ostatniego 5-ciolecia na 487 średnio i ciężko przebiegających przypadków pylicy nie spostrzegano ani jednego przypadku raka), oraz promienicy, dającej w poszczególnych rzadkich przypadkach obraz guza śródpiersia.

Pomocnicze onkologiczne badania laboratoryjne, niestety, zazwyczaj nie wiele wyjaśniają: szybkość opadania krwinek może się niczem nie różnić od szybkości w postępującej gruźlicy płuc, badania interferometryczne wymagają nieraz szeregu t. zw. „opsimów” z różnych postaci nowotworowych, na które nie udaje się nieraz natrafić, a nawet w wyniku dodatnim stopień podejrzenia co do nowotworu może być rozmaity. Zawodzą, niestety, również odczyny serologiczne: ostatnio zalecane — nie mówiąc już o licznych dawniejszych — odczyny Botelho oraz Roffo nie mają większego zastosowania praktycznego. Według Hilarowicza, który z polskich autorów poddał bardzo szczegółowej analizie chemicznej i serologicznej te metody, „o swoistości obydwóch odczynów dla rozpoznania nowotworów złośliwych mowy być nie może”; mogą one mieć pewne znaczenie dla oceny stanu ogólnego chorych na nowotwory, ale ich wartość, jako różniczkowego środka rozpoznawczego nowotworów złośliwych w początkowym ich okresie, „przedewszystkiem ważnym dla chirurgów” — jak mówi Hilarowicz — „jest bardzo mała”. Badanie zasobu zasad, ilości cholesteroliny we krwi również daje wyniki niejednolite, tak, iż do rozpoznania nowotworu właściwie nie wnoszą nic pewnego. Jedynie wykrycie komórek nowotworowych w płwocinie, w płynie, wydobytym z opłucny, lub w skrawku tkanki, usuniętej ze schorzałego ustroju bądź drogą bronchoskopji, bądź z jakiegoś dostępnego przerzutu, rozstrzyga sprawę co do istnienia nowotworu.

Najważniejszą jednak metodą, na którą pokładamy największe nadzieje i która istotnie w wielu przypadkach ma znaczenie rozstrzygające, jest badanie radjologiczne. Pomijamy tu przerzuty nowotworów, zwłaszcza raka, umiejscowionych poza klatką piersiową: gdy są one mnogie, o wyglądzie zwykle kulistym, wzgl. owalnym, rozrzucone w płucach, zachowują się raczej „jako ciała obce” (Kerley), wykrywane bywają zazwyczaj przygodnie i świadczą, niekiedy pierwsze, o znajdującym się gdzieś w ustroju utajonym raku, dającym już kliniczne objawy wyniszczenia, ale jeszcze nie wykrytym i bez ustalonego umiejscowienia. I tu mogą być trudności rozpoznawcze: między kiłą płucną trzyczęściową w postaci kilaków (Grödel), wągrów bąblowcowych, bąblowca, ale znacznie większe trudności nastroczają nowotwory pierwotne klatki piersiowej, zwłaszcza rak. Delherm i Morel-Kahn twierdzą: „il n'existe pas d'image typique d'un cancer du poumon, surtout au debut”.

Obraz rentgenologiczny może być niesłychanie różnorodny. Nie wdając się tu w szczegóły, które będą omówione w obszernym wykładzie klinicznym, dotyczącym tego tematu, nadmienić musimy, że autorzy francuscy, jak zresztą i inni rentgenolodzy, odróżniają obraz okrągły (arrondie) od obrazu o zarysach niekulistych (pośćać płatowa, okołosródpiersiowa, śródpiersiowo-płucna, jamowa, opłucnowa). Różnicować w tych razach jednak

należy, nie mówiąc już o gruźlicy płuc lub ropniach, pomiędzy nowotworem a: 1) wołem pozamostkowym, 2) uchyłkiem przełyku, 3) tętniakiem tętnicy głównej, 4) schorzeniem osierdzia (uchyłek zapalny) lub 5) opłucny (ropniak otorbiony), 6) przepukliną przeponową, 7) ropniem opadowym, wychodzącym z kręgosłupa, 8) nowotworem, wychodzącym ze ściany klatki piers., ewent. 9) z nerwu współczulnego (*ganglioneuroma sympath.*), nawet 10) ze sprawami uciskowemi płuca w związku z cierpieniami wątroby. Niekiedy zmuszony bywa radjolog dla rozstrzygnięcia sprawy uciekać się do bronchografji (wstrzykiwanie lipjodolu i t. p.), niekiedy trudności rozpoznawcze wyjaśnione zostają dopiero drogą próby leczniczej (naświetlania w ziarnicy złośliwej, leczenie rtęciowe w kilakach i t. d.). Zdarza się więc, że i obraz rentgenologiczny, jako taki, nie jest decydujący, lecz dopiero następcze zabiegi lecznicze wyjaśniają istotę cierpienia.

Jak z tych krótkich słów widać, trudności rozpoznawcze nowotworów klatki piersiowej są naogół dość wielkie, zwłaszcza w tych przypadkach, gdy nowotwór skojarzy się z gruźlicą, co nie należy do zbyt wielkich rzadkości (np. w materjałe Ławrynowicza na 42 przypadki raka płuc u mężczyzn w 10 przyp. stwierdzono jednocześnie w tem samym płucu gruźlicę) — w tych razach, niestety, dopiero obraz sekcyjny wyjaśnia właściwe tło kliniczne powikłanego przypadku. Tembardziej należy stosować wszelkie możliwe sposoby w celu stwierdzenia istoty sprawy w przychodniach przeciwgruźliczych i przeciwrakowych. Chociaż, rak wzgl. nowotwory z punktu widzenia społecznego nie przedstawiają — jak do pewnego stopnia słusznie twierdzi Schwers — tak doniosłej sprawy społecznej, jak gruźlica, to jednak właśnie z punktu widzenia ftizjologii dokładne rozpoznanie jest rzeczą praktycznie ważną w celu odciążenia zarówno przychodni, jak również sanatorjów przeciwgruźliczych od przypadków, których miejsce jest w innych instytucjach. Nowotwory klatki piersiowej nie należą do rzadkich spraw chorobowych, i zupełnie słusznie mówi Sokółowski, że „wszędzie tam, gdzie przy jednoczesnym znacznym upadku stanu ogólnego chorego objawy fizykalne ze strony klatki piersiowej, mimo starannego zbadania, nie mogą naprowadzić na jakiegokolwiek ściślejsze rozpoznanie, przypuszczając należy obecność złośliwego nowotworu w klatce piersiowej”. Pomimo tego wykrywanie ich w naszych przychodniach przeciwgruźliczych należy jeszcze do rzadkości: tak, np. w poradni I Ośrodka Zdrowia w ciągu ostatnich 2 lat było tylko jedno podejrzenie co do raka płuc, w 3 przychodniach Warsz. Tow. Przeciwgruźl. w 1928 r. nie notowano nowotworów płuc, w 1929 r. — 4 przypadki.

A jednak wczesne dokładne rozpoznanie może w poszczególnych przypadkach, nadających się do zabiegu operacyjnego dać wynik dodatni (szereg takich przypadków jest opisany) — każdy taki chory wyleczony jest poważnym zwycięstwem medycyny nad schorzeniem nieuleczalnym; w innych zaś przypadkach, w których chirurg nie chce lub nie może przystąpić do operacji, curieterapia daje niekiedy w pewnych typach nowotworowych, jak to wykazało doświadczenie ostatnich czasów, poprawę. Nietylko więc ze stanowiska społecznego,

ale przede wszystkim dla dobra samego chorego właściwe wczesne rozpoznanie jest niezbędnym postulatem dla każdego sumiennego lekarza.

PIŚMIENICTWO.

Bram A. Przyczynę do wczesnego rozpoznania złośliwych przerzutów w płucach. Warsz. Czas. Lek. Nr. 18, 1930. — Delherm et Morel-Kahn. Diagnostic des tumeurs du poumon chez l'adulte. Journ. de Rad. et d'Electr. T. XIV. Nr. 3. 1930. — Farrell J. T. The Roentgen-Diagnosis of intrathoracic neoplasms. Radiology. 1929, Nr. 1. (wedł. str. w Index Cancerologiae, T. IV, Nr. 1, 1930, str. 117--118). — Gluziński A. W sprawie rozpoznawania kily płuc. P. Arch. Med. Wewn. T. I. 1923. — Hilarowicz Henryk. O istocie chemicznej i wartości klinicznej niektórych serologicznych odczynów rozpoznawczych przy raku. Medyc. Doświad. i Społ. R. VII. Zesz. 3—4. 1927. — Huguenin René. Le Cancer Primitif du poumon. Masson, 1928. — Kerley. Neoplasms of the Lungs and Bronchi. Brit. Journ. of Radiology T. XXX. Sept. 1925. — Kikuth. Ueber Lungenkarzinom. Virch. Archiv. Bd. 255. 1925. — Konrad A. U. Franke W. Ueber primäre Lungenkarzinome. Deut. med. Woch. Nr. 16. 1929. — Kruszevska W. i Wąsowicz St. Przyczynę do przewlekłych schorzeń płuc, przebiegających pod postacią suchot płucnych. Gruźlica. 1927. Nr. 2. — Ławrynówicz A. O pierwotnym raku płuc. P. Gaz. Lek. R. I. Nr. 44—45. 1922. — Roussy G. et Wolf M. Le Cancer. Nouveau Traité de Méd. Fasc. VII. Masson II Ed. — Schulte. Pneumokoniosen der Ruhrbergeleute u. Lungenkarzinom. Fortschr. a. d. Geb. d. Roentgenstrahlen. Bd. 41 H. 3. 1930. — Schwerts H. Tuberculose et Cancer ont-ils la même importance sociale? Rev. de Phtisiol. 11 A. Nr. 2. 1930. — Seyfarth. Lungencarcinome in Leipzig. Deutsch. med. Wochenschr. p. 1497. 1924. — Shennan T. Tumours of mediastinum and lung. Journ. of Path. a. Bact. of Edinburgh, 1928, Nr. 2 (wedł. streszcz. w Index Cancerologiae, T. III, Nr. 2, 1929, str. 269 — 270). — Sokółowski Alfr. O rozpoznawaniu złośliwych nowotworów płuc i opłucnej. Odczyty Klin. Nr. 241. 1914. — Werkenthinówna. Uwagi nad wzrostem przerzutów nowotworowych w płucach na podstawie jednego, przez czas dłuższy obserwowanego przypadku. P. Przegl. Radjol. T. IV. Zesz. 2, 1929.

Z oddziału wewnętrznego szpitala fund. Małż. Poznańskich w Łodzi.

(Ordynator: Seweryn Sterling)

Gruźlicze nacieki wczesne, przebiegające pod postacią duru (posocznicy gruźliczej, typhotuberculosis).

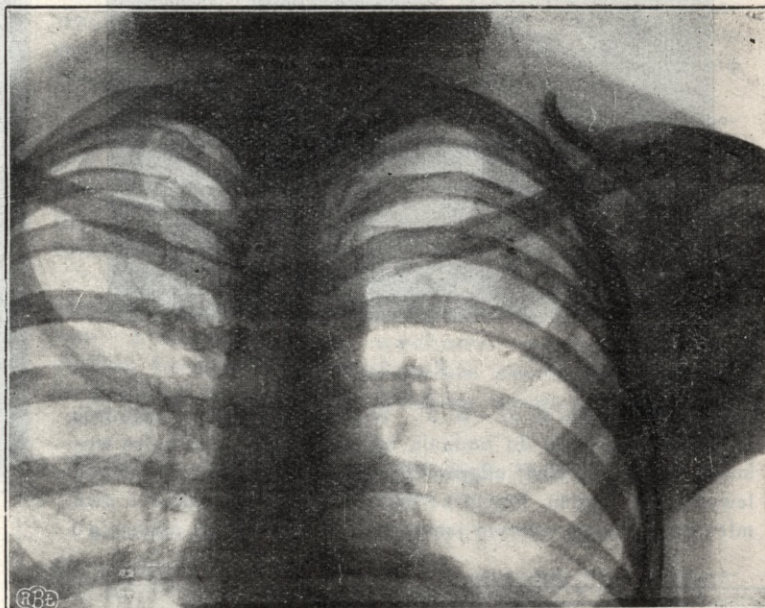
Podał

Stefan KEILSON, kierownik pracowni roentgenologicznej. (Łódź)

Różny jest los nacieku gruźliczego wczesnego w płucach, różny jest jego przebieg. Najczęściej rozpoczyna się bez objawów widocznych zarówno dla chorego, jak i dla obserwatora: może nie wywołać niedomagania i w dalszym przebiegu choroby i rozejść się tak niepostrzeżenie, jak się zjawiał; może się rozpocząć od objawów lekkiego niedomagania, przypominających grypę i rozwijać się stopniowo, bez wyraźnych zaburzeń; może się, wreszcie, rozpocząć burzliwie od wysokiej i stale wzrastającej gorączki i przyjąć postać, noszącą kliniczne cechy duru brzuszego.

O takiej rzadkiej możliwości świadczą trzy przypadki, których przebieg opisuję.

Przyp. 1. A. M. lat 20, panna, pracownica domowa w domu lekarza. Nigdy dotąd nie chorowała. Choroba obecna rozpoczęła się od uporczywego bólu głowy, gorączki do 40° i zaparcia stolca. Na trzeci dzień choroby ciepłota 39°, zachowanie się tyfusowe, śledziona macalna, język obłożony, brak łaknienia. Płuca opukowo bez zmian. Osluchowo szmery oddechowe zaostrzone, nieliczne firczenia i świsty. Pozatem bez zmian. Ciepłota utrzymuje się na wysokości 39°—40° w ciągu dni dziesięciu; po tym okresie stopniowo opada. Kilkakrotnie powtarzane badania odczynu Widala dały wynik ujemny. Odczyn dwuazowy dodatni. W moczu ślady białka. Morfologiczne badanie krwi: 3,5 mil. ciałek czerwonych, 3000 białych, 80% limfocytów. *Antipyretica* bez skutku. Na piętnasty dzień choroby ciepłota powraca do normy. Na początku piątego tygodnia chora została ze szpitala wypisana w stanie zdrowia. Zdrowa się jednak nie czuła. Miewała od czasu do czasu dreszcze, a ciepłota wieczorami podnosiła się do 37°—37,5°. Z powodu tej właśnie uporczywie trwającej gorączki została skierowana do rentgenologa celem prześwietlenia płuc.



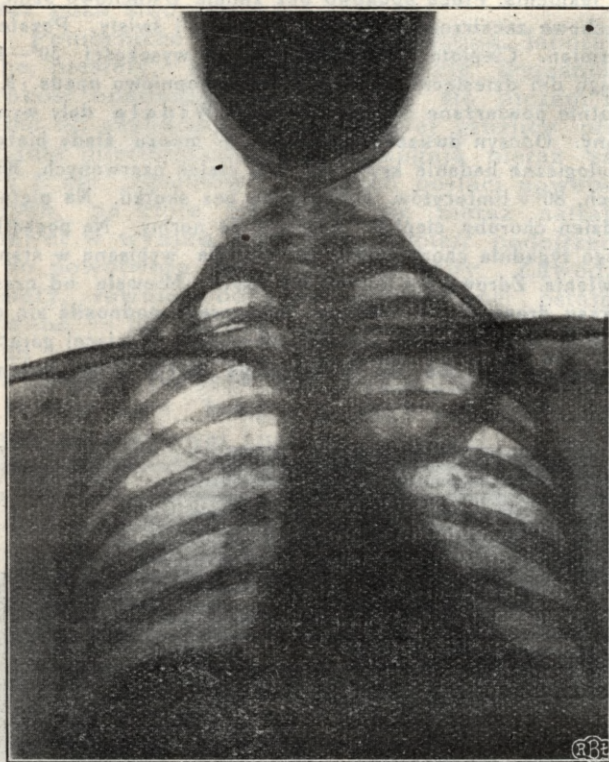
Rys. 1.

Badanie rentgenologiczne, dokonane w ósmym tygodniu od początku choroby, wykryło nacieki wczesne pod lewym obojczykiem (rys. 1). Koch dodatni. Chora pojechała na wieś i wróciła po dwóch miesiącach. Ponownie przeprowadzone badanie rentgenologiczne wykazało rozwój ogniska wczesnego: początek jamy.

Od tego czasu chora była badana rentgenologicznie co miesiąc. Badania te wykazały stopniowe szerzenie się gruźlicy rozpadowej w płucu lewym (rys. 2). Obecnie rozległe zmiany w całym płucu.

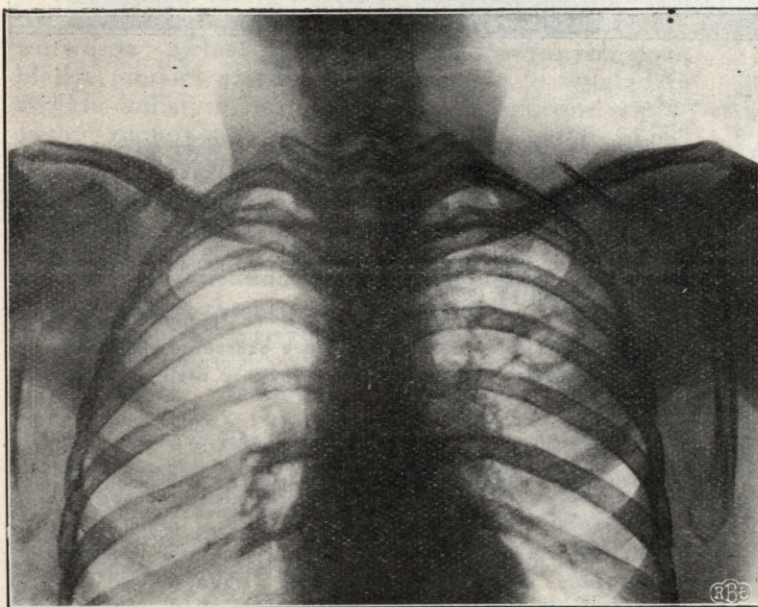
Przyp. 2. B. L. lat 22, tkacz, leżał w szpitalu dwa miesiące (od 15 czerwca 28 r. do 16 sierpnia 28 r.). Nigdy dotąd nie chorował. Zachorował nagle: ból głowy, kaszel, osłabienie, gorączka i kurcze w lewej kończynie dolnej. Przybył do szpitala w drugim tygodniu choroby. Badanie wykazało: język obłożony, lekkie wzdęcie brzucha, tętno 78, miarowe, ciepłota bez zmian. Serce prawidłowe. Wątroba i śledziona niemacalne. Zaparcie stolca. Ciepłota w ciągu pierwszych trzech tygodni pobytu w szpitalu utrzymuje się na wysokości 38°—39°. W piątym tygodniu wysłuchuje się w płucach pod lewą łopatką drobne wilgotne rżżenia. W tym okre-

się laseczników w płwocinie nie znaleziono. Z posiewu kału szczepów chorobowych nie wyhodowano. Odczyn zlepnny z ożu durami wypadł ujemnie. W moczu ślady białka. Badanie krwi: wykazuje nieznaczną limfocytozę i zmniejszenie liczby eozynochłonnych. Od czwartego do ósmego tygodnia pobytu w szpi-



Rys. 2.

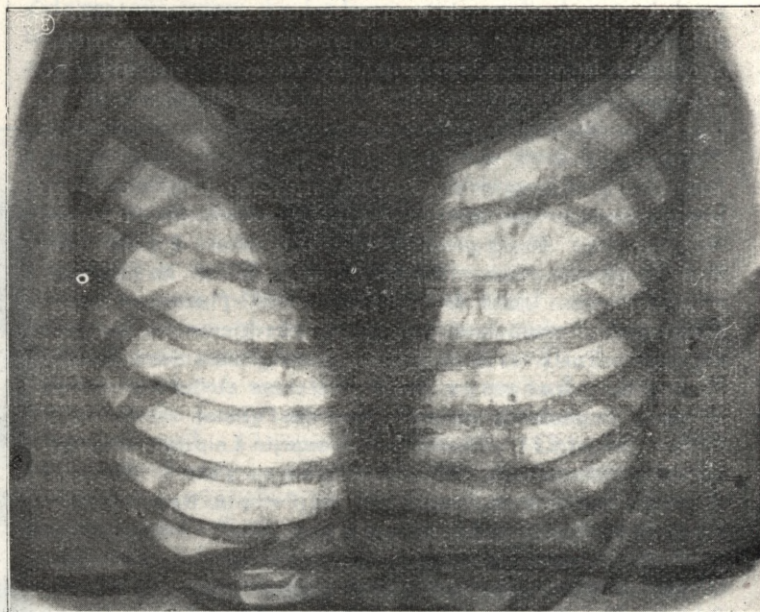
tału ciepłota wynosi 37—37,5°. W czasie ostatniego tygodnia skierowano chorego do badania rentgenologicznego, które wykazało niezbyt ostro odgraniczony cień wielkości ślaski pod lewym obojczykiem. Powtórne prześwietlenie, dokonane w dwa miesiące później, wykryło jamę wczesną w miejscu opisanego



Rys. 3.

ciaenia (rys. 3), a w rok później rozległe zmiany w całym płucy. Koch dodatni.

Przyp. 3. E. K. lat 25, robotnik (w szpitalu od 26 lipca 28 r. do 2 września 28 r.). Zachorował nagle: ból głowy, gorączka, ogólne niedomaganie. Rozpoznanie zawezwanych lekarzy wahało się, według słów chorego, między zapaleniem płuc a drem brzuszny. W ciągu pierwszego i drugiego tygodnia choroby ciepłota wynosiła 38—39,5°. W drugim tygodniu przewieziono chorego w ciężkim stanie do szpitala. Skargi chorego: ogólne poczucie słabości, ból głowy, zaparcie stolca, brak łaknienia. W płucach i sercu nic patologicznego nie wykryto. Brzuch wpadnięty. Śledziona zlekka macalna. W trzecim tygodniu ciepłota opada i od tego czasu trzyma się na wysokości 37,5—37,8°. Odczyn Widala ujemny. Odczyn duwaczowy ujemny. Po wypisaniu ze szpitala chory czuł się przez pewien czas dobrze. Po dwu miesiącach znowu zachorował i został przez ordynującego lekarza skierowany do badania rentgenologicznego.



Rys. 4.

Prześwietlenie wykazało rozmiękający naciek wczesny pod prawym obojczykiem (rys. 4.). Koch dodatni. Po krótkim czasie objawy niedomagania znikły, powtórzyły się jednak w pół roku później. Ponowne prześwietlenie wykazało tym razem rozległe zmiany rozpadowe obustronne.

Z przebiegu choroby opisanych przypadków nacieku wczesnego w płucach można wniesć, że należy podzielić go na dwa okresy: na okres pierwszy, trwający parę tygodni o przebiegu ostrym, i na okres drugi — przewlekły.

Okres pierwszy jest okresem powstającego i rozwijającego się nacieku wczesnego, okres drugi jest okresem stopniowo rozwijających się suchot (płuc¹⁾.

¹⁾ Przyjąć wolno, że stan, poprzedzający okres nazywany „ostrym”, jest stanem posocznicy gruźliczej, z którego rozwijają się różne postaci kliniczne gruźlicy, od najłżejszych do najcięższych. Rzut większej liczby zarazków mało zjadliwych lub rzut do krwi osobnika względnie uodpornionego — daje w wyniku; jeśli rzut nastąpił do małego krwioobiegu — powstaje (może wielokrotnie) *tuberculosis pulmonum milliaris mitis* (która z czasem daje postać kliniczną przewlekłą: *tuberculosis pulmonum milliaris densa*); jeśli rzut nastąpił do wielkiego obiegu daje posocznice różnych stopni; w ustroju bez odporności da taki wysiew *sepsis acutissima*; w ustroju uodpornionym — wywoła zmiany w narządach.

Jest to postawienie sprawy hipotetycznej, oparte na rozumowaniu naukowym, na zasadach teoretycznych.

Przebieg rozwijającego się nacieku wczesnego posiada w opisanych przypadkach szereg cech klinicznych wspólnych z durzem brzuszynym.

Przedewszystkiem zajmuje nas krzywa przebiegu ciepłoty. Posiada charakter gorączki ciągłej (*continuae*), wprawdzie z większemi nasileniami dziennymi; nasilenie ciepłoty różni się nieco od ciepłoty w durze brzuszynym: gorączka powstaje nagle.

Wczesnym objawem i narówni z ciepłotą dominującym w początku choroby jest we wszystkich opisanych przypadkach ból głowy, ból uporczywy i męczący. To on właśnie wespół z trwałą gorączką nasuwa podejrzenie duru brzuszynego.

Szereg objawów wtórnych (stan osłabienia, wygląd chorego, obłożony język) upewnia lekarza w tem rozpoznaniu. Inne objawy, patognomiczne dla duru brzuszynego, nie są zjawiskiem stałym: śledziona była macalna w dwu przypadkach, zaparcie stolca na początku choroby wystąpiło również w dwu przypadkach. Stan osłabienia nie doszedł do takiego natężenia, jakie się widuje w durze brzuszynym. Niewspółmierność między ciepłotą a tętnem nie była tak rażąca.

Niezależnie od tych i innych wyraźnych objawów, różniących septycznie rozpoczynające się nacieki wczesne od duru brzuszynego, najważniejszym wskaźnikiem był ujemny odczyn Widala i badanie rentgenologiczne, wykrywające obecność nacieku wczesnego.

Po minięciu objawów ostrych chorzy nie powrócili do zupełnego zdrowia, czuli się nadal osłabionymi, nie poczuli patognomicznego dla ozdrowieńców po durze głodu wilczego, ciepłota nie opadła do normy, pozostał stan podgorączkowy.

Z kolei nastąpił okres drugi, okres rozwoju i rozmiękania nacieku, okres rozpadu ognisk gruczliczych i rozwoju odosobnionych suchot płuc.

Podoby obraz chorobowy opisał Landouzy w roku 1886 pod nazwą fièvre bacillaire pré-tuberculeuse à forme typhoïde, w skrócie „typhobacillose“.

Przebieg kliniczny tego schorzenia nie różni się od przebiegu opisanych przypadków. Istnieje jednak między nimi zasadnicza różnica w podłożu anatomicznym zmian patologicznych w płucach. *Typhobacillosis* jest łagodną gruczlicą prosówkową, t. zw. „dyskretną“; „trudno znaleźć tu i owdzie istniejące drobne ogniska prosówkowe w płucach; nie wystarczają one, aby dać objawy miejscowe, lecz starczą, dzięki objawom ogólnym, do nadania nazwy schorzeniu“ (Sergeant, Piéry). Autopsja wykazuje zmiany jedynie z powodu przekrwienia i zwyrodnienia, jak we wszelkich posocznicach — bez określonego umiejscowienia (Piéry).

W przeciwieństwie do typhobacillose opisane przypadki są naciekami wczesnymi, a więc początkiem gruczliczej pneumonji, ulegającej z czasem rozmiękaniu.

Biorąc pod uwagę, że możność rentgenologicznego stwierdzenia obecności nacieku wczesnego wymaga pewnego stopnia jego rozwoju, sięgającego już kilku tygodni, a często miesięcy, należy wniesić, że nacieki wczesne powstały jednocześnie ze stanem posocznicznym, a raczej ten ostatni był zjawiskiem wcześniejszem.

Chodziłoby więc o wyjaśnienie, w jaki spo-

sób umiejscowione w płucu ognisko gruczlicze może dać obraz schorzenia septycznego.

Pogląd Huebschmanna daje na to odpowiedź. Ogniska gruczlicze w ścianach naczyń krwionośnych nie są (jak dotąd sądzono) stałym źródłem gruczlicy prosówkowej. Laseczniki Kocha krążą w krwi przy obecności każdej gruczlicy w ustroju. Gruczlica prosówkowa łagodna powstaje wtedy, kiedy w ustroju istnieje już gdziekolwiek ognisko gruczlicze czynne, a więc kiedy ustrój jest już swoiście uodporniony; typowa natomiast postać gruczlicy prosówkowej śmiertelnej rozwija się jedynie w przypadku obecności ogniska gruczlicy niepostępującej.

W naszych przypadkach bieg zjawisk możnaby więc objaśnić w sposób następujący. Wraz z powstaniem nacieku wczesnego laseczniki dostają się do krwi i, ponieważ mają do czynienia z ustrojem słabo (*affectus primarius*) uodpornionym, powodują stan posoczniczny. Rozwój nacieku wczesnego stwarza zmianę alergji; uodpornienie ustroju wzrasta; rozsianie ognisk nie zdążyło nabrać groźnych rozmiarów, i laseczniki ustępują w walce z mocno uodpornionym ustrojem kosztem rozwijającego się miejscowego nacieku wczesnego w płucach.

Takie uratowanie się od gruczlicy prosówkowej złośliwej tylko w pewnej liczbie przypadków jest trwałe, jest uratowaniem życia. Postęp rozwoju suchot, powstających z nacieku, skazuje często ustrój na zgon z gruczlicy wprawdzie nie ostrej, tylko przewlekłej, z suchot płuc pospolitych.

Okres posocznicy rzekomodurowej — to okres zmagania się ogólnego zakażenia z ustrojem, z którego ustroj wychodzi względnie zwycięsko, bo *sepsis tuberculosa* nie zwycięża; powstaje gruczlica odosobniona (*phthisis isolata*) przewlekła.

Z oddziału wewnętrznego Szpitala fund. Małż. Poznańskich
w Łodzi.

(Ordynator: Seweryn Sterling)

O zachowaniu się serca w przebiegu suchot płucnych.

Podał

Dr. H. KRYSZEK (Łódź).

Zachowanie się serca w przebiegu sprawy gruczliczej w płucach rozpatrywane być może w różnych płaszczyznach. W danej pracy chciałem dorzucić garść spostrzeżeń szpitalnych, uczynionych w ciągu kilku lat ostatnich na materiale gruczliczym oddziału wewnętrznego Szpitala fund. Poznańskich.

Już skargi podmiotowe chorych gruczliczych zmuszają lekarza do zwrócenia uwagi na stan serca. Chorzy tacy uskarżają się na nierówne bicie serca, na nagłe zahamowanie akcji serca, na przykre uczucie niepokoju sercowego. Stwierdzamy wówczas niemiarowość nadskurczową, rzadziej — oddechową. Przyczyną tej niemiarowości jest prawdopodobnie ucisk powiększonych gruczołów oskrzelowych na nerw błędny lub współczulny. Tę niemiarowość możemy bardziej uwypuklić przez oddech *Valsalvy*. Równie i ucisk na gałki oczne zwalnia tętno z zachowaniem niemiarowości, rzadziej — przyspiesza tętno. U jednej chorej wywołaliśmy w ten sposób napady częstoskurczu. Dwukrotnie obserwowaliśmy napady częstoskurczu samoistne; wobec braku uchwytnych zmian

w sercu, przy całkowitej wydolności mięśnia sercowego, istnienie podobnego mechanizmu wydawało się nam w tych przypadkach prawdopodobne.

Inną skargą podmiotową są boleśnie odczuwane przez pacjentów palpacje serca, którym nie towarzyszą przedmiotowo żadne objawy wzmocnienia akcji serca. Przyczyna tkwi i tu nie w sercu, lecz w stanie zapalnym opłucny przysercowej lub w zrostach pomiędzy opłucną a osierdziem, w nielicznych tylko przypadkach dających się wykazać za pomocą przyrządu Roentgena.

Przy oglądaniu okolicy sercowej obnażenie prawej granicy serca czyni wrażenie powiększenia serca. Przyczyną może być jednak umiejscowienie pierwotnego stwardniałego ogniska tuż obok serca lub blisko przepony; może to też być blizna po przebytem zapaleniu opłucny śródpiersiowej. Podobnie obnażenie lewej granicy serca i uwidocznione dzięki temu ruchy koniuszkowe czynić mogą wrażenie serca, powiększonego wlewo, podczas gdy zjawisko to może być wywołane przez kurczenie się płuca lub przez zagojone ognisko pneumoniczne w *lingula* płuca. Odwrotnie — rozédma oboczna *lingulae* płuca pokrywa uderzenie koniuszkowe; bliznowate przemieszczenie serca, wysięki opłucnowe, niewielkie bańki odmy piersiowej, zrosty osierdziowe, *accretio* osierdzia-zmniejszają, względnie maskują normalną wielkość serca.

Przy osłuchiwaniu serca często napotykanym zjawiskiem jest szmer skurczowy, słyszalny najwyraźniej nad tętnicą płucną, mniej wyraźnie nad koniuszkiem. Z reguły zjawisku temu towarzyszy hipotonja tętnicza. Szmer jest pochodzenia czynnościowego i jako taki nie upoważnia do wysnuwania wniosków o wydolności mięśnia sercowego. W tych jednak przypadkach, w których szmerowi skurczowemu towarzyszy wzmocnienie drugiego tonu płucnego i rentgenologicznie stwierdzona konfiguracja mitralna, powstaje różniczkowe zagadnienie współistnienia ze sprawą gruźliczą — wady zastawki dwudzielnej. Stary pogląd Rokitańskiego o tem, że istnienie wad zastawkowych, z wyjątkiem dysponującego do powstawania gruźlicy zwężenia tętnicy płucnej, wyłącza sprawę gruźliczą, nie utrzymał się. W ciągu ostatnich trzech lat obserwowaliśmy na oddziale dwa przypadki, w których wymienione schorzenie serca powstało przed zakażeniem gruźliczem. Jeden przypadek dotyczył niedomykalności zastawki dwudzielnej jako skutku przebytej w dzieciństwie płonicy; drugi dotyczył zwężenia zastawki dwudzielnej, prawdopodobnie na tle wrodzonym (typu *Durozier*) przy ogólnej budowie astenicznej. Tem większe wobec tego i praktyczne znaczenie ma ocena w poszczególnym przypadku wartości djagnostycznej objawów wspólnych dla schorzeń sercowych i gruźliczych, jakimi są w danym przypadku wspomniane wyżej: szmer skurczowy nad koniuszkiem, wzmocnienie drugiego tonu nad tętnicą płucną i mitralne ukształtowanie serca.

Należy pamiętać i o tem, że wosierdzie częściej, niż przypuszczano dawniej, może być zajęte przez sprawę gruźliczą. Zmiany lokalizują się wówczas na zastawce dwudzielnej. Wprawdzie nawarstwienia, względnie brodawki, w których znajdowano prątki gruźlicze są rzadko takich rozmiarów, by same przez się od razu spowodować mogły zaburzenia w krążeniu, są jednak dostatecznie wielkie, by wywołać szmer skurczowy. W różniczkowaniu należy zatem myśleć

i o zapaleniu wosierdzia gruźliczem (*Liebermeister*, *Deycke*, *Bouchara*, *Moeller*).

Ani charakter, ani jakość dźwięku szmeru skurczowego nie decyduje o jego organicznym lub czynnościowym pochodzeniu. Pomocne dla rozpoznania byłoby występowanie wzmoczonego drugiego tonu nad tętnicą płucną, gdyby nie okoliczność, że w większości przypadków gruźlicy płuc akcentacja ta jest uwarunkowana wzmocnionem ciśnieniem tętnicy płucnej, będącem następstwem przeszkód, powstałych w małym krążeniu na tle przewlekłej sprawy gruźliczej. Przypadkom tym odpowiadają z reguły wyższe ponad normę cyfry dla ciśnienia żylnego, które uzyskiwaliśmy, mierząc z kol. Wołczyńską metodą krwawą, przyrządem *Arnoldiego*.

Pozostaje kształt serca. W pracy, ogłoszonej z kol. *Keilsonem* w *Archiwum Medycyny Wewnętrznej* T. III, Z. I, zastanawialiśmy się dłużej nad „mitralizacją” serca gruźliczego. Już w przypadkach serc zwisających, na skutek niskiego ustawienia przepony, spostrzegamy obok wydłużenia i „mitralizację” kształtu serca. Lewy zarys serca nie wykazuje na ekranie fizjologicznego wcięcia; przeciwnie, odcinek przedsionkowy, a przede wszystkim odcinek łuku tętnicy płucnej są nieco wypukłe. Ta zmiana kształtu jest skutkiem skręcenia, wynikłego z utraty punktu oparcia na przeponie. Liczniejsze są przypadki, w których „mitralizacja” serca występuje bez jednoczesnego niskiego ustawienia przepony. Momentami, warunkującymi mitralne ukształtowanie serca, są w tych przypadkach: rozszerzenie łuku tętnicy płucnej, powstające na skutek wspomnianego już wzmoczenia ciśnienia w tętnicy, czego klinicznym wyrazem jest wzmoczenie drugiego tonu; utrata elastyczności chorego płuca, dzięki czemu ściana tętnicy, zewnątrz rozpychana, nie znajduje zewnątrz dostatecznego oporu i poddaje się; skręcenie serca w kierunku nalewo ku górze, powodowane przez przerastającą ostatecznie, na skutek wzmoczenia ciśnienia w krążeniu małym, prawą komorę. Widzimy zatem, że i mitralne ukształtowanie serca, stwierdzone rentgenologicznie, nie wyjaśnia w wątpliwych przypadkach, czy mamy istotnie do czynienia z dodatkową sprawą sercową, czy też nie.

Większe usługi oddawało nam w tych przypadkach opukiwanie i osłuchiwanie lewego przedsionka z tyłu. Jak wiadomo lewy rozszerzony przedsionek wypukła się bardziej ku tyłowi, niż ku przodowi. Przy średnio-mocnym opukiwaniu można stwierdzić z tyłu na wysokości piątego do dziewiątego kręgu piersiowego w lewej przestrzeni międzyłopatkowo-kręgowej stłumienie, odpowiadające lewemu rozszerzonemu przedsionkowi. Rozszerzenie lewego przedsionka przy mitralnej konfiguracji świadczy o istnieniu wady zastawkowej dwudzielnej. Stłumienie międzyłopatkowe wywołane jest bądź bezpośrednio przez rozszerzony przedsionek lewy, bądź też przez niedodmę uciśniętego płuca, powstającą pod wpływem ucisku ze strony przedsionka. W rentgenogramie stłumieniu temu odpowiada wypełnienie przestrzeni tylno-sercowej (w pierwszej pozycji skośnej), sięgające do kręgosłupa. W przypadkach boczno-krzywienia odcinka dolnego kręgow piersiowych należy porównać ze sobą przy opukiwaniu nie strony przeciwne, lecz górę z dołem; w przypadkach zaś boczno-krzywienia kręgow piersiowych górnych — moment, odgrywający rolę przy nieprawidłowościach wrodzonych w związku

z występującą właśnie wówczas mitralną konfiguracją serca — należy się liczyć ze stłumieniem w dolnym tylnym odcinku płucnym po stronie przeciwnej (*pseudo-tuberculosis scoliotica*).

Podobnie jak powiększony lewy przedsionek wywołuje przez ucisk i niedodmę stłumienie od tyłu, wywołać może znacznie rozszerzony lewy przedsionek stłumienie ku górze i w lewym szczycie. Przypadkom tym, a dotyczy to przeważnie daleko posuniętego zwężenia zastawki dwudzielnej, towarzyszy klinicznie często i krwioplucie (na tle zastoju sercowego). Stłumienie jednak w okolicy lewego szczytu i krwioplucie imponować może, przy niewyraźnych objawach wysłuchowych nad sercem, jako sprawa swoista szczytowa. To też corocznie widzimy w szpitalu poszczególne przypadki, skierowywane jako gruźlica szczytów, które okazują się przy bliższym badaniu schorzeniem zastawki dwudzielnej, z objawami płucnymi miejscowymi, wywołanymi przez ucisk ze strony powiększonego przedsionka.

W odróżnieniu od przedsionka lewego, którego powiększenie jest zależne od zmian sercowych, przedsionek prawy bywa powiększony w przypadkach gruźlicy włóknistej z rozszaniami ogniskami stwardnienia. Rozszerzenie prawego przedsionka może w przypadkach wątpliwych służyć jako objaw, przemawiający na korzyść zmian wytwórczych w przeciwstawieniu do wysiękowych.

Już nie na poszczególnych odcinkach serca, lecz na całym sercu odbić się może rozległa marskość płuc. Przeciągnięcie serca może być tak wybitne, że całe serce przesuwa się zlewa naprawo. W dwu z trzech spostrzeganych przypadków przesunięcia serca wprawo wysłuchiwaliśmy tony serca, pochodzące od uderzenia koniuszkowego aż do miejsca, odpowiadającego pierwotnemu prawidłowemu uderzeniu koniuszka. Tony przenosiły się widocznie drogą, torowaną przez zrosiły.

Kurczenie się płuc marskich odbić się może i na poszczególnych pniach naczyniowych. Doprowadzić może do zwężenia gałęzi tętnicy płucnej, zwłaszcza lewostronnie. Występujący wówczas długi szmer skurczowy nad tętnicą płucną i pod obojczykiem, wyczuwalność tego szmeru dotykkiem nasuwać może podejrzenie wady sercowej.

Innym dowodem wpływu kurczenia się płuc na naczynia są przypadki, w których pociąganie tętnicy głównej przez zrosty powodować może objawy, przypominające dusznicę bolesną. Na zdjęciu widzimy wówczas szeroką wstęgę naczyniową, będącą wyrazem wydłużenia tętnicy głównej. Obmacywanie dołka nadmostkowego celem rozpoznania wydłużenia tętnicy głównej należy wykonywać w pozycji stojącej. Występowanie tętnienia i wycacywanie ściany tętnicy w pozycji leżącej nie jest niarodajne dla rozpoznania, gdyż może być zależne od wyższego ustawienia przepływu w pozycji leżącej.

Gruźlica otyłych.

Podał

Dr. Stefan RUDZKI (Warszawa).

Pomimo wybitnych postępów medycyny w ostatnich dziesiętkach lat, pomimo niewątpliwych zdobyczy w dziedzinie zarówno teoretycznej, jak i klinicznej, wiele działów leży jeszcze odłogiem, w

wielu innych wiadomości nasze nie o wiele pogłębiły się w porównaniu z tem, co było przed laty kilkudziesięciu.

Dotyczy to również tak rozpowszechnionej, tak banalnej — zdawałoby się — choroby, jaką jest gruźlica i specjalnie suchoty płuc.

Nie bez słusności pisał przed 9 laty jeden z najlepszych znawców gruźlicy Seweryn Sterling, że „klinika suchot już oddawna wysoko stoi; nauka zaś o gruźlicy jest *in statu nascendi* i dopiero postawiła sobie szereg zadań do rozwiązania”; — jednakże w ostatnim dziesiętku lat właśnie nauka o gruźlicy znacznie się posunęła chociażby w pogłębieniu znajomości morfologii i biologii zarazka gruźliczego, natomiast klinika suchot wciąż pozostaje w wielu jeszcze działach bardzo niedokładną.

Różne odmiany suchot płucnych, bardzo fantastyczny i nieobliczalny przebieg tego — tak codziennego — cierpienia, zależny nie tyle od warunków zewnętrznych, ile od wewnętrznych stanowiących całokształt przyrodzonej więzi organizmu, (*constitutio*), oraz nabytej kondycji (*conditio*), istota tej konstytucji i znaczenie dla gruźlicy poszczególnych jej czynników, — wszystko to wymaga jeszcze dalszych badań i spostrzeżeń.

Konstytucji osobniczej i stosunkowi jej do gruźlicy poświęcono w ostatnich czasach liczne prace, że wymienię niezależnie od klasycznej książki Bauera artykuły takich autorów, jak Stanganelli, Schenck, Riese, Saller, Kallós, Ickert, W. Neumann. Również i w Polsce mamy poza dawniejszymi pracami Łuczkiwicza, E. Zielińskiego, Polańskiego, Kwiatkowskiego, późniejsze badania Glińskiego, Nowickiego, wreszcie świeże artykuły Sterlinga — Okuniewskiego oraz zbliżone do tej dziedziny badania Świdra, Kona i Manciewiczówny.

Wszystkie te jednak prace, nieraz bardzo ciekawe i podające wiele ważnych szczegółów, mało stosunkowo miejsca poświęcają ogólnej budowie, wyglądowi i odżywianiu chorych na gruźlicę płuc.

A jednak utarte i odwieczne nazwy suchoty, *phthisis*, *consumption*, *Schwindsucht* trwają dotąd i nadają piętno „suchotników”, ludzi wyniszczonych, wysuszonych wszystkim chorym na gruźlicę płuc.

Bardzo charakterystyczne określenie suchot znajdujemy w jednej z najdawniejszych prac lekarskich polskich — mianowicie w „Zielniku” Spiczynskiego, lekarza nadwornego Zygmunta Augusta: „Suchoty albo wędnienie, kiedy się ciało nie tuczy, a zawsze z niego nieco odchodzi, a nic nie przybywa, stąd zbytnia szczurość a marskość przychodzi.”

Wiemy jednak dobrze, że w średniowieczu, gdy przed Sylwiuszem nie badano jeszcze zwłok zmarłych na suchoty, gdy nie znano nietylko obrazu anatomicznego, lecz i pochodzenia choroby, gdy stulecia dzieliły od epokowego odkrycia metod badania fizycznego płuc w postaci opukiwania i wysłuchiwania, — rozpoznanie gruźlicy płucnej było bardzo utrudnione; kierowano się przede wszystkim objawami, najbardziej rzucającymi się w oczy, takimi, jak wychudnięcie i niewątpliwie do rubryki „suchot” weszło wiele innych, prócz

gruźlicy, chorób wyniszczających, zwłaszcza zaś nowotwory złośliwe.

Postęp jednak nauki, wprowadzenie nowych metod badania, wykrycie wreszcie istoty choroby, pozwoliło ściślej odgraniczyć gruźlicę od innych chorób, mających niektóre zbliżone objawy, i dało nam możliwość również stwierdzenia, że gruźlica płuc ustalona bakterjologicznie, klinicznie i radiologicznie, bynajmniej nie zawsze prowadzi do wychudnięcia, przeciwnie w wielu przypadkach odżywianie zupełnie nie jest upośledzone, a nieraz nawet spostrzegamy gruźlicę u osób otyłych i *vice versa* otłuszczenie u gruźliczych.

To też pojęcie, że gruźlica płuc nazywana była powszechnie i uważana za „a consuming disease” (consumption=suchoty) włącza znany ftizjolog angielski Paterson, były dyrektor Brompton Hospital Sanatorium, do owych „szyldzików”, którym poświęcił swą słynną książkę „The Shibboleths of Tuberculosis” objaśniając w motto, że Shibboleth w myśl Encyklopedji Brytyjskiej jest to „A catch phrase or cry to which the members of a party adhere after any significance or meaning which it may have imparted has disappeared”.

Właściwą jednak zasługą szkoły francuskiej było ustalenie pewnej mniej znanej, a bardzo ważnej odmiany gruźlicy płucnej — gruźlicy otyłych.

Prof. Lemoine z Lille pracę swą p.t. „Les phtisiques gras” rozpoczyna od zdania: „Il semblerait qu'il dût y avoir une opposition absolue entre les termes: phtisique et gras, le mot „phtisie” ayant toujours été synonyme de consommation chez les anciens auteurs et évoquant encore aujourd'hui l'idée de dépérissement lent.” A dalej pisze, że jednak — „il est assez fréquent, aussi bien à l'hôpital que dans la clientèle privée, de rencontrer, à côté des phtisiques amaigris, d'autres qui ont une belle apparence de santé” Po opisie szczegółowym zdrowego wyglądu takich chorych i sprzeczności ze zmianami rozległymi, które się znajdują w płucach, a które doprowadzają nieraz do śmierci, pomimo stałego tycia, Lemoine stwierdza: „il existe donc des phtisiques gras, c'est-à-dire des gens dont la phtisie évolue sans entraîner de dépérissement.” Autor podkreśla, że chodzi tu o gruźlicę płuc, a nie gruźlicę skóry, gruczołów lub kości: „c'est pour cette raison que j'emploie le mot de phtisique et non de tuberculeux, le premier ayant, au moins dans le public non médical le sens de tuberculose pulmonaire.”

Lemoine podkreśla, że już oddawna różni autorzy wzmiankowali o podobnych faktach, lecz patrzyli zawsze na nie, jako na wyjątki i nie przystępowali do ich studjowania. W wieku ubiegłym mówiono o „phtisie floride” i pod tą nazwą rozumiano we Francji sprawy o różnej naturze, w tej liczbie przypadki, gdy chorzy zostawali „gros et gras” pomimo rozwoju suchot. Laënnec robi aluzję do otyłych suchotników, mówiąc, że czasami dobre odżywianie i zupełnie znośny stan ogólny zdrowia pozostaje dość długo po wystąpieniu „des crachats opaques et de la pectoriloquie”.

Z tych samych czasów Franck pisze, że bardzo często płuca są silnie zajęte a niema nazewnątrz cienia niebezpieczeństwa, również Milcent podziela to zdanie i mówi, że nieraz znaczne zmia-

ny miejscowe, z jamami w płucach, zdarzają się jednocześnie ze stanem ogólnym nieciężkim i nawet przy dobrym odżywianiu.

W późniejszych czasach, w podręczniku gruźlicy płucnej Hérard, Cornil et Hanot czytamy, że pewnym jest, iż stan ogólny nie zawsze bywa w prostym stosunku do ciężkości zmian płucnych; „taki suchotnik, który ma szczyt podziurawiony rozległymi jamami, nieraz wygląda lepiej od takiego, u którego przy badaniu stwierdzamy zaledwie objawy początkowe choroby.”

Przeciwnie Peter uważał tycie za wyłączające gruźlicę,

Natomiast Grancher wyraźnie mówi, że są suchotnicy, którzy długo zachowują dobre odżywianie.

Na tem kończy cytaty swe prof. Lemoine, pisząc w te słowa: „nous pourrions multiplier les citations de ce genre, mais la chose nous paraît bien inutile, car tout le monde a rencontré des phtisiques semblables à ceux dont nous parlons”.

W dalszym ciągu jednak swej pracy powołuje się również na spostrzeżenia Grancher i Hutinel, Sarda i Vires, Ferrand, Quinquaud, wreszcie ucznia swego C. F. Martin, który materiał z kliniki w Lille zebrał w dysertacji p. t. „Les phtisiques gras” (thèse de Lille 1899).

Poza pracami w klinice w Lille, które zwróciły uwagę świata lekarskiego na tę odmianę gruźlicy, ciekawy odczyt p. t. „Les tuberculeux gras” wygłosił dr. Catrin (z Valenciennes) na międzynarodowym kongresie przeciugruźliczym w Paryżu w 1905 r. Autor zaczyna swój referat od znamienego ustępu: „Bien qu'intéressants à plus d'un titre, les tuberculeux gras ne semblent pas avoir attiré suffisamment, à mon sens, l'attention des cliniciens, car, si les traités généraux ou spéciaux en parlent, ils ne le font qu'en quelques phrases courtes”. Przytoczywszy dalej prace prof. Lemoine i d-ra Martin, uważa słusznie, że „l'étiquette de: „Les phtisiques gras” devait attirer l'attention par son allure paradoxale”. Autor powołuje się na ubóstwo piśmiennictwa lekarskiego w tej sprawie i przytacza swoje spostrzeżenia o gruźliczych otyłych, „qui m'ont paru d'une fréquence relativement grande dans la région du Nord”.

Z późniejszych autorów francuskich L. Bernard, mówiąc o rokowaniu w gruźlicy płuc, wspomina tylko o „pewnych postaciach gruźlicy płuc, nazywanych z tego powodu florides, które nie wywołują wychudnięcia, a którym, odwrotnie, może nawet towarzyszyć otłuszczenie.”

Burnand w pracy swej o uleczalności gruźlicy płucnej ocenia znaczenie przybytku wagi.

Letulle i Halbron powołują się na „klasycznych autorów”, którzy opisywali otyłych gruźliczych bez straty na wadze, uważając za fakt, nie ulegający zaprzeczeniu, że są „des tuberculeux gras”, poddają krytyce poglądy na obésités toxiques infectueuses.

Nobécourt w wykładach o cierpieniach dróg oddechowych u dzieci wspomina o „formes florides” gruźlicy płucnej „dans la grande enfance”, gdy pomimo jam w płucach dzieci nie tracą na wadze, a nawet tyją.

Péhu i Dufourt w podręczniku swym o

gruźlicy w wieku dziecięcym przytaczają ciekawe dane o kwitnącej postaci („forme floride”) gruźlicy u niemowląt z doskonałym wyglądem i normalnym przybytkiem na wadze. Autorzy powołują się przytem na prace w tej dziedzinie Debré i Joannon, Cattané i tezę Aboulker (1920). U dzieci tych jednak poza bardzo silnym odczynem tuberkulinowym nie stwierdza się żadnych zmian w płucach; dalej autorzy mówią o kwitjącym wyglądzie, spotykanym u pewnych niemowląt z czynną gruźlicą.

Z niemieckich autorów Cornet wspomina o przypadkach bardzo dużego przybytku na wadze u chorych gruźliczych.

Bandelier i Roepke stwierdzają tylko, że połączenie otyłości i gruźlicy płuc nie należy do rzadkości.

Kuthy i Wolff-Eisner w swem znanem dziele o rokowaniu w gruźlicy płucnej przytaczają zdanie Moellera o niekorzystnym wpływie otyłości na gruźlicę. Kuthy opisuje osobiście spostrzegane przez siebie 6 przypadków gruźlicy otyłych. Autorzy przytaczają zdanie Eichhorsta, iż spotykał on w rzadkich przypadkach dużą podściółkę tłuszczową u chorych gruźliczych; pozatem powołują się na prace francuskie, przedewszystkiem Daremberga oraz niemieckie — Gebsera i Fischera.

Nicoli Schröder w swej ciekawej książce o błędach djagnostycznych w gruźlicy płuc podają fotografię kobiety o kwitjącym zdrowym wyglądzie i doskonale usklepionej klatce piersiowej i poniżej zdjęcie rentgenowskie, wykazujące rozległą jamistą gruźlicę płuc; obok zaś fotografię chłopca z typową asteniczną budową (*habitus pseudophthisicus*) i zupełnie zdrowymi płucami na zdjęciu rentgenowskim.

W. Neumann w swem 3-tomowym dziele o klinice początkowej gruźlicy u dorosłych poświęca krótką wzmiankę *phthisis adiposa*, powołując się na francuskich autorów: Lemoine, Martin i Darmezin, oraz opisuje odmianę gruźlicy otyłych w postaci „corticale Spitzenphthise”. W najnowszej swej pracy o konstytucji w gruźlicy Neumann dłużej zatrzymuje się nad *beauté phthisique*.

W pięciotomowym wydawnictwie niemieckim *Handbuch der Tuberkulose*, pod redakcją Brauera, Schrödera i Blumenfelda, znajdujemy w pierwszym wydaniu artykuł o gruźlicy otyłych pióra prof. Winternitza. Zaznacza on na wstępie, że „otyłość i gruźlica w żadnym razie nie wyłączają się wzajemnie, lecz zdarzają się częściej, niż się zwykle przyjmuje”; natomiast w trzecim wydaniu tego dzieła prof. Porges w artykule na ten sam temat pisze, że „otyłość i gruźlica są to dwa stany, które bynajmniej nie często łączą się z sobą, jednakże czasami zdarzają się obok siebie”.

W 1927 r. Wassmund z Sanatorium Schömberg w Szwarzwaldzie ogłasza artykuł o wpływie zaburzeń wymiany materji na gruźlicę płucną i podaje opis gruźlicy otyłych, opierając się na 46 spostrzeżeniach, co wynosi 0.58% chorych tego zakładu. Autor stwierdza, że połączone wystąpienie obu tych cierpień nie jest zbyt rzadkie.

Wreszcie w najświeższym wydawnictwie Assmanna, Beitzkego, Braeuninga i Engla znajdujemy jedynie parowierszową wzmiankę w

artykule Klemperera i Ahlenstiela, iż „nie tylko nienormalna chudość znajduje się w związku z gruźlicą, lecz i otyłość, jak to wykazały prace Lemoine, Darmesin i Martin o „*Phthisis adiposa*”.

Jeśli chodzi o polskie piśmiennictwo, nie posiadamy żadnej pracy o gruźlicy otyłych. Natomiast w książkach i artykułach wybitnych naszych ftizjologów przy omawianiu wagi u suchotników spotykamy wzmianki o otyłości chorych na gruźlicę płuc.

Tak tedy A. Sokołowski w wielkim swym podręczniku w dziale o suchotach płucnych, wspomina, że „w okresie zgęszczeń waga z chwilą poprawy stanu chorych może przychodzić do normy, a nieraz chorzy mogą przy odpowiednim leczeniu tyć znacznie, dochodząc do wagi o wiele większej, niż w normalnym stanie; poprawa ta może pozostawać stale”; w zbiorowej zaś książce o metodach badania narządu oddechowego wyraźnie też wspomina o suchotnikach otyłych.

Również Biegański pisze, że „jeżeli sprawa gruźlicza zatrzymuje się w swym rozwoju, powoli gorączka ustaje, to odżywianie zaczyna się szybko poprawiać. Waga ciała bez względu na istniejące w płucach zmiany może się zwiększyć, chorzy dochodzą nawet przy odpowiednim karmieniu do otyłości”.

Dłuski w licznych swych pracach klinicznych o gruźlicy płucnej wielokrotnie wspomina o wadze w tej chorobie, pozatem jednak wyraźnie pisze również o gruźlicy otyłych. W pracy tego autora o odmie sztucznej (1926 r.) znajdujemy następującą wzmiankę: „że sprawa wagi u poszczególnych gruźliczych przedstawia się czasem fantastycznie, nie ulega wątpliwości. Świadczy o tem osobna grupa „*phthisiques gras*” (Debove Paryż), znana każdemu klinicyście. Nie rozstrząsając przyczyn biologicznych zjawiska, ograniczamy się do jego zanotowania”; w pracy zaś o jamach w płucach gruźliczych pisze: „pamiętać zawsze przytem należy o nielicznej grupie „*phthisiques gras*” (Debove Paryż), którzy przez nadmiar tłuszczu mają wysoką wagę zupełnie w niezgodzie ze stanem choroby”; wreszcie w pracy o rokowaniu przytacza Dłuski ciekawe spostrzeżenia z kategorii „*phthisiques gras*”. Seweryn Sterling w *Compendium* swem o suchotach płucnych pospolitych pisze: „co się tyczy wyniszczenia (w suchotach płucnych), to w przebiegu wieloletniego schorzenia miewamy okresy, w których ten objaw dominuje, by ustąpić na czas krótszy lub dłuższy”, w drugim zaś miejscu: „stan odżywiania zwykle jest mniej lub więcej lichej; obfity jednak podkład tłuszczowy nie wyklucza złego stanu płuc, szczególnie bezpośrednio po przebytej kuracji higieniczno-djetetycznej”.

Dąbrowski K. w wykładzie o symptomatologii gruźlicy płuc mówi: „gdymy mamy przed sobą chorego wychudzonego, myślimy o suchotach, lecz należy pamiętać, iż suchoty rozwijają się i u otyłych”.

Wreszcie G. Lewin w pracach swych podkreśla sztuczne tycie suchotników pod wpływem przekarmiania, przeciwko króremu stanowczo się wypowiada.

Z przytoczonego piśmiennictwa, zarówno polskiego, jak i zagranicznego, widzimy, że obecnie

nie jest już odrzucana możliwość połączenia otyłości z „suchotami” płucnymi, w jakich jednak przypadkach się to zdarza, jakie są przyczyny wychudnięcia u pewnej kategorii chorych gruźliczych, a zachowania dobrej wagi u innych, wreszcie nawet tych chorych na ciężką gruźlicę rozpadową płuc, -- jakie są charakterystyczne objawy tej bądź co bądź niezwyklej odmiany gruźlicy, jakie jest rokowanie w tej postaci, czy u chorych takich należy i wolno stosować metody leczenia, przyjęte wogóle w gruźlicy płuc, wreszcie — jakie znaczenie społeczne ma istnienie pozornie zdrowych chorych z daleko posuniętą gruźlicą, — wszystkie te zagadnienia nie znalazły rozstrzygnięcia, a nawet prób oświetlenia krytycznego od czasów Lemoine, Martin, Daremberga i innych przedstawicieli nauki francuskiej z przed paru dziesiątków lat.

Powodując się powyższymi względami, przystąpiłem do rozpatrzenia własnego dość obfitego materiału z zakresu gruźlicy płuc, pragnąc odpowiedzieć w miarę możliwości na postawione powyżej pytania.

Gdy się jednak zbliżamy do ustosunkowania wzajemnego dwóch stanów patologicznych, gruźlicy i otluszczenia, musimy ustalić przedewszystkiem granice fizjologicznego odżywiania, po których przekroczeniu mamy do czynienia z zaburzeniem patologicznym, musimy znaleźć kryterjum, gdzie jest jeszcze waga normalna, a gdzie zaczyna się jej nadmiar, musimy tedy przypomnieć sobie główne dane o istocie otyłości.

Przez otyłość rozumiemy taki stan ustroju, gdy normalna waga jest wyraźnie przekroczona wskutek znacznej zawartości tłuszczu (Brugsch). Pojęcie jednak „normalnej wagi” i „wyraźnie” musi być bliżej określone, i zagadnieniu temu poświęcono liczne prace, zwłaszcza we Francji i Niemczech.

Ogólne ustalenie „normalnej” wagi dla mężczyzn i kobiet jest niemożliwe, gdyż bardzo duże różnice powstają w zależności od wieku i wzrostu. Nawet jednak u tej samej płci i w tym samym wieku mogą powstać znaczne wahania w wadze, nie zależące bynajmniej od patologicznego otluszczenia, na wagę bowiem wpływa wybitnie rozwój kości i mięśni.

Zasadniczo przyjmujemy, że u mężczyzn kości i mięśnie więcej wazą, niż u kobiet, które natomiast mają większy pokład tłuszczu. Przyjęte jest obliczać, że u mężczyzn w ogólnej wadze przypada na mięśnie 40—45%, u kobiet zaś 35--40%.

Dla praktycznych jednak celów niezbędnym jest ustalenie pewnej formuły, dającej możliwość szybkiego zorientowania się, czy waga *in toto* odpowiada normie, czy też nie.

Najprostszą taką formułą jest znane równanie Broca: waga ciała (w kilogramach) = wzrost (w cm.) — 100.

Tablica Hassinga, oparta na rozpatrzeniu wagi 74102 mężczyzn, badanych w Amerykańskich Towarzystwach ubezpieczenia na życie, potwierdza naogół dane, otrzymywane za pomocą formuły Broca.

Liczne badania Oedera również potwierdzają, że u proporcjonalnie zbudowanych dorosłych mężczyzn formuła Broca w 97% odpowiada rze-

czywistości. Dla kobiet Oeder nieco modyfikuje formułę Broca, uwzględniając również objętość klatki piersiowej, mianowicie

$$G = \frac{(Pl-100) + \frac{Pl + C}{240}}{2} + K$$

przyczem G oznacza wagę, Pl — wzrost proporcjonalny, C średnią arytmetyczną obwodu klatki piersiowej na wysokości sutków przy najgłębszym wdechu i wydechu, K — wagę ubrania. Obliczenie to, według Oedera, u 99% kobiet odpowiada rzeczywistości.

Przez proporcjonalny wzrost rozumie Oeder podwójną odległość od ciemienia do spojenia łonowego.

Noorden opiera się w swym podziale otluszczenia na tablicy Queteleta, który zestawia wiek, wagę i wzrost. Brugsch krytycznie odnosi się do tej tablicy, jednakże przytaczamy ją poniżej ze względu na wnioski, jakie z niej wyciąga najlepszy znawca sprawy otyłości, jakim jest prof. Noorden.

Tablica Quetelet

Wiek	Waga w kg.		Wzrost w cm.		Wiek	Waga w kg.		Wzrost w cm.	
	mężcz.	kob.	mężcz.	kob.		mężcz.	kob.	mężcz.	kob.
2	11.3	10.7	79.1	78.1	16	49.7	43.6	155.4	152.1
3	12.4	11.8	86.4	85.4	17	52.8	47.3	159.4	154.6
4	14.2	13.0	92.7	91.5	18	57.8	49.0	163.0	156.3
5	15.8	14.4	98.7	97.4	19	58.0	51.6	165.5	157.0
6	17.2	16.0	104.6	103.1	20	60.1	52.3	167.0	157.4
7	19.1	17.5	110.4	108.7	22	61.4	52.5	--	--
8	20.8	19.1	116.2	114.2	25	62.9	53.3	168.2	157.8
9	22.6	21.4	121.8	119.6	30	63.65	54.3	--	--
10	24.5	23.5	127.3	124.9	40	63.67	55.2	168.6	158.8
11	27.1	25.6	132.5	130.1	50	63.5	56.16	168.6	158.0
12	29.8	29.8	137.5	135.2	60	61.9	54.3	167.6	157.1
13	34.4	32.9	142.3	140.0	70	59.5	51.5	166.0	155.6
14	38.8	36.7	146.9	144.6	80	57.8	49.1	163.6	153.4
15	43.6	40.4	151.3	148.8	90	57.8	49.3	161.0	151.0

Liczby powyższe są raczej za niskie i odpowiadają wzrostowi i wadze rasy romańskiej; jednak Noorden opiera się na nich w swej pracy o otyłości, robiąc zastrzeżenie, że stan odżywiania należy jeszcze uważać za normalny, jeśli waga ciała przekracza liczby Quetelet o 10—15%; w razie nadwyżki 10—30% mówi on o postaci przejściowej (Uebergangsform), - do której wchodzi również „względne otluszczenie” (relative Fettsucht Noordena); jeśli różnica zwykła stanowi 30—50%, mówi już Noorden o lżejszym, wzgl. miernym otluszczeniu, wreszcie jeszcze większa nadwyżka bywa już przy znacznym otluszczeniu (hochgradige Fettsucht).

Oeder na mocy własnych spostrzeżeń i poglądów krytycznych twierdzi, że prawidłowy

stan odżywiania waha się w granicach nie większych od 7.6% powyżej i poniżej normalnej wagi.

Brugsch, opierając się głównie na danych Oedera, uważa, że przekroczenie wagi (według formuły Oedera) o 7.5—10% można uważać jeszcze za normalne, przekroczenie o 10—20—25% nie daje jeszcze na oko wrażenia otluszczenia, należy jednak już do stosunkowego otluszczenia (Noorden), przekroczenie 25% klasyfikuje pacjenta do wyraźnego otluszczenia.

Podział ten zgodny jest zasadniczo z klasyfikacją Noordenowską, opartą na tablicy Queteleta.

Wreszcie używana też jest tablica Gaertnera, oparta na pojęciu o idealnej budowie ludzkiej, której pierwowzorem jest Apollo Belwederski. Gaertner, na mocy obliczeń geometrycznych, stworzył pewne formuły, które dały mu możliwość ułożenia następującej tablicy, pozwalającej szybko orjentować się co do wagi dorosłego człowieka. Dane te, obliczone bez ubrania, zasadniczo odpowiadają budowie średnioeuropejskiej.

Tablica Gaertnera

Wzrost w cm.	Waga w kg.		Wzrost w cm.	Waga w kg.	
	mężcz.	kob.		mężcz.	kob.
145	—	40.7	173	73.8	69.5
146	—	41.5	174	75.1	70.4
147	—	42.4	175	76.4	71.6
148	—	43.3	176	77.7	72.8
149	—	44.2	177	79.0	74.0
150	48.1	45.1	178	80.3	75.3
151	49.0	46.0	179	81.7	76.6
152	50.0	46.9	180	83.1	77.9
153	51.0	47.8	181	84.5	79.2
154	52.0	48.8	182	85.9	80.5
155	53.0	49.8	183	87.3	81.8
156	54.8	50.8	184	88.7	83.2
157	55.1	51.8	185	90.1	84.6
158	56.2	53.8	186	91.6	86.0
159	57.3	53.8	187	93.1	87.4
160	58.4	54.8	188	94.6	88.8
161	59.5	55.8	189	96.1	90.2
162	60.6	56.8	190	97.7	91.6
163	61.7	57.8	191	99.3	93.1
164	62.8	58.9	192	100.9	94.6
165	64.0	60.0	193	102.5	96.1
166	65.2	61.1	194	104.1	97.6
167	66.4	62.2	195	105.7	99.1
168	67.6	63.3	196	107.3	—
169	68.8	64.4	197	108.8	—
170	70.0	65.6	198	110.5	—
171	71.2	66.8	199	112.2	—
172	72.5	68.0	200	113.9	—

Przytaczane przez Oedera, Brugscha i innych autorów dane o rozpoznawaniu otluszczenia na mocy rozkładu tłuszczu — różnego u mężczyzn i kobiet — i wpływających stąd deformacji ciała, nie odgrywają tu roli, tablice bowiem powyższe dają wystarczającą podstawę do oceny, w jakim stopniu zachowana jest równowaga w budowie i odżywianiu osobnika.

Wpływ wieku na różnicę w wadze przy jednakowym wzroście określa się zwykle w ten sposób, że u dorosłego mężczyzny w 40 roku życia waga przeciętnie o 5 kg. jest wyższa, niż w 30 r. i o 10 kg. większa, niż w 20-ym roku. Po 40-ym roku przybywa jeszcze kilka kg. i utrzymuje się na tym poziomie, potem zaś w starości waga spada. U kobiet znana jest skłonność do przybytku na wadze po porodzie oraz do wyraźnego otluszczenia w okresie przekwitania.

Odegrywa tu rolę zmniejszenie czynności jajników, mających wielki wpływ na wymianę tłuszczową.

Niemniej ważny jest wzajemny stosunek hormonów innych gruczołów o wydzielaniu wewnętrznym, zwłaszcza tarczycy, trzustki i nadnerczy. Wybitną wreszcie rolę w wymianie materji odegrywa nerw spółczulny z przypuszczalnym ośrodkiem regulującym w *regio hypothalamica*.

Konstytucyjne tedy otluszczenie podzielić możemy podług Brugscha na 1) otluszczenie z zaburzeniami tarczycy, 2) otluszczenie młodzieńcze (przysadkowe? dodatek do tej postaci *Dystrophia adiposo-genitalis*), 3) otluszczenie eunuchów (*eunuchoidismus*), 4) otluszczenie jajnikowego pochodzenia, 5) konstytucyjne otluszczenie o niezna-nej etiologicznie zależności.

Z ogólnych etiologicznych czynników ważna jest dziedziczność, którą się stwierdza w otluszczeniu w 40—46% (Bouchard).

Wśród mężczyzn otluszczenie jest rzadsze (według statystyki na 2 otyłe kobiety przypada 1 otyły mężczyzna).

Zwłaszcza często spotyka się otluszczenie wśród żydówek (Noorden).

Znany jest wreszcie stosunek otyłości do cukrzycy i skazy moczanowej.

Rokowanie w zwykłym otluszczeniu jest zawsze poważne, zwłaszcza z powodu wtórnych zaburzeń w układzie krążenia i w narządach oddechowych (przewlekłe nieżyty ostrzeli i nieraz śmiertelne zapalenia płuc). To też Brugsch kategorycznie stwierdza, że nie spotykał przypadku, żeby otyli trzeciego stopnia przekroczyli 60 lat życia i żeby dziesiątkami lat mogli znosić swą otyłość. Losy takich chorych zależą od ich serca. Ludzie z wybitną otyłością umierają zazwyczaj w końcu 5-ego lub w 6-ym dziesiątku życia.

Natomiast otluszczenie lekkiego i średniego stopnia zazwyczaj nie wpływa w wybitniejszym stopniu na skrócenie życia, o ile niema powikłań ze strony serca.

Przytoczone powyżej główne dane o otyłości są podstawą do oceny, w jaki sposób należy kwalifikować materiał ludzki pod względem odżywiania, którego wskaźnikiem jest waga.

Dla celów praktycznych najdogodniejsza jest tablica Quetelet, przyjęta również przez prof. Noordena.

Na niej tedy opierać się będziemy przy rozsegregowaniu naszego materiału, przyczem, zgodnie z poglądem Noordena, uważać będziemy, że normalna waga jest wtedy, gdy nieprzekracza 10% powyżej wykazanej w tablicy Quetelet dla danego wieku i płci; powyżej 10% zaczyna się otluszczenie, które może być 3-ch stopni: lekkie- w granicach 10—30% powyżej normy Queteleta,

mierne—30—50% powyżej normy, znaczne, o ile waga o przeszło 50% przekracza liczby, podane przez Quetelet.

Odwrotnie, wychudnięcie zaczyna się, o ile waga jest conajmniej o 10% niższa od podanej w tablicy Quetelet.

Opierając się na powyższych przesłankach, podzieliłiśmy cały nasz materiał na 3 wielkie grupy: chorych, których odżywianie było w granicach normy (10% w górę i na dół od liczb Quetelet), chorych z odżywianiem upośledzonym (przeszło 10% poniżej danych Quetelet), wreszcie chorych z odżywianiem wzmożonym (przeszło 10% powyżej tablicy Quetelet).

Materiał, którym rozporządzam, składa się z przeszło 15 tysięcy chorych gruźliczych, spostrzeżonych w ciągu 32 lat działalności lekarskiej w klinikach, szpitalach, sanatorjach, w służbie wojskowej oraz w praktyce prywatnej.

Najdawniejsze wspomnienie, dotyczące gruźlicy otyłych, sięga jeszcze pierwszego kursu studiów lekarskich w Akademii Wojskowo-lekarskiej w Petersburgu w r. 1893-im; mianowicie, pierwsze zwłoki, które widziałem w zakładzie anatomii opisowej prof. Tarenieckiego, były młodego mężczyzny atletycznej budowy i wzrostu tak wysokiego, że nie mieściły się na bardzo długim stole anatomicznym i zwisały nazewnątrz; nieboszczyk był bardzo tegi, o wybitnie rozwiniętej podściółce tłuszczowej. Zaciekawieni byliśmy, jaka mogła być przyczyna śmierci tego młodego atlety. Sekcja wykazała jedynie bardzo rozległe zmiany gruźlicze w płucach z licznymi jamami z obu stron od góry do dołu. A były to zwłoki grenadjera jednego z pułków gwardji petersburskiej. Pierwsze to wrażenie kontrastu między wyglądem ogólnym a wynikiem oględzin pośmiertnych głęboko utkwilo w umysłach młodych adeptów medycyny.

Pozatem w klinikach petersburskich nie przypominam sobie przypadków gruźlicy u otyłych. Również w szpitalu Obuchowskim, gdzie kilka lat (1896--1902) pracowałem pod kierunkiem słynnego internisty, d-ra W. Kerniga, w barakach gruźliczych, które zastępczo prowadziłem, był tylko materiał wielkomiejski beznadziejnej gruźlicy rozpadowej w okresie przedśmiertnym z wybitnym wyniszczeniem ogólnym.

W Lublinie, gdzie spędziłem 4 lata (1902—1906), jako ordynator oddziału wewnętrznego szpitala Św. Wincentego, pomimo bardzo dużego i ciekawego materiału szpitalnego, (około 2000 chorych przeszło przez ten czas przez mój oddział), nie spotykałem wybitniejszych przypadków gruźlicy otyłych, — natomiast w praktyce prywatnej na 2706 chorych, którzy w tych latach zgłosili się do mnie do domu o poradę lekarską i zostali szczegółowo zapisani w księgach ambulatoryjnych, było 682 gruźliczych (25.2% wszystkich chorych), w tej liczbie było 270 mężczyzn i 412 kobiet. Stan odżywienia ich przedstawiał się, jak następuje: waga zmniejszona u 416 (61%), normalna u 255 (37.5%), zwiększona u 11 (1.5%).

Wśród otyłych gruźliczych było 8 mężczyzn i 3 kobiety. Z pośród nich charakterystyczne były 2 przypadki u oficerów rosyjskich, którzy zgłosili się o poradę prywatną, pełniąc bez przerwy służbę wojskową:

Przypadek 1-szy. Por. M. D. 30 l. kaszle 3 zimy; przechodził zapalenie wysiękowe opłucny z prawej strony przed paru laty; w rodzinie 4-oro rodzeństwa zmarło na gruźlicę w 30 r. życia. Budowa chorego świetna, odżywianie doskonałe. Pod lewym obojczykiem wyraźne ognisko ze skłonnością do rozpadu (4. IV. 1903). Chory zgłosił się ponownie po 5 miesiącach z powodu obfitego krwotoku płucnego. 1^o prawidłowa. Odżywianie pozostaje bardzo dobre. W płucach sprawa chorobowa znacznie się posunęła i zajęła cały górny płatek lewego płuca. Pomimo leczenia klimatycznego chory zginął w parę miesięcy potem. Typowy przypadek wczesnego nacieku podobojczykowego u otyłego osobnika z dziedzicznością Brehmerowską. Odmy płucnej, niestety, wtedy jeszcze nie stosowaliśmy.

Przypadek 2-gi, Rotmistrz A. K. 37 l. Po rewji silny kaszel od tygodnia; przedtem skłonność do „zazębien”. W płwocinie domieszka krwi od czasu do czasu. 1^o stała prawidłowa. Chory budowy herkulesowej; odżywianie wspaniałe. W lewym szczycie stłumienie, wydech oskrzelowy wydłużony bez rzężeń. Przypadek poronnej gruźlicy (*tuberculosis abortiva* Bard) u osobnika otyłego.

Typowy przypadek gruźlicy otyłych dłużej spostrzegany w okresie lubelskim był następujący:

Przypadek 3-ci. S. C. 32 l. dzierżawca, mieszka stałe na wsi. W 16 r. *empyema sin.* operowane, w tym samym roku *periostitis tbc. femoris*, przed rokiem ropienie gruczolu na szyi. Ojciec zmarł na gruźlicę w 42 r., rodzeństwa było dwcje: brat i siostra, oboje zmarli na gruźlicę. Chory nie kaszle, nie gorączkuje. Budowa i odżywianie doskonałe. Waga 89 kg. przy wzroście wyżej średniego. W prawym szczycie i okolicy wnękowej nacieczenie. Chory był w obserwacji mojej około roku. Nacieczenie zajęło prawie całe prawe płuco. Pomimo to 1^o była stała prawidłowa, chory czuł się doskonale, na wadze potrosze przybywa (przekroczył 90 kg.). W płwocinie prątków Kocha nie znaleziono.

W dalszej swej działalności lekarskiej, pracując we Lwowie w uniwersyteckim zakładzie higieny, a potem prowadząc w zakładzie Kulparkowskim wspólnie z prof. Kuczerą i doc. N. Gąsiorowskim dłuższe badania nad czerwönką u obłąkanych, kierowałem przez 2 lata oddziałem zakaźnym i infirmerją, gdzie było dużo chorych gruźliczych. Tutaj były jedynie przypadki z daleko posuniętem wyniszczeniem, zwłaszcza przy częstem połączeniu gruźlicy jelit z czerwönką (badania bakteriologiczne prof. Kuczery i Gąsiorowskiego, badania anatomo-patologiczne Hornowskiego). Przykładem niezwykłego wychudnięcia może być waga 25 kg. (!) u kobiety 25-letniej (*Schizophrenia, Tbc. pulmonum destructiva, Tbc. intestinum, Dysenteria coli totius*).

Po 11 latach pracy klinicznej na ogólnych oddziałach wewnętrznych, gdzie gruźlicy otyłych nie spostrzegałem, w 1909 r. objąłem stanowisko I asystenta Sanatorium dla chorych piersiowych w Zakopanem, gdzie pod kierunkiem dyrektora d-ra K. Dłuskiego pracowałem 4 lata (1909—1913).

Doskonałe prowadzenie tego pierwszego w Polsce na europejską modłę wybudowanego Sanatorium, pod kierunkiem niezwykle wykształconego i fenomenalnie odczytanego dyrektora, a jednocześnie nadzwyczaj sumiennego i wytrawnego klinicysty, jakim był i jest jeden z twórców ftizjologii polskiej, dr. Kazimierz Dłuski, pozwalało wykorzystywać ogromny materiał specjalnie w chorobach płucnych, którym Sanatorium to rozporządzało.

Materiał ten został wielokrotnie opracowany

przez samego dyrektora Sanatorjum i częściowo przez jego asystentów.

Gruźlica otyłych w Sanatorjum nie należała do rzadkości.

W ciągu 4 lat pracy mojej w tym zakładzie miałem możność spostrzegania naogół 1287 chorych. Odsetek gruźlicy otyłych w tym materiale wynosi według mego przybliżonego obliczenia nie mniej, niż 5^oo. Dokładnych danych obecnie nie posiadam. Część kazuistycznych spostrzeżeń, dotyczących tych chorych, znajdujemy w pracach d-ra Dłuskiego o jamach płucnych i o odmie.

W swoich księgach mam tych chorych, którzy później — po opuszczeniu już Sanatorjum — leczyli się u mnie.

Charakterystyczne 2 przykłady takich przypadków przytaczam.

Przypadek 4-ty. M. B. 28 l. obywatel ziemski. Siostra chora na gruźlicę płuc, leczyla się w sanatorjum Zakopiańskim, gdzie przybyło jej 40 kg. (doszła do 104 kg.). Sam chory nigdy nie zapadał do 24 r. życia, gdy zaczął kaszlać. W sanatorjum d-ra Dłuskiego był z kilku nawrotami w 1910—1913 r., powracał zwykle następstwem krwotoków płucnych, do których ma dużą skłonność. W 1914 r., będąc w Sanatorjum Hawranka w Zakopanem, pozostaje pod moją opieką. Chory wzrostu wysokiego, budowy atletycznej; wygląd znakomity, odżywianie bardzo dobre. Waga 110 kg. T^o prawidłowa. W płucach *phthisis declarata caseoso-fibrosa stationaris praec. pulmonis d. ; pleuritis sicca sin.* Chorego spostrzegalem w ciągu 4 lat (1910—1914). Skoki choroby bywały rzadkie, lecz rozległe zmiany utrzymywały się w płucach, pomimo to wygląd był stale znakomity, i waga wzrastała.

Przypadek 5-ty. Pani F. Z. w wieku 34 l. była w Sanatorjum w Zakopanem w 1911—12 r.; w 1922 r. w Warszawie zgłosiła się do mnie i pozostaje dotąd pod moją opieką lekarską. Obserwuję ją tedy blisko 19 lat. Chora wzrostu niskiego, odżywiania bardzo dobrego, przeciętna waga 75 kg. (=36^oo nadwyżki według Queteleta). T^o prawidłowa, czasami skoki choroby z małymi podniesieniami t^o, kaszel częsty, płwocina zawiera prątki Kocha; kilkakrotne krwiopłucie. W płucach *phthisis consumptiva caseoso-fibrosa pulmonis dextrī totius et lobi superioris pulmonis sin.* Waga wysoka utrzymuje się w mierze z niewielkimi wahaniami.

Po 4 latach pracy w Sanatorjum osiadłem w samym Zakopanem, gdzie spędziłem rok. W ciągu tego czasu miałem w opiece 224 chorych na gruźlicę płuc, w tej liczbie waga zmniejszona była u 32^oo, prawidłowa u 60.5^oo, powiększona u 7.5^oo. Zpośród 17 otyłych chorych gruźliczych 8 miało *phthisis declarata*, 1 *phthisis consumptiva*.

Po wybuchu wojny światowej w sierpniu 1914 r. wstąpiłem do Legjonów i poszedłem na front.

W czasie 16 lat służby wojskowej prócz oddziałów na froncie miałem możność leczenia około 40 tysięcy żołnierzy w szpitalach wojskowych, gdzie byłem nie tylko komendantem, lecz wielokrotnie również ordynatorem i prowadziłem osobiście oddziały wewnętrzne mające do 350 łóżek. Gruźlicy widziałem w tych warunkach kilka tysięcy przypadków, gruźlicę jednak u osób otyłych lub tyjących ponad normę spostrzegalem bardzo rzadko.

Wreszcie od 1917 r., pozostając stale w Warszawie, w praktyce prywatnej, gruźlicę otyłych spostrzegalem stosunkowo często.

Zestawiłem podług ksiąg ambulatoryjnych tylko tych chorych, którzy w domu u mnie zasięgali porady lekarskiej i szczegółowo opisani zostali. Takich

chorych gruźliczych znalazłem 6046 i na tym materiale stosunkowo dość ścisłym, o ile to jest możliwe, w praktyce prywatnej, opieram zestawienie poniższych danych statystycznych pomijając materiał szpitalny i sanatoryjny.

W materiale tym uwzględniam tylko chorych gruźliczych, u których rozpoznałem czynną gruźlicę płuc, opłucnej lub gruczołów okołoskrzelowych.

Materiał płucny rozsegregowałem według klasyfikacji Seweryna Sterlinga. Klasyfikacja ta, zwłaszcza, jeśli chodzi o *phthisis pulmonum incipiens*, niewątpliwie pozostawia wiele do życzenia, gdyż łączy przypadki bardzo różne pod względem klinicznym, jak to słusznie stwierdza w swej pracy O. Sokółowski.

Jednakże w dużym materiale statystycznym musimy opierać się na jakiejś jednej klasyfikacji, a wzór, podany przez S. Sterlinga i mający dużo racji z punktu widzenia dynamiki choroby, przyjęty został przez pierwszy Zjazd przeciwgruźliczy w Krakowie w 1925 r. i obowiązujący jest dla lekarzy polskich.

Z liczby 6046 spostrzeganych przezemnie chorych gruźliczych znalazłem otyłych, a więc mających wagę ponad normę, 514, co wynosi 8.5 proc., normalnie odżywianych było 2911 (48.1 proc.), z upośledzonym odżywianiem 2621 (43.4 proc.), a więc w czynnej gruźlicy wyraźna większość chorych miała dobre odżywienie, a często nawet wzmożone ponad normę.

Podług płci chorzy ci dzielili się w następujący sposób: naogół mężczyzn było 2226 (38 proc.), kobiet zaś 3750 (62 proc.). Przewaga kobiet wśród chorych gruźliczych podkreślana bywała przez wielu autorów, między innymi u nas przez Dłuskiego, Szczepańskiego, Kopcza, jak również w moich paru pracach o gruźlicy w wieku dojrzwania.

Ciekawe natomiast jest, że, jeśli chodzi o stan odżywiania, wszystkie trzy grupy nie wykazują większych różnic. A więc w grupie otyłych na 514 chorych mamy 182 mężczyzn (35.4 proc.) i 332 kobiety (64.6 proc.); w grupie normalnie odżywianych 39.4 proc. mężczyzn i 60.6 proc. kobiet, wreszcie w grupie chudych 36.8 proc. mężczyzn i 62.2 proc. kobiet. Co najwyżej tedy możemy stwierdzić bardzo nieznaczną przewagę wśród otyłych kobiet gruźliczych w porównaniu do mniej dobrze odżywianych.

Liczby nasze bardzo zbliżone są do liczb Wassmunda, który podaje 67 proc. kobiet z gruźlicą otyłych, mówiąc jednak o „auffallende Bevorzugung des weiblichen Geschlechts”, nie porównywa on z różnicami płci u normalnie odżywionych lub wychudzonych. Nie spostrzegamy również jakiegoś specjalnego wpływu rasy, tak podkreślanego przez większość autorów, zwłaszcza co do częstości otyłości u żydówek.

Wśród naszych chorych na 182 mężczyzn było 8 rosjan, 16 żydów, 16 polaków z domieszką krwi niemieckiej, reszta zaś 142 rdzennych polaków. Również wśród kobiet na 332 było 6 rosjanek, 23 żydówki, 29 polek z niemieckich rodów, 3 francuski, reszta zaś 271 rdzennych polek. Jeśli tedy można byłoby mówić w tej dziedzinie o jakimkolwiek wpływie rasy, to raczej domieszka w przeszłości krwi germańskiej uspasabia do pewnego stopnia do cięższej budowy i tycia. Nie wyłącza to faktu, że wśród żydówek niegruźliczych tycie należy do częstych objawów.

Podług wieku dzielą się nasi chorzy w następujący sposób: poniżej 10 lat 6 osób (2 chłopców i 4

dziewczynki), od 10 do 15 l. 24 (6 + 18), od 16 do 20 l. — 57 (14 + 43), od 21 do 25 l. 81 (23 + 58), od 26 do 30 l. — 119 (34 + 85), od 31 do 35 l. — 94 (38 + 56), od 36 do 40 l. 51 (22 + 29), od 41 do 45 l. — 44 (27 + 17), od 46 do 50 l. — 27 (12 + 15), od 51 do 60 l. — 6 kobiet, od 61 do 70 l. — 4 (3 + 1), powyżej 70 l. 1 mężczyzna. Najmłodsza pacjentka miała 4 lata, najstarszy pacjent 74 lata.

W zestawieniu tem uderza przewaga (25.6%) kobiet w pełni rozwoju (26—30 lat) oraz pobliskich grup wieku: 21—25 l. i 31—35 l., natomiast wśród mężczyzn stosunkowa przewaga (20.9%) jest w wieku 31—35 l. oraz bliskiej grupy 26—30 l. Wiek tedy przekwitania u kobiet zdaje się nie odgrywać większej roli w tej dziedzinie.

Wassmund podaje przewagę wśród otyłych gruźliczych w wieku 30—40 l. (43.5%), potem 41—50 l. (26.9%), a na wiek 21—30 l. oblicza zaledwie 19.5% — gdy u nas odpowiednie grupy dają 28.2—13.8—38.9%.

Różnica większa pomiędzy mieszkańcami miast i wsi nie daje się zauważyć.

Podług stopnia otyłości materiał nasz dzieli się na 3 grupy — odpowiednio do poglądów Noordena: w grupie lekkiej otyłości mamy 133 = 26%, miernej otyłości 308 (60%), znacznej 73 (14%). W tej liczbie w I grupie mężczyzn mamy 56 (42%), a kobiet 77 (58%); w II-iej mężczyzn 97 (31.5%), kobiet 211 (68.5%) w III-iej zaś mężczyzn 29 (39%), kobiet 44 (60.3%). Przeważa tedy mierna otyłość (nadwyżka 30—50% ponad normy wagi Quetelet), i w tej właśnie grupie uderza przewaga kobiet (68%) w porównaniu z innymi grupami (58—60.3%).

Najważniejsze jest stwierdzenie, czy waga wpływa u otyłych na występowanie tego czy innego typu gruźlicy.

Zestawiliśmy tedy cały nasz materiał gruźlicy 6046 przypadków podług grup chorobowych. Gruźlicę przewlekłą płuc dzielimy zgodnie z klasyfikacją Sterlinga na *phthisis pulmonum incipiens, declarata i consumptiva*. Do pierwszej grupy włączamy odosobnione ogniska gruźlicze również poza szczytami, a więc ogniska podobojczykowe, wnękowe i w dolnych płatach płuc; wchodzi tu także nieliczne zresztą przypadki *tuberculosis abortiva*. Natomiast pomijamy zupełnie *tuberculosis obsoleta*: pacjentów takich, jako wyleczonych, nie włączamy do naszej statystyki, obejmującej — jak wspomnieliśmy — jedynie czynną gruźlicę.

Poza płucami osobną rubrykę dajemy dla nacieków gruźliczych około-oskrzelowych bez zajęcia tkanki około-gruźliczej (o ile można przypuszczać na mocy badania klinicznego i radioskopij), wreszcie oddzielnie podajemy przypadki, gdzie brak jest wyraźnych zmian w płucach, stwierdza się natomiast cierpienie opłucny w postaci wysiękowego lub suchego jej zapalenia o pochodzeniu — według wszelkiego prawdopodobieństwa — gruźliczem. Niewątpliwie znajdują się tu nieraz przypadki anatomiczne *cortico-pleuritis* bez wyraźniejszych objawów klinicznych ze strony tkanki płucnej; tembardziej jednak nie możemy nie uwzględnić grupy opłucnowej w statystyce gruźlicy czynnej.

Zestawienie podług grup chorobowych wykazuje, że z rozpoznaniem *phthisis pulm. incipiens* mieliśmy 2629 chorych, (w tem otyłych 214, normalnie odżywionych 1335, wychudzonych 1080), z *phthisis pulm. declarata* 923 chorych (117 otyłych, 282 norm.,

524 chudych), z *phthisis pulm. consumptiva* 197 chorych (40 otyłych, 24 norm., 133 chudych), z *adenopathia peribronchialis* 1910 chorych (101 otyłych, 1028 norm., 781 chudych); wreszcie z *pleuritis* 387 chorych (42 otyłych, 242 norm., 103 chudych).

Obliczając w odsetkach podział chorych z różnym odżywianiem według grup chorobowych, otrzymamy, co następuje: wśród otyłych *phthis. inc.* jest w 41.6%, *phth. declar.* 22.8%, *phth. consumpt.* 7.8%, *adenop.* 19.6%, *pleuritis* 8.2%. Wśród chorych z normalnym odżywianiem *phth. incip.* w 45.9%, *phth. declar.* tylko 9.7, *phth. consumpt.* zaledwo w 0.8%, natomiast *adenop.* 35.3% i *pleur.* 8.3%. Wreszcie wśród wychudzonych *phthisis inc.* znajdujemy w 41, 2% *phth. declarata* w 19.9%, *phth. consumpt.* w 5.1%, *adenop.* w 29.8% i *pleur.* w 4%.

Tak więc, gdy *phth. incip.*, może właśnie dla tego, że nie jest to grupa jednolita, daje prawie jednakowy odsetek u ludzi z różnym odżywianiem (z niewielką tylko przewagą normalnie odżywionych), to już w grupie *phth. declarata* uderza przewaga ludzi otyłych, a jeszcze więcej i — powiedziałbym — jeszcze znamiennej zaznacza się ta różnica w grupie *phthisis consumptiva*, w której — jak się okazuje — specjalną przewagę mają ludzie otyli (7.8%), potem drugi biegun — ludzie wychudzeni (5.1%), a gdzie ludzie, normalnie odżywiani, reprezentowani są znikomą (0.8%).

W grupach niepełnych stosunki są odmienne. Wśród chorych gruźliczych wybitną przewagę mają ludzie z normalnym odżywianiem, (35.3% wobec 19.6% u otyłych), wreszcie co do opłucny jednakowo prawie stoją grupy otyłych i normalnych (8.2—8.3), w przeciwieństwie do 4 proc. chudych.

Tak więc predylekcja pewnych typów konstytucyjnych do odmiany gruźlicy występuje tu bardzo jasnkawo.

Próbowaliśmy dalej ocenić, czy stopień otyłości wpływa na grupę chorobową. Zestawiając 3 stopnie otyłości podług Noordena w stosunku do grup gruźlicy, otrzymujemy następujące wyniki: w lekkiej otyłości na 133 chorych mamy 68 przypadków (51%) *phth. inc.*, 23 (17.5%) *phth. decl.*, 4 (3%) *phth. cons.*, 30 (22.5%) *adenop.*, 8 (6%) *pleuritis*; w średniej otyłości na 308 chorych mamy *phthisis inc.* 124 przypadki (40.2%), *phth. declar.* 73 (23.7%), *phth. cons.* 25 (8.1%), *aden.* 59 (19.1%), *pleurit.* 27 (8.9%); wreszcie w grupie wybitnej otyłości na 73 chorych znajdujemy 22 przypadki *phth. inc.*, (30.1%), również 22 (30.1%) *phth. decl.*, 11 (15%) *phth. cons.*, 11 (15%) *adenop.* i 7 (9.8%) *pleuritis*.

Tak więc i co do stopnia otyłości znajdujemy potwierdzenie powyższego przypuszczenia: im większe jest otłuszczenie, tem częściej towarzyszy mu *phthisis consumptiva*, t.j. „wyniszczające, wychudzające suchoty”, — paradoks, na który zwróciliśmy już uwagę w pierwszej części niniejszej pracy. I odwrotnie, im mniejsze jest otłuszczenie, tem częściej towarzyszy mu łagodniejsza postać gruźlicy.

Pragnąc wreszcie oświetlić rolę płci w gruźlicy otyłych podług grup chorobowych, otrzymujemy następujące zestawienie: na 182 mężczyzn mamy 74 z *phth. inc.*, 51 z *phth. decl.*, 19 z *phth. cons.*, 22 z *adenop.* i 16 z *pleur.*; na 332 zaś kobiet znajdujemy 140 z *phth. inc.*, 66 z *phth. decl.*, 21 z *phth. cons.*, 79 z *adenop.* i 26 z *pleurit.* — Rzuca się tu w oczy

stosunkowo duża liczba mężczyzn z *phthisis consumptiva*, w stosunku do innych grup chorobowych.

Z powyższych zestawień widzimy, że u ludzi otyłych mogą być wszystkie te odmiany gruźlicy, które spotyka się u osobników z normalnym lub upośledzonym odżywianiem.

Cechą jednakże właściwą gruźlicy otyłych jest brak lub daleko słabsze występowanie objawów ogólnych, towarzyszących suchotom płuc pospolitym.

Brak wychudnięcia przoduje w obrazie i nadaje swoisty wygląd chorym tego rodzaju. Określenie „*beauté phthisique*” daje się zastosować do bardzo wielu przypadków tej odmiany gruźlicy. Zarówno mężczyźni, jak kobiety takie zewnętrznie są nieraz obrazem klasycznym zdrowia i urody: zwspaniała budowa, harmonijne kształty, doskonałe rozwinięta klatka piersiowa, czerstwy, świeży wygląd, żywe kolory na twarzy, jędrne policzki, pogodne spojrzenie — zwiść mogą najbardziej doświadczonego lekarza. Jest to jednakże to „robaczywe jabłko”, gnieźdzące w swem wnętrzu zalążek choroby, która wywołuje wcześniejsze dojrzewanie i tak piękne delikatne zabarwienie owocu, skazanego na zagładę.

I rzeczywiście trudno sobie wyobrazić bardziej rżącą sprzeczność między kwitnącym wyglądem takich chorych a zmianami rozległymi w ich płucach.

Ten obraz jednak, który nakreśliliśmy bynajmniej nie zawsze się spotyka u otyłych gruźliczych.

Badając większą ich liczbę, a nawet spostrzegając tych samych chorych przez dłuższy czas, widzimy, że jednak toksyczne objawy ogólne i u nich występują, jeśli nie stale, to od czasu do czasu.

Już sama waga, nadająca właściwe piętno tej odmianie gruźlicy, nie zawsze jest postępująca lub choćby stała. Rzadsze są przypadki, w których pomimo rozwoju choroby w samym miąższu płuc, waga wciąż narasta — aż do zgonu, który następuje z powodu jakiegoś powikłania choroby, najczęściej w postaci krwotoku płucnego.

Częściej jednak bywa, że waga również ulega pewnym wahaniom zależnie od skoków choroby zasadniczej.

Wahania te zazwyczaj nie są duże i łatwo udaje się je wyrównać.

Spadki wagi częstsze bywają w początkowych okresach suchot płucnych, natomiast w posuniętych waga trzyma się trwalej.

Wahania w wadze zależą również od tego, jakiego pochodzenia jest otyłość u badanego osobnika. Najczęściej bywa ona na tle konstytucjonalnem, wrodzonym i przejawia się zwykle około 18 roku życia, prawdopodobnie w związku z zaburzeniami w korelacji gruczołów dokrewnych, zwłaszcza narządów płciowych i tarczycy. Taka otyłość spotyka się przeważnie u osobników dziedzicznie w tym kierunku obciążonych i ulega ona z trudnością większym wahanom, jeśli nawet osobnik dany zapadnie na gruźlicę.

Inaczej bywa z wagą zależną od przekarmiania. Takie nabytki wagi nieraz nawet bardzo wielkie (spostregalem osobiście przypadki, w których w ciągu kilku miesięcy przybywało chorym po 20—40 kg.) — nie są stałe i łatwo ulegają spadkom często bardzo gwałtownym, gdy pacjent wraca z sanatorium do normalnego, bardziej ruchliwego życia.

Druga cecha zewnętrzna, nadająca otyłym gruźliczym pozory zdrowia, mianowicie świeży wygląd, również nie jest stałą. U wielu swych pacjentów wi-

dywaliśmy wygląd bladawy i charakterystycznie zmęczony. Jest to objaw jednak zmienny w obu kierunkach.

Z innych objawów ogólnych, właściwych pospolitem suchotom płucnym, inaczej niż zwykle zachowuje się również typ ciepłoty.

Gruźlica otyłych przebiega zazwyczaj bez gorączki. Lekkie podniesienie ciepłoty widywaliśmy, choć bynajmniej nie zawsze, u otyłych, którzy zapadali na gruczolę, opłucną lub początkowe zmiany w płucach. Natomiast typowa gruźlica otyłych, z rozległymi zmianami w płucach, nie daje zwykle odczynu gorączkowego i latami całymi przebiegać może przy prawidłowej ciepłocie.

Bardzo rzadko również zdarzają się poty, tak częste u suchotników wycieńczonych. Poty te bywają czasami w postaci zwykłej u osobników otyłych, t. j. po zmęczeniu fizycznym, lecz nie mają charakteru potów nocnych lub rannych.

Zaburzenia trawienne w gruźlicy otyłych są Niemniej rzadkie. Łaknienie nie tylko nie jest osłabione, lecz przeciwnie wzmożone; czynnościowych zaburzeń żołądkowych brak. Zdarza się natomiast skłonność do zaparcia stolca, zwykła u osobników tłustych.

Badanie krwi nie wykazuje zwykle wyraźniejszych zmian.

Zachowanie się tętna zależy raczej od stanu mięśnia sercowego, niż zaburzeń toksycznych. Często tedy spotykaliśmy łatwe męczenie się i przyśpieszenie tętna, lecz jedynie po ruchach i w granicach niewielkich, przeciętnie do 100 na minutę.

Ze strony narządów moczopłciowych zdarzają się pewne zaburzenia czynnościowe, właściwe wogóle otyłości, mianowicie, zmniejszenie popędu płciowego u mężczyzn, nieprawidłowości w miesiączkowaniu u kobiet. Znamioną jest cechą częstą bezpłodność, którą spotykaliśmy przeszło u połowy mężatek, cierpiących na gruźlicę obok otyłości. Fakt ten, znany zresztą oddawna w świecie nie tylko ludzkim, lecz i zwierzęcym, świadczy o niedomodze jajników u otyłych kobiet.

Również bardzo rzadko spotykaliśmy u swych chorych powiększenie tarczycy. Objaw ten tak częsty w gruźlicy, któremu słusznie poświęcili dużo uwagi autorzy polscy z Białokurem i W. Janowskim na czele, prawie zupełnie znika w gruźlicy otyłych. Na 514 przypadków naszych zaledwo w 6-u mogliśmy stwierdzić pewne powiększenie tarczycy, bez objawów jej nadczynności. Wszystkie te przypadki tyczyły się kobiet młodych, z których 5 miało tylko sprawę gruczolową, a zaledwo jedna była z rozpoznaniem *phthisis pulmon. declarata fibrosa*.

Przechodząc do objawów czynnościowych w gruźlicy otyłych, i tu spostrzegamy zmniejszenie częstości wielu z tych tak częstych skarg zwykłych suchotników.

Kaszel u naszych chorych bywał przeważnie niewielki, odpluwanie skąpe, pomimo licznych rżężeń w płucach. W plwocinie rzadko udawało się wykryć prątki Kocha lub włókna sprężyste. Znajdowane prątki w typie swym i budowie nie wykazywały jakichkolwiek wybitniejszych odchyleń.

Duszność występowała często, zwłaszcza po zmęczeniu fizycznym, zależała jednak raczej od wyczerpania mięśnia sercowego w związku z otyłością.

Inny natomiast objaw czynnościowy spotykamy bardzo często w gruźlicy otyłych, mianowicie krwio-

plucie. Wszyscy autorzy, którzy pisali o tej odmianie gruźlicy, podkreślają ten fakt. Pisz o tem Lemoine, Martin spostrzegali krwioplucia powtarzające się u wszystkich owych chorych z wyjątkiem jednego. Catrin stracił 7 chorych na gruźlicę otyłych z powodu śmiertelnego krwotoku płucnego. Wassmund u 5-u swych chorych (10%) miał krwioplucia; Kuthy na 6 podawanych przez siebie przypadków w jednym wspomina o krwiopluciu.

Myśmy o swych 514 chorych spotykali krwioplucie w 122 przypadkach, co wynosi 23 7%. Kwioplucie często się powtarzało, bywały też czasami silne krwotoki, które jednak ani razu nie zakończyły się katastrofą.

Przechodząc do miejscowych objawów, zaznaczyć trzeba, że odmienne cechy mają głównie te przypadki, w których rozpoznajemy *phthisis pulmonum declarata* lub *consumptiva*, co zaś do *phthisis incipiens*, stosunkowo często i prędko przechodzi ona we *phthisis declarata*.

Wszyscy autorzy podkreślają częstość zmian rozpadowych w gruźlicy otyłych: jamy są jednym z najgłówniejszych objawów miejscowych (Lemoine, Martin, Catrin). Wassmund w 26% znalazł zmiany rozpadowe; naogół jednak nie miał on w swych spostrzeżeniach żadnej przewagi w charakterze zmian płucnych: w 37% były sprawy przeważnie wytwórcze, w 31,5 z przewagą charakteru wysiękowego, w 31,5% mieszane.

W naszych przypadkach *phthisis pulmonum declarata* była u 117 chorych, *phthisis consumptiva* u 40-u. U ogromnej większości tych chorych zmiany serowate były wybitnie zaznaczone i przeważnie doprowadziły do powstania jam, w przebiegu jednak choroby stale występowały również sprawy wytwórcze, większość tedy przypadków charakteryzowaliśny, jako *phthisis fibroso-caseosa*.

Dla ilustracji obrazu gruźlicy otyłych przytaczamy kilka przypadków.

Przypadek 6-y. Pan M. L. 43 l. Przed 22 laty miał stwierdzoną gruźlicę, prątkował; potem przechodził suche zapalenie opłucny lewostr., w parę lat później wysiękowe. Kaszle, odpluwa niewiele; w płwocinie są prątki Kocha 5-10 w polu widzenia, nieliczne włókna sprężyste. T⁰ prawidłowa. Budowa, odżywianie i wygląd b. dobre. Waży 89 kg. przy wzroście średnim, nie traci. Płuca klinicznie: *Phthisis fibroso-caseosa chr. stationaris pulmonis utriusque totius, cavum in apice d., adbaesiones pleuriticae*. Röntgen: rozległe marmurkowane zacienienie obu pól płucnych; intensywne zacienienie całej okolicy podob. prawej, idące od cienia wnęki; jama wielkości dużego kasztana pod praw. ob.; rozległe zrosty u podstawy obu płuc.

Przypadek 7-y. Pan H. K. 42 l. Przed 17 l. prawostronne zapalenie płuc; przed rokiem po przeziębieniu kaszel, w płwocinie wykryto prątki Kocha; t⁰ obecnie do 37,4; kaszle mało, odpluwa, czasem domieszka krwi w płwocinie Budowa silna, odżywianie b. dobre, waży 97 kg. przy wzroście średnim, wygląd zdrowy. Płuca klinicznie: *phthisis consumptiva fibroso caseosa pulmonis utriusque, praecipue dextri*. Röntgen: intensywne zacienienie całego pola płucnego prawego głównie w górnych dwóch trzecich, z licznymi ogniskami rozpadowymi; rozległe szerokie smugi cieniowe w okolicy prawej wnęki; zacienienie lewego szczytu z licznymi ogniskami zagęszczenia.

Przypadek 8-y. Pan S. O. 21 l. Zawsze słabowity, często się zaziębia. Na płuca chory od 2 lat. Kaszle dużo, odpluwa miernie; częste niewielkie krwioplucia; t⁰ do 37,2. Budowa, odżywianie i wygląd doskonałe. Waży 110 kg. przy wzroście

ok. 175 c., tyje. Płuca: *phthisis declarata-fibroso caseosa pulmon. utr. regrediens*.

Przypadek 9-y. Pan M. K. 31 l. Od 3 miesięcy chory na gruźlicę krtani. Nie kaszle, nie odpluwa. T⁰ do 37,1. Przed 2 miesiącami w płwocinie 20-30 prątków Kocha w polu widzenia Budowa atletyczna, odżywianie b. dobre, Waga 103 kg., wzrasta, wygląd zdrowy, opalony. Płuca: *phthisis declar. fibrosa regrediens pulm. dextri*. Po 6 tygodniach waga 110 kg. Röntgen: zacienienie prawego pola płucnego w górnej części; w III mię lżyżebzu z prawej strony większe zagęszczenie.

Przypadek 10-y. Pan S. L. 42 l. W 25 roku życia krwioplucia, potem *pleuritis sicca sin.* Od 17 lat niezły oskrzeli parę razy do roku, przeważnie bez gorączki; obecnie od 2 mies. *bronchitis* bez podniesienia t⁰, kaszle miernie, odpluwa dużo. Budowa kolosalna, odżywianie b. dobre, waży 104 kg. przy wzroście ok. 185 c., wygląd zdrowy. Nie chudnie. Płuca: *tbc abortiva d. Pleuritis sicca s. Bronchitis chr.*

Przypadek 11-y. Panna K. Z. 19 l. Na płuca chora od 2½ l. T⁰ 37,5. Lekki kaszel, parę razy krwioplucia. Przed 1½ rokiem *pleuritis exs. s.*; od 6 mies. gruźlica kości stopy. Budowa dobra, odżywianie i wygląd b. dobre. Waży 82 kg. przy wzroście wyżej średniego, na wadze w sanatorium przybyło 21 kg. Płuca: *phthisis declarata fibroso--caseosa station. pulm. d.* W 2½ roku potem *mors*.

Przebieg gruźlicy otyłych jest dość charakterystyczny.

Lemoine podkreśla, że obserwacja takich chorych wykazuje, iż zmiany w płucach postępują u nich powoli, lecz pomimo posuwania się choroby wygląd pozostaje doskonały.

Catrin wprost pisze, że „la durée de l'évolution de ces tuberculoses est pourainsi dire illimitée”, a dalej, „tous les tuberculoses gras n'arrivent pas au terme final de leur existence après la destruction presque complète de leur parenchyme pulmonaire” i dalej przytacza śmiertelne przypadki u takich chorych z powodu krwotoków.

Wassmund mówi, że wyraźnie postępujący przebieg znalazł on w 9 przypadkach. Nieograniczone jednak posuwanie się sprawy było rzadkie, i nawet w ciężkich przypadkach rzucał się w oczy przebieg przewlekły.

Powikłania w przebiegu gruźlicy otyłych spostrzegano w pojedynczych przypadkach ze strony jelit, krtani, gruczołów, wyjątkowo ze strony opon mózgowych (Catrin).

W naszych przypadkach przebieg był wyjątkowo powolny i przewlekły, ale jednak o charakterze raczej postępującym. Powikłań cięższych nie spostrzegaliśmy prócz paru przypadków gruźlicy krtani i jelit.

Przytaczamy kilka przykładów pomyślnego przebiegu oraz parę niepomyślnych.

Przypadek 12-y. Pan J. S. 35 l. Przed 10 l. kilka miesięcy gorączkował. Przed 2 laty krwioplucie. Częste zaziębnienia, kaszel. Od 10 miesięcy ciągle zakatarzony Budowa atletyczna, odżywianie doskonałe, wygląd b. dobry. Waży 95 kg. Płuca: *tbc. abortiva apic. d., bronchitis chr.* W przebiegu powtórzenie krwotoków płucnych przy bardzo nieznacznych zmianach płucnych. T⁰ prawidłowa. Na wadze przybywa. Pracuje intensywnie. Czuje się zupełnie dobrze. W obserwacji 5 lat.

Przypadek 13-y. Pan Z. B. 27 l. Przed 12 i 9 laty zapalenie płuc i opłucny prawostr. Przed 8 mies. krwioplucie. T⁰ do 37,4; krwioplucie powtarza się często. Budowa, odżywianie i wygląd b. dobre. Waży 81 kg. przy wzroście średnim. Płuca: *Phthisis declarata caseosa progrediens pulmon. utr.* Wysłany do Davos, gdzie był rok. Odma sztuczna lewostronna

trwała 1½ roku; *pleuritis exsud.* po odmie. Po powrocie skończył wyższy zakład naukowy, pracuje zawodowo. Czuje się dobrze. Krwotoki płucne powtarzają się. Pacjent rozrósł się, zmęźniał, waży 83,5. Płuca: *Tbc. declarata fibroso-caseosa pulm. sin. stationaris.* Obserwacja trwa 6 lat.

Przypadek 14-y. Pan I. K. 63 l. Od 6 mies. krwioplucia kilka razy, przedtem uważał siebie za zdrowego. T^o prawidłowa. Budowa silna, odżywianie dobre, waży 80 kg. przy wzroście ok. 275 c., nie chudnie, wygląd nieco anemiczny. Płuca: *Phtisis consumptiva caseoso-fibrosa pulm. utr.* W płwocinie liczne prątki Kocha. Röntgen: zacinienie intensywne w lewym płucu na całej przestrzeni o charakterze gruboplamisto-smugowatym; z prawej strony ten sam obraz w mniejszym stopniu. Po 4 tyg. dniach waży 93,2 kg., wygląd daleko lepszy; w płwocinie domieszka krwi, rzeń w płucach daleko mniej. Leczenie domowe. Obserwacja 8 mies.

Przypadek 15-y. Pan S. G. 47 l. Od 20 lat chory na płuca, miewa częste zaostrzenia. Nie gorączkuje. Budowa atletyczna, odżywianie b. dobre, wygląd zrowy. Waga przed 6 mies. 105 kg. przy wzroście 183 c., teraz 95 kg. Płuca: *Phtisis declarata fibroso-caseosa stationaris pulmon utr.* Röntgen: jama pod lewym ob., bardzo rozległe zmiany wytwórcze w obu płucach, liczne zrosty. Pacjent nie gorączkuje. Czuje się dobrze, pracuje zawodowo. Waga ok. 100 kg.

Przypadek 16-y. Panna A. I. 19 l. Od roku sprawa gruźlowa; po odrze ostra gruźlica lewego płuc, idąca od wneki; szybko postępująca sprawa z rozpadem. Odma sztuczna lewostronna, przerywana po kilku miesiącach z powodu zrostów po wysięku. Leczenie sanatoryjne 8 mies. Na wadze przybyło 20 kg. Obecnie budowa, odżywianie i wygląd b. dobre, waga 71 kg., T^o prawidłowa. Nie kaszle, nie odpluwa. Po kilku miesiącach zaostrzenie. W płwocinie liczne prątki Kocha. Ponowne leczenie sanatoryjne. Po 6 tygodniach znaczna poprawa. Waga 74 kg., wygląd doskonały. Po kilku miesiącach nowe ognisko na dole prawego płuca; wyraźne pogorszenie stanu ogólnego; to do 39,0, waga spadła o 6 kg. Leczenie klimatyczne na południu. Waga znów podnosi się o kilka kg.; wahania po każdym skoku choroby. Śmierć po 3 latach od początku choroby przy zachowaniu dobrej wagi.

Przypadek 17-y. Pan S. B. 27 l. Przed rokiem lewostr. zapal. oplucny; w 3 mies. potem stwierdzono zajęcie szczytów. Leczył się sanatoryjnie kilka miesięcy. Budowa kolosalna, waży 96,5 kg. (przybyło 12 kg. od początku choroby), wygląd zdrowy. Płuca: *phtisis declarata caseoso-fibrosa progressiva pulm. s.* Skoki choroby co kilka miesięcy, waga spada wtedy do 80 kg., potem szybko narasta. To podgorączkowa od czasu do czasu. Powikłania jelitowe. Mors w 7 lat od początku choroby.

Z powyższych przykładów widoczne jest i rokowanie. Pacjenci otyli z daleko posuniętą gruźlicą żyć mogą dziesiątki lat i pracować zawodowo; nieraz czują się oni dobrze całymi latami, nigdy jednak bodaj nie dochodzą do zupełnego zdrowia i zawsze mają nad sobą groźbę niebezpiecznego skoku choroby, lub powikłania groźnego. Zejście nastąpić może nagle, z powodu krwotoku płucnego, do czego chorzy tej kategorii mają specjalne usposobienie, — lub też, co bywa częściej, stopniowo postępuje zniszczenie tkanki płucnej i jeśli nie nastąpi śmiertelne powikłanie natury gruźliczej, występują objawy niedomogi serca i zgon. Dobra waga może przytem być zachowana prawie że do ostatnich dni życia, gdyż charakter — tak zwykłe w pospolitych suchotach płucnych — tu rzadko występuje.

Leczenie gruźlicy otyłych musi iść w dwóch kierunkach — gruźlicy i otyłości.

Wskazania do leczenia odchudzającego występu-

ją wtedy, gdy nadmierna waga utrudnia działalność serca lub innych narządów wewnętrznych. I wtedy jednak leczenie to musi być bardzo ostrożne. Za absolutne wskazanie do kuracji odłuszczej uważają autorzy wagę powyżej 100 kg., a za względne wskazanie przekroczenie wagi normalnej o 10—20 kg. Obniżanie jednak wagi powinno być bardzo ostrożnie i według Porgesa nie może przekraczać 2 kg. miesięcznie. Wszelkie forsowniejsze ćwiczenia fizyczne w celu odchudzenia uważa się przytem za bezwzględnie przeciwwskazane.

Leczenie musi być przede wszystkim zapobiegawcze, t. j. djeta musi być tak uregulowana, żeby nie dopuszczać do nadmiernego tuczenia.

Szereg autorów, u nas ostatnio Lewin, wypowiada się przeciwko zbyt forsownemu przekarmianiu chorych gruźliczych.

Tendencja w obecnej medycynie do przypisywania dziecie w gruźlicy bezpośrednio leczniczego znaczenia (Gerson, Sauerbruch, Herrmannsdorfer) zgadza się ze spostrzeżeniami lekarzy sanatoryjnych. Ograniczenie węglowodanów, zmniejszenie pokarmów białkowych na korzyść tłuszczów i djety roślinnej, — niezależnie od ograniczenia soli, — wpłynie dodatnio również na zmniejszenie sztucznego tuczenia.

W leczeniu jednak gruźlicy otyłych przede wszystkim pamiętać powinniśmy o płucach.

Wszelkie zaostrzenie sprawy gruźliczej, wystąpienie gorączki zwłaszcza, wymaga zdaniem wszystkich autorów bezwzględnego spokoju i leżenia aż do minięcia skoku choroby. Przeciwnie w razie dłuższego braku gorączki konieczne są odpowiednio uregulowane spacery, a nawet stopniowana praca fizyczna.

W przypadkach konstytucjonalnego otłuszczenia, zwłaszcza o podłożu dziedzicznym, bardzo trudne jest unormowanie odpowiedniej wagi bez szkody dla leczenia gruźlicy, — w przypadkach otłuszczenia, zależnego od przekarmiania, sprawa jest daleko łatwiejsza, najważniejsze jednak zadanie lekarza nie dopuścić do granicy pewnej, po której następuje nie dające się nieraz powstrzymać wychudnięcie.

Zwłaszcza ostrożnym trzeba być w gruźlicy otyłych ze stosowaniem preparatów tarczycy. Leczenie takie może być zastosowane dopiero po wypróbowaniu wszelkich innych sposobów dietetycznych i fizycznych.

Wreszcie co do leczenia samej gruźlicy otyłych metodami chirurgicznymi, utrzymują się tu wszelkie wskazania ogólne do stosowania ich w gruźlicy płucnej. Odma sztuczna, wyrwanie nerwu przeponowego, torakoplastyka w odpowiednich przypadkach znajdzie miejsce dla siebie i w tej odmianie gruźlicy z równie dobrym skutkiem, jeśli wskazania były ściśle przemysłane.

Przytaczam parę przykładów i z tej dziedziny

Przypadek 18-y. Pani F. S. 27 l. Przed 3 l. prawostronne zapalenie płuc w górnym płacie, odtąd choruje na płuca. Krwotoki płucne kilkakrotnie. Leczyła się w Tyrolu, na Rivierze bez większego skutku. T^o do 37,6. Kaszle i odpluwa miernie. W płwocinie są prątki Kocha. Budowa, odżywianie i wygląd dobre. Waga 70 kg. przy średnim wzroście. Płuca klinicznie: *Phtisis declarata fibroso-caseosa progressiva pulmonis d.* Röntgen: w górnym płacie prawego płuca zupełne zacinienie, w dolnej części jego mała jama. W przebiegu częste zaostrzenia w prawym płucu, lecz waga wzrasta (76 kg.). Pomimo leczenia w różnych miejscowościach klimatycznych stan prawego płuca nie ulegał popra-

wie. Wystąpiły częste zaostżenia z t^0 do 39.0. Waga waha się pomiędzy 73 a 75 kg. Röntgen ponowny stwierdził ostro odgraniczone jednolite zacinienie w okolicy górnego płatu prawego płuca, pod ob.—jama (?) wielkości włoskiego orzecha; w okolicy środkowego płatu rozrzucone drobne ogniska, dolne brzegi nieruchome, kął przeponowo-żebrowy z prawej strony zupełnie się nie wyjaśnia. W dalszym przebiegu znowu wystąpiły krwioplucia, gorączka do 39.4. Waga trzyma się w mierze 73 kg. Po roku obserwacji postanowiono wykonać torakoplastykę prawostronną. Operował prof. Sauerbruch. W wyniku chora przestała gorączkować, kaszel i odpluwanie b. małe. Samopoczucie b. dobre. Waga wróciła do 75 kg.

Przypadek 19-y. Panna D. G. 14 l. Odra przed 6 mies. Od 4 mies. wysoka t^0 przez kilka dni, potem stany podgorączkowe. W płwocinie znaleziono duże ilości prątków Kocha. Płuca klinicznie: ognisko rozpadowe w okolicy prawej wnękl. Röntgen: przywłkowe duże zmiany prawostronne z jamą wielkości jaja kurzego. Chora budowy b. tęgiej, odżywianie b. dobre, wygląd zmęczony. Waga 80 kg. Założono odnę prawostronną. T^0 obniżyła się. Samopoczucie zupełnie dobre. Waga trzyma się. Odma uciska dobrze.

Wreszcie w odpowiednich przypadkach gruźlicy otyłych może być również zastosowana chemoterapia.

Przypadek 20-y. Pan T. K. 23 l. Odra 2 razy w 10 i 11 r. Skłonność do zaziębień, po których bywają stany podgorączkowe po kilka tygodni. Przed 10 mies. krwioplucie, przed 5 mies. powtórzyło się. Przed 3 mies. t^0 do 39.5 przez 2 tygodnie, odtąd stany podgorączkowe. Kaszle, odpluwa, w płwocinie są prątki Kocha. Budowa, odzyw. i wygląd dobre. Waży 69.4 kg. Płuca klinicznie: ostra gruźlica lewego płuca. Röntgen: rozlana sprawa wysiękowa w lewym płucu. Wysłany do Sanatorium Vejlefjord w Danji, gdzie był 8 miesięcy. Przeszedł 2 serje leczenia sanokryzyną (w sumie otrzymał 11 gramów). Po pierwszej serji stracił 8 kg., które potem odzyskał. Po powrocie waga 68 kg. T^0 prawidłowa. Nie kaszle. Röntgen nie wykazuje obecnie żadnych zmian w płucach. W lewym szczycie oddech zaostżony, wydech wydłużony. Brak innych zmian. Odtąd pacjent czuje się zupełnie dobrze, nie kaszle, nie gorączkuje. Wybitnie tyje. Ma obecnie 82 kg. Obserwacja trwa 4 lata.

Patogeneza gruźlicy otyłych nie jest jeszcze wyjaśniona. Francuska szkoła starała się przeprowadzić analogię pomiędzy gruźlicą otyłych a gruźlicą u artretyków i zołzowatych. Niewątpliwie podłoże u osobników otyłych odegrywa ważną rolę; wiemy że „tkanka tłuszczowa pełni czynną rolę i zależy od czynników wewnątrz-wydzielniczych i nerwowych” (Perrin i Mathieu). Wszystkie te czynniki stwarzają podłoże, na którym słabiej się rozwijają zarazki gruźlicze i mniej toksyn wydzielają. Osłabiona złośliwość szczepów gruźliczych zgodnie z doświadczeniami Maragliano sprzyja odkładaniu tłuszczu.

Faktem jest, że w gruźlicy otyłych zmniejszone są wybitnie objawy toksyczne, górujące winnych postaciach gruźlicy. Tem się tłumaczy daleko lepsze samopoczucie chorych pomimo wybitnego zniszczenia tkanki płucnej.

Jednocześnie jednak stwarza się fikcję zdrowia, mającą ujemny wpływ w znaczeniu społecznym. Porównanie zdrowi, mogą tacy w gruncie rzeczy ciężko chorzy na gruźlicę — szerzyć bezkarnie zarazę około siebie.

Zachodzi też pytanie, czy chorzy tacy mogą wykazać odpowiednią sprawność fizyczną, czy dobry

wygląd ich oraz doskonale odżywianie pozwolą im wykazać więcej energii życiowej.

Powstaje kwestja, czy chorzy na gruźlicę otyłych mogą być łagodniej traktowani przy przyjmowaniu do wojska, niż inni chorzy gruźlicy. Przepisy sanitarne wojskowe, żądające dla ustalenia gruźlicy, zwalniającej od służby wojskowej, prócz badania fizykalnego, również rozbioru płwociny i stwierdzenia w niej prątków Kocha oraz zbadania płuc promieniami rentgenowskimi, dają gwarancję, że chorzy tacy nie wejdą do wojska, jako szeregowi.

Jeżeli jednak chodzi o oficerów, będących już na służbie czynnej, gruźlica otyłych nie powinna być dla nich przeszkodą do dalszego pełnienia służby.

Pamiętajmy, że dwaj wielcy wodzowie, Napoleon i Król Jan Sobieski, obaj mieli typową gruźlicę otyłych, która nie przeszkadzała im znosić latami trudy wojenne, walczyć i — zwyciężać.

PIŚMIENNICTWO.

1. Achard Ch.—O losach chorych z wysiękami opłucń. Par. Med. 1928 N. 43 (cyt. W. Cz. Lek. 1929 N. 44).
2. Adelfang H. — O tak zwanych nacieczeniach wczesnych i ich znaczeniu w rozwoju suchot płucnych u dorosłych. W. Cz. Lek. 1930 N. 4—5.
3. Assmann H. — Beitzke H. — Braeuning H. — Engel St. — Ergebnisse der gesamten Tuberkulose-Forschung Leipzig 1930 B. 1 s. 15.
4. Bandelier u. Roepke — Die Klinik der Tuberkulose. Würzburg 1914 s. 146, 245, 246.
5. Barbier H. — Tuberculose infantile. Paris 1928 s. 225.
6. Bazin P. A. — Leçons théoriques et cliniques sur la scrofule. Paris 1858 (cyt. Lemoine).
7. Bernard L. — La tuberculose pulmonaire. Paris 1925 s. 127.
8. Biegański W. — Wykłady o chorobach zakaźnych ostrych. T. II. 1901 s. 200.
9. Bouchard — Maladies par ralentissement de la nutrition 1890.
10. Brown — A study of weights and pulmonary tuberculosis. Amer. Med. 1903.
11. Brugsch Th. u. Schittenhelm A. — Lehrbuch klinischer Diagnostik u. Untersuchungs-metodik. Berlin 1923.
12. Burnand R. — La guérison de la tuberculose pulmonaire. Paris 1923 s. 70.
13. Catrin. Les tuberculeux gras. — Congr. internat. de la Tuberc. tenu à Paris 1905 T. I s. 520 Paris 1906.
14. Cornet G. — Die Tuberculose. Wien 1899.
15. Daremberg G. — Les différentes formes cliniques et sociales de la tuberculose pulmonaire. Paris 1905 (cyt. Kuthy).
16. Darmezine. Des variations de poids dans la tuberculose pulmonaire chronique. Thèse de Lyon (cyt. Neumann).
17. Dąbrowski K. — Symptomatologia gruźlicy płuc. — „Gruźlica i jej zwalczanie“ Warszawa 1927 s. 187.
18. Debove. Pathogénie et traitement de l'obésité. — La Semaine méd. 1901 s. 81.
19. Desmaroux — De la longévité dans la phtisie pulmonaire. Thèse de Paris 1878.
20. Dłuski K. — Przyczynek do nauki o odmie sztucznej. W. Cz. Lek. — 1926 N. 4 s. 167.
21. Dłuski K. — Rokowanie w gruźlicy płuc. „Gruźlica i jej zwalczanie“ 1927 s. 287 — 288.
22. Dłuski K. — Uwagi o cieplocie podgorączkowej. W. Cz. Lek. 1927 N. 9 — 10.
23. Dłuski K. — O jamach jawnych w płucach gruźliczych. W. Cz. Lek. 1929 N. 1—4.
24. Dłuski K. i Rudzki St. — VI sprawozdanie z działalności Sanatorium dla chorych piersiowych w Zakopanem. Kraków 1910.
25. VII. sprawozdanie Kr. 1911
26. VIII. sprawozdanie Kr. 1912.
27. IX. sprawozdanie Kr. 1913.
28. Dąbrowski S. — O roli układu nerwowego w zjawiskach odporności. Med. Warsz. 1930eN. 8.
29. Dobrowolski L. A. — P. Gaz. Lek. 1927 Nr. 44-45.
30. Eichhorst — Handbuch der spez. Pathologie u. Therapie 1887 (cyt. Kuthy).
31. Engel St. O patologii i rentgenologii gruźliczokół gruźliczych okołoskrzelowych. Med. Kl. 1929 Nr. 27 (cyt. W. Cz. L. 1929 Nr. 33).
32. Ferrand — Leçons cliniques

sur les formes et le traitement de la phtisie pulmonaire. Paris 1880 (cyt. Lemoine). 33. Fischer C. Zeitschr. f. Tuberkulose, Bd. XVI H. 4-1919 (cyt. Kuthy). 34. Gebser — Arbeiten der VII Versammlung der Tuberkulose-Aerzte — Karlsruhe 1919 (cyt. Kuthy). 35. Gerson — M. m. W. 1926 Nr. 51, Fortschr. Med. I. 1924. 36. Gaertner — Diätetische Entfettungskuren 1913. 37. Grancher et Hutinel — Art. Phtisie-Dictionnaire encycl. de Sciences médicales. 38. Hérard, Cornil et Hanot. La Phtisie pulmonaire. Paris 1888 (cyt. Lemoine). 39. Herrmannsdorfer — M. Kb. Woch. Nr. 32 s. 1189. 40. Helwelke O. — Usposobienie do gruźlicy. Prace Sekcji gruźl. IX Zjazdu przyr. i lek. polskich w Krakowie w r. 1900. Warsz. 1901 s. 23. 41. Ickert F. — Körpertyp u. Tuberkulose. Beitr. z. Kl. d. Tub. 1929 B. 72 H. 6 s. 774-783. 42. Jacket et Svenson — Recherches sur les échanges organiques dans l'obésité. Zeitschr. Klinische Medizin XLI 5-6 cyt. La Semaine méd. 1901 3.32 43. Kallós P. — Tuberkulose u. Konstitution Z. f. Konstut. lehre 15, 35-42 (1919). — Zentr. f. die ges. Tub. 1930 H.9-10 s. 656. 44. Koniecpolski J. — Kilka uwag w sprawie chorób zakaźnych wśród żydów i chrześcijan (W. Cz. Lek. 1929 s. 13). 44. Kraus K. u. Brugsch Th. — Spezielle Pathologie u. Therapie innerer Krankheiten I. B. 1919 Fettsucht v. prof. Brugsch s. 297-399. 46. Kramsztyk S. — Współczesny stan organo-terapii (W. Cz. Lek. 1929 Nr. 23 s. 870-771). 47. Kuthy O. u. Wolff-Eisner A. — Die Prognose Stellung bei der Lungentuberkulose. Berlin-Wien 1914 s. 146, 192. 48. Kwiatkowski — Przegl. Lek. 1900 Nr. 1. 49. Laennéc-Traité de l'auscultation médicale. Paris 1819 (cyt. Lemoine). 50. Lemoine G. Les phtisiques gras — La Sem. méd. 1900. 51. Letulle et Halbron — La Tuberculose pulmonaire — Nouveau Traité de Médecine Roger Widai-Teissier. Fasc. XII Paris 1923 s. 102, 258. 52. Lewin G. — Leczenie dietetyczno-higieniczne gruźlicy płuc. W. Cz. L. 1927 Nr. 1-2. 53. Lewin G. — Rola czynnika rasowego w większej odporności żydów względem gruźlicy. W. Cz. Lek. 1928 Nr. 41-42. 54. Lewin G. — Znaczenie stosowania odmy sztucznej w walce z gruźlicą. W. Cz. Lek. 1030 Nr. 1-2-3. 55. Łuczkiwicz H. Wykład popularny o chorobie skrofulicznej. Warsz. 1886. 56. Martin C. F. — Les phtisiques gras. Thèse de Lille. 1899. (cyt. Lemoine). 57. Mering J. — Podręcznik chorób wewn. Warsz. 1927. 58. Moeller A. — Lehrbuch der Lungentuberkulose. Wiesb. 1910 (cyt. Kuthy). 59. Muisset—Dangers de la suralimentation chez les tuberculeux. Lyon Méd. 1905 N. 44 (cyt. Lewin). 60. Müller F. — Tuberkulose u. Konstitution Münch. in. Woch. 69 N. 11 (cyt. Schenck.). 61. Neumann W. — Die Klinik der beginnenden Tuberkulose Erwachsener. Wien 1923 — 1928 I. B. s. 19 II. B. s. 126. 62. Neumann W. — Tuberkulose u. Konstitution Wien. kl. Woch. 1630 N. 2 s. 48. 63. Nicol K. u. Schröder G. — Die Lungentuberkulose und ihre diagnostische Irrtümer. Münch. 1927 s. 13—15. 64. Nobecourt P. — Clinique médicale des enfants. Paris 1924 s. 264 65 v. Noorden — Die Fettsucht 1910. 66. Oeder G. Das Körpergewicht des erwachsenen Menschen bei normalem Ernährungszustand und seine Berechnung. Zt. f. Versicherungsmediz. 1909 2 Jahrgang. 68. Oeder G. Breite u. Grenzen des „normalen“ Ernährungszustandes beim erwachsenen Menschen. Oeders Diäturanstalt März 1911. 69. Oeder G. Dicke u. Verteilung des Unterhautfettes. Kl. th. Woch. 1911 N. 46. 70. Orłowski W. Djagnostyka chorób wewnętrznych. Kraków 1926. 71. Orłowski W. — Choroby oskrzeli, płuc i opłucnej. Kraków 1927. 72. Osler W. The Principles and Practice of Medicine. New York 1918 s. 197—198. 73. Paterson M. The Shibboleths of Tuberculosis. London 1920. 74. Peiser J. Körperbau u. Tuberkulose beim Kinde. Monatsschr. f. Kinderheilk. Bd. 25 H. 1—6 s. 517—538 1923. 75. Peter—Leçons de clinique médicale Paris 1877 (cyt. Lemoine). 76. Perrin M. et Mathieu P. — Tkanka tłuszczowa i przemiana tłuszczów. Presse Med. 961 i 929 W. Cz. Lek. 1930 N. 20. 77. Pierry—La

tuberculose pulmonaire Paris 1910 (cyt. Bekmann). 78. Polański W. — Fizyczna charakterystyka osób dotkniętych gruźlicą. P. T. L. W. 1903 z. 79. Porges O. — Stoffwechselkrankheiten u. Phthise. Handb. der Tuberkulose von Brauer, Schröder u. Blumenfeld. III B. Leipzig 1923 (Fettsucht u. Tuberkulose s. 392—393). 80. Quinquaud E. De la scrofule dans les rapports avec la phtisie pulmonaire. Thèse d'agrégation 1883 (cyt. Lemoine). 81. Rist. E. La Tuberculose. Paris 1927. 82. Rudzki St. — Gruźlica w wieku dojrzewania. Pedj. Polska. (I Zjazd Pedj. Pol.). 83. Rudzki St. — Rozpoznanie gruźlicy w wieku dojrzewania „Gruźlica“ N. 6 Roczn. III. 84. Sarda G. A. Vires J. — Nouv. Montpellier. Méd. 1894 (cyt. Lemoine). 85. Sauerbruch — Med. Welt 1926 s. 33. 86. Sokołowski A. Wykłady kliniczne chorób dróg oddechowych Cz. III. Suchoty płucne. Warsz. 1906 s. 454—455. 87. Sokołowski A. Nowoczesne metody rozpoznawania i leczenia gruźlicy płucnej. Odcz. Klin. Nr. 210 W. 1909. 88. Sokołowski A. Nauka o suchotach płucnych W. 1921 s. 88. 89. Sokołowski O. Gruźlica. Kraków 1929. 90. Sterling S. Phthisis incipiens — declarata — consumptiva. Krak. 1914. 91. Sterling S. Eine neue Einteilung der chronischen Lungentuberkulose. XI. Internat. Tuberculose-Konferenz. Berlin 1913. 92. Sterling S. Postaci kliniczne suchot płucnych. Odcz. Klin. 229, 230, 231. 93. Sterling S. Suchoty płuc pospolite. 1921. s. 149. 94. Sterling S. Układ nerwów współczulnych a gruźlica. P. Arch. Med. Wewn. 1926 s. 3. 95. Sterling-Okunlewski S. Sprawa dziedziczności i odporności w gruźlicy. Budowa osobnicza. „Gruźlica i jej zwalczanie“ r. 1927. 96. Schenck Volkmar — Ueber die Bedeutung von Konstitution u. Kondition für die Entstehung der Lungentuberkulose. Beitr. z. Kl. d. Tub. B. 71 M. 1 s. 122—123. 97. Sterling S. Przebieg gruźlicy płuc i jej podział. „Gruźlica i jej zwalczanie“. W. 1927 s. 217—237. 98. Sterling S. Podstawy kliniczne klasyfikowania suchot płucnych. Lwów 1925. 99. Szmurło, Erbrich, Dębiński, Sokołowski, Grudziński, Dąbrowski. Metody badania narządu oddechowego. W. 1920. 100. Szokalski K. Wstęp do djagnostyki i semiotyki chorób wewnętrznych. W. 1929. 101. Świder Z. i Kon N. Badania nad grupami serologicznymi krwi u gruźlików. 1927 P. Arch. Med. z. 4. 102. Świder Z., Kon N. i Mancewiczówna L. Badania nad grupami serologicznymi krwi u gruźlików P. A. M. Wewn. 1928 z. 2. 103. Świder Z. O dietetycznym leczeniu gruźlicy. W. Cz. Lek. 1929 N. 48—49. 104. Tomor—Schweiz-Med. Woch. 1930 N. 8 (cyt. W. Cz. L. 1930 N. 18). 105. Vos—Le traitement des tuberculoses pulmonaires par le travail. Bull. de l. Un. Intern. contre la Tul. 1929 VII 106. Wassmund H. Ueber den Einfluss der Stoffwechselanomalien: Diabetes, Fettsucht, Gicht auf die Lungentuberkulose. Beitr. z. Klin. d. Tub. 1927 Bd. 67 H. 5—6 s. 558—562. 107. Winternitz H. Stoffwechselkrankheiten u. Phthise. Handbuch d. Tuberkulose v. Brauer, Schröder, Blumenfeld II. B. Leipz. 1914. 108. Zieliński E. O zboczeniach w budowie ciała suchotników G. L. 1900 N. 45. 109. Zuntz, Ewald. Les cures d'amaigrissement (Berl. Tow. Lek. 1901—La Sem. méd. 1901 s. 2131.)

Przyczynę do wzienikowania klatki piersiowej.

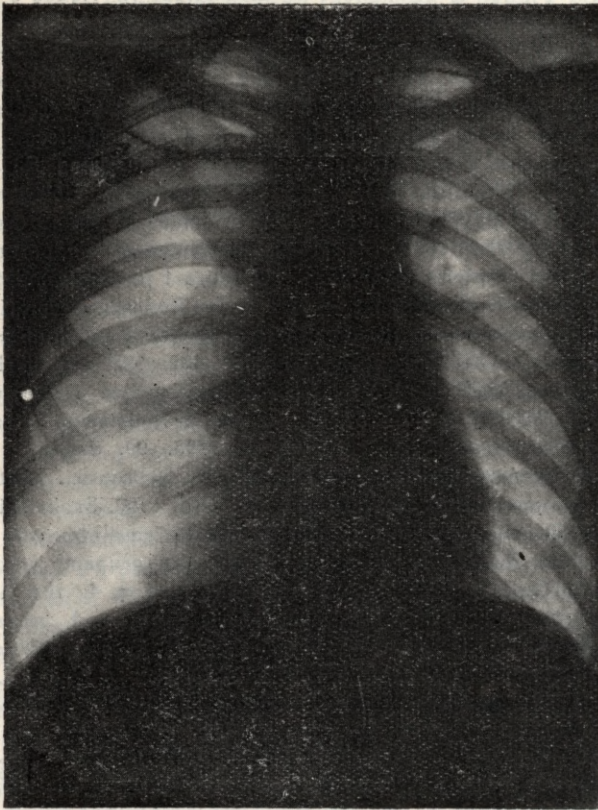
Podał

O. SOKOŁOWSKI (Zakopane).

Wzienikować klatkę piersiową należy, zdaniem znawców przedmiotu, w każdym przypadku, w którym istnieje choć cień możliwości poprawienia warunków mechanicznych odmy niekompletnej, a zwłaszcza odmy z nieuciśniętą jamą. W rzadkich tylko przypadkach można przy pomocy Röntgena ustalić ściśle wskazania do kaustyki. Zrost, wyglądający rentgenoskopowo jako taśmowy, może być w rzeczywistości masywną błoną, ustawioną

kantem do płaszczyzny płyty; i odwrotnie, gruby na 2—3 palce zrost, niemożliwy na pozór do przepalenia, może być w rzeczywistości pęczkiem drobnych zrostów, nadających się do tego zabiegu. Wziernikowanie może wykryć gruzelki, lub późniejsze zmiany gruźlicze na zroście albo w jego pobliżu; może ujawnić nieprawidłowe unaczynienie zrostu w postaci np. żyłaków; i jedno i drugie czyni przepalenie niebezpiecznym z powodów zrozumiących. Dzięki wziernikowaniu otrzymuje się dokładne szczegóły o charakterze makroskopowym, anatomopatologicznym; wykrywa się nieraz czysto przypadkowo rzeczy, nie podejrzewane na podstawie innych środków badania.

Przytaczam kilka przypadków z mojej kazuistyki, jako przyczynek do poruszanej kwestji.



P. W. S.

Röntgenogram p. W. S. Widać b. intensywny cień wąskiego zrostu, który przy wziernikowaniu okazał się płaską taśmą, (ustawienie pionowe: do płaszczyzny płyty).

Pan W. S., lat 36. Początek choroby w płowie 1928 r. Odme założono w lipcu 1929 r.; poprawa względna; cdpluwa 20—30 cm., prątki stałe obecne, okresy podgorączek, uciążliwy kaszel; promienie Roentgena wykazują trwale nieuciśniętą jamę, trzymaną przez zrost. Na płycie wygląda zrost, jako bardzo wąski, ale bardzo intensywny cień, około 3—4 cm długości. Obraz ten wzbudzał przypuszczenie, że na taki cień musi się składać większa warstwa tkanek, czyli, że jest to szeroka taśma, której płaszczyzna przecina się z płaszczyzną płyty pod kątem prostym. Wziernik wprowadziłem na I. pachowej przedniej, w 5 [międzyżebrowo: chodziło mi bowiem o obejrzenie pola wziernikiem o widzeniu prostym, który lepiej orientuje. Zrost przedstawił się, jako taśma szerokości około 3 cm., wachlarzowato rozszerzająca się ku ścianie klatki; część, najbliższą klatki leżąca, szerokości niecałego cm., miała charakter łącznotkankowy, barwy blad różowej; dalsza część

w kierunku płuca stawała się szersza i była pokryta szeregiem naczyń żylnych, znacznie rozszerzonych, o charakterze żyłakowatym; ta część przechodziła, rozszerzając się szybko, w płuco barwy siniczej, również pokryte żyłakami przy nasadzie zrostu. Niepodobna było, oczywiście, zdecydować się na przepalenie, gdyż odległość między żyłakami a ścianą klatki (miejscem przyczepu zrostu) wynosiła niecały cm., a długość cięcia w tych warunkach wynosiłaby 3—4 cm. Obraz, który dała tutaj torakoskopja, jest bardzo pouczający, tłumaczy bowiem zatory gazowe, które zdarzają się w przebiegu już istniejącej odmy: igła, wkłuta w pobliżu takiego zrostu, może ostrzem swem zranić ścianę żyłaka, gdy tymczasem wahania manometryczne, właściwe jamie odmowej, nie ostrzegą nas o niebezpieczeństwie. Przy wzrastającym ciśnieniu w trakcie dopełniania może powietrze przedostawać się swobodnie do naczynia, w którym istniejące małe ciśnienie może być z łatwością przewyciężone ciśnieniem od strony odmy.

W czasie wziernikowania orientacyjnego natrafiłem w szparze międzypłatowej, między górnym uciśniętym, a środkowym mniej uciśniętym płatem, na kilka gruczołów chłonnych (jakgdyby uszypułowanych), prawie luźno leżących, wedle wszelkiego prawdopodobieństwa, zserowaciałych o powierzchni błyszczącej, barwy stearyny lub wyluskanego migdała. Przypuszczam, że nie jest to wyjątkowy przypadek znalezienia zserowaciałych gruczołów tu i pod powierzchnią opłucnej, i że takie gruczoły stają się nieraz punktem wyjścia wysięku gruźliczego z ropą gruźliczą w przebiegu „dobrze prezentującej się” odmy. O tem, że były one zserowaciałe, świadczy, mojem zdaniem, fakt, że brakło im choćby śladu zabarwienia żółtawego lub różowawego; opłucna nad nimi nie wykazywała żadnych oznak zapalenia lub przekrwienia. Trudno przypuścić, żeby to były kilaki. Parę miesięcy przed wziernikowaniem wykonano, ze względu na brak odruchów żrenicznych, próbę Wa. z wynikiem słabo dodatnim; po kilkakrotnej kuracji próba Wa. wypadła ujemnie.

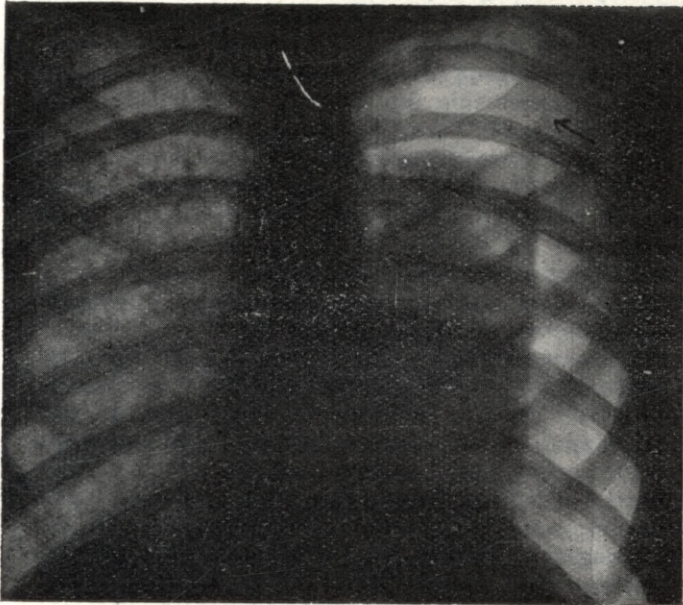
Przepalenie odłożyłem na 2—3 miesiące w przypuszczeniu, że przez ten czas rozciągnie się część zrostu bez żyłaków.

Pan W. lat 42, przed 18 laty sprawa szczytowa (*pleuritis apicalis?*); w lutym 1929 skok suchotniczy, poczem stwierdzono nacieki i jamę w prawej przestrzeni podobojczykowej. Odme założono w kwietniu 1929 r.; w ciągu roku nie udaje się doprowadzić do ucisku płata górnego i znajdującej się w nim jamy; pacjent wydziela kilkadziesiąt cm. płwociny, zawierającej prątki. Odme kontynuował na prowincji, skąd powrócił ze skąpym wysiękiem, który powstał bez objawów skoku, nieopstrzeżenie dla chorego. Roentgen: odma w dolnej części pola prawego, górna część płuca przyrośnięta płasko do klatki piersiowej, widoczne są w niej nacieki i duża, owalna jama, w dole płyn, pokrywający kopułę przepony. Torakoskopja wykazała zrosty błoniste, o kształcie zbliżonym do sterów Zeppelina; kształt trójkąta, wolna podstawa trójkąta zwrócona w dół, ostry kąt ku górze. Płuco okazało się w tem miejscu przyrośnięte już na płasko, tak, że w razie przepalania należało się liczyć z możliwością zranienia płuca, gdyby zrost, przepalony w swej części szerokiej, naderwał się ciężarem płuca w swej części najwęższej. Zrostów takich stwierdzało się kilka, były one dość długie, tak, że zsumowana linja przecięcia wynosiłaby 12—14 cm. Oglądanie opłucny ściennej i trzewiowej wykazało, prócz pojedynczych gruzelków, kilka podopłucnowo leżących ognisk serowatych, wypuklonych znacznie w kierunku przestrzeni odmowej, mających po kilka cm. średnicy, niektóre z wyraźnym zaczerwienieniem reakcyjnym dookoła.

Ponieważ nie można było mieć pewności, że i na linji przecinania nie znajdą się drobne choćby ogniska serowate, wypadło przecinanie odłożyć. Po kilku miesiącach zamierzona

jest ponowna próba, w przypuszczeniu, że proces gruźliczy, stwierdzony na opłucnie, uspokoi się pod wpływem odmy oliwowej, którą zarządzono.

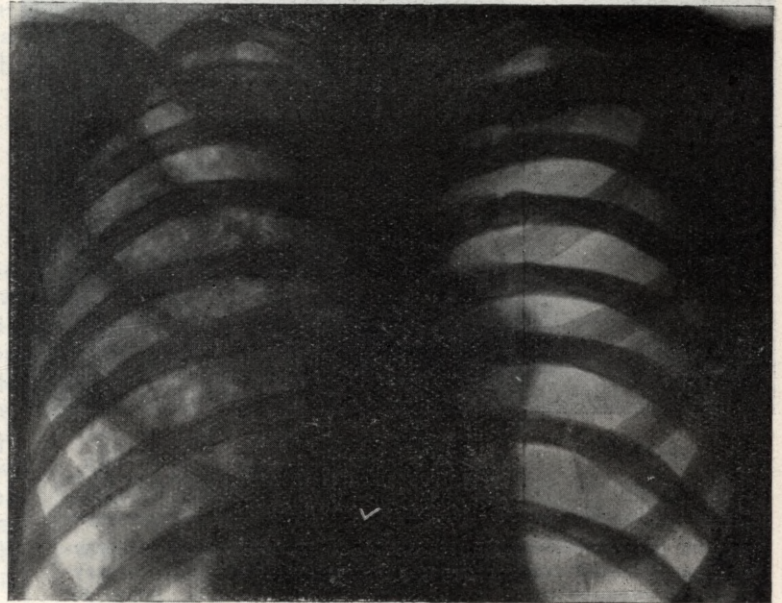
Pan S. G.: choruje od dwóch lat. Na początku czerwca 1929 r. stwierdzono dużą jamę i szereg ognisk w jej otoczeniu w lewym górnym płacie oraz mniejsze, ale wyraźne zmiany po stronie prawej, dające stosunkowo mało objawów przysłuchowych, więcej rentgenologicznie, o charakterze drobnoguzkowym; temperatura do 39 stopni. Założona w czerwcu odma spowodowała spadek temp. do normy na kilka tygodni; odma niekompletna z powodu zrostu w górnym płacie. Po tych kilku tygodniach pacjent zaczął znowu gorączkować; obostwienie po str. pr.; koncepcja odmy drugostronnej; pacjent musiał



P. S. G.

Röntgenogram p. S. G. przed przepaleniem zrostu. (strzałka) jednak wyjechał (z powodów materialnych). Po powrocie do Zakopanego w paźdz. 1929 r. wystąpił na plan pierwszy obraz kliniczny nieuciśniętej jamy; gorączka przybrała charakter prawie ropny: ponad 39 wieczorem i nieraz niżej 37-ju rano; silne poty; upadek sił (mdlał przy prześwietlaniu); widziałem pacjenta po raz pierwszy z końcem listopada 1929 r., kiedy powstała koncepcja przepalenia zrostu. Roentgen wykazał: po stronie zdrowszej zwiększenie się liczby płamek, ułożenie w kształcie skupień; po stronie lewej jama, w dalszym ciągu nieuciśnięta, z widocznym poziomem w niej płynu. Sytuacja nagliła do zabiegu, a umiejscowienie zrostu i jego wymiary wskazywały, że trudności technicznych nie będzie. Wykonałem zabieg w połowie grudnia: we wzierniku o widzeniu bocznym zobaczyłem zrost pojedynczy, rozszerzający się stożkowo od połowy swej długości ku płucy, o długości 4—5 mm., w swej wąskiej części bladego, żółto-różowego koloru, pokryty nieprzezroczystą, gładką, zgrubiałą nieco opłucną, mającą ten sam kolor także na powierzchni płuca (opłucna zdegenerowana pod wpływem nienormalnych warunków jej odżywiania, o czym piszą Diehli i Kremer), nigdzie żadnych nierówności lub guzków. Płuco razem ze zrostem znajdowało się w żywym ruchu wahadłowym synchronicznym z rytmem serca, amplituda wahań była, oczywiście, tem mniejsza, im punkt był dalej od serca, tak, że sam przyczep zrostu poruszał się bardzo słabo, co w związku z wyglądem i zabarwieniem zrostu wyłączało obecność w nim naczyń. Przekonawszy się, że zrost jest dość daleko od naczyń dużych, przebiegających w kopule szczytowej, wkłułem na l. pachowej środkowej trójgranic dla kautera, dalej udało się dość łatwo doprowadzić ostrze kautera

do samego przyczepu zrostu i przepalić go dwoma nawrotami; (trzeba było przewentylować jamę odmową z powodu wytworzenia się dymu, zasłaniającego pole). Przed przepaleniem użyłem prądu djaterycznego dla skoagulowania tkanek w miejscu przecięcia; pod wpływem tego prądu powstała wyraźna biało-szarawa opaska o zaróżowionych brzegach. Po przepaleniu płuc z kikutek zrostu osunęło się w dół, kikut przegiął się w bok, jak rozmiękła świeca parafinowa; na ścinie klatki widać było przypieczone płaskie miejsce. Krwawienia nie było. Po zabiegu temp. spadła w tym samym dniu niżej 37, aby dnia następnego podnieść się do poprzednich wysokich cyfr; w ciągu dalszych dni opadała litycznie do 38, aby na 12 dzień i następnie podnieść się znowu do 38,5; stwierdzi-



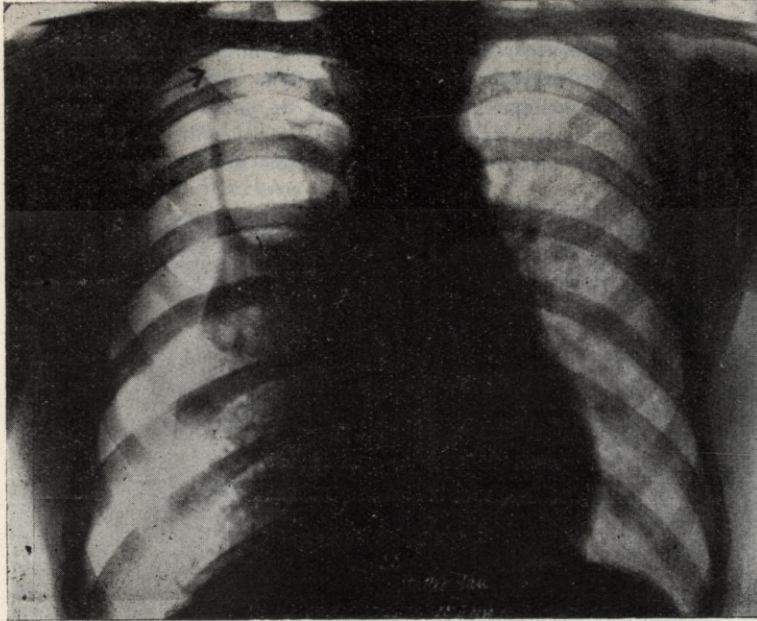
p. S. G.

Röntgenogram p. S. G. po przepaleniu zrostu.

no zwiększenie się wysięku, który dotąd nie wychodził poza granice „zatokowego”; analiza płynu wykazała obecność prątków (7 w całym preparacie), a więc prawdopodobnie uruchomienie przez zabieg uspiętego procesu gruźliczego na opłucnie (według Maurera bywa to w 40% przyp., wedle Diehla i Kremera w 10%). W połowie stycznia wypompowano część wysięku i wstrzyknięto 0,02 aurosanu. W kilka tygodni potem zastosowano odmy oliwową, która spowodowała okresowy spadek ciepłoty, stan chorego pogarszał się jednak, proces w drugim płucu posuwał się naprzód. Rentgenogram wykonany w tydzień po zabiegu, wykazuje, prócz znacznego zapadnięcia się jamy i zniknięcia zrostu, wzmocnienie się rysunku po stronie prawej, gdzie zarysowuje się cień pierścieniowaty. Następne prześwietlenia i zdjęcia dały obraz szybko szerzącej się sprawy suchotniczej w drugim płucu, i chory zmarł w kwietniu 1930 r. Zabieg wykonany był za późno, gdy nastąpił już intensywny przerzut z jamy, trwającej długo w stanie nieuciśniętym. Przepalenie nie zdołało zatrzymać procesu już raz uruchomionego w prawym płucu. Wynik samego zabiegu był dodatni: komplikacji niebezpiecznych nie dał, i szanse pacjenta wyglądałyby podobnie, jak przy odmie kompletnej, założonej w ciężkim okresie nierównowagi i powikłanej wysiękiem surowiczym, gdyby nie proces suchotniczy w drugim płucu.

Pan P. P. lat 35. Od zimy 1928 kaszel z plwociną, bóle w klatce, gorączka. W szpitalu (w Zakopanem) od października 1929 r., g. rączki ponad 38 stopni, odpluwanie do 75 cm., liczne prątki w plwocinie, objawy dużej jamy w prawym górnym płacie.

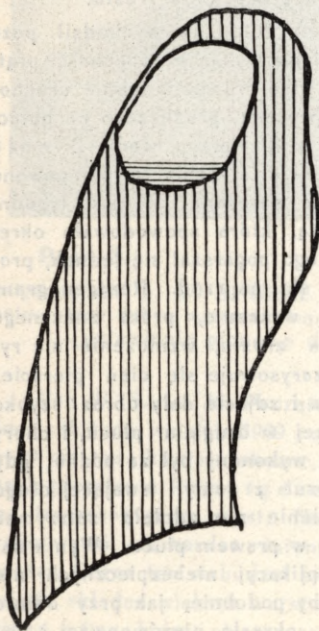
Rentgenologicznie: duża jama wielkości pomarańczy zajmuje całą kopułę klatki; jej brzeg zewnętrzno-górny przebiega na przestrzeń conajmniej 8 cm. tak blisko klatki, że nie widzi się nawet najmniejszej przerwy. Po założeniu odmy w listopadzie 1929 r. płuco zostało tylko częściowo uciśnięte, wymiary jamy zmniejszyły się, utrzymuje ją jednak w stanie rozpięcia gruby zrost. Torakoskopia wykazała, że szerokość jego



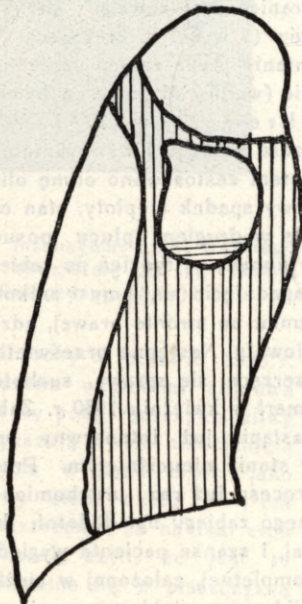
P. P. 4

Röntgenogram p. P. P. Zrost szeroki; cień mało wysycony; duża jama, której biegun zewnętrzno-górny wchodzi daleko w zrost.

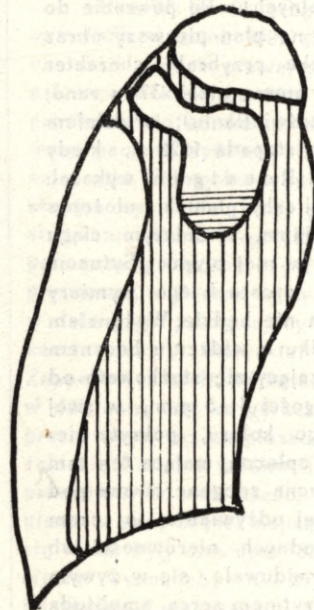
równa jest szerokości conajmniej 2-ch żeber, miejsce przyczepu do klatki rozszerza się na podobieństwo kielicha; przytoczony rysunek tłumaczy przypuszczalny stosunek jamy do zrostu. Gruby zrost, zawierający bez żadnej wątpliwości resztki jamy i miąższu płucnego, nie nadawał się do przecięcia,



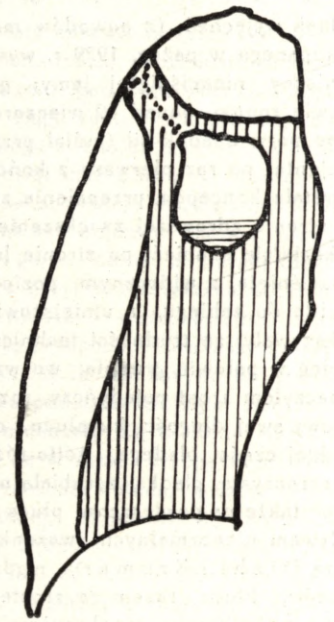
a.



b.



c.



d.

Przyp. p. P. P. Rys. a. przed założeniem odmy. Rys. b. po założeniu. Rysunki c. i d. przedstawiają, jak może powstać uchyłek, gdy jama wraz z płucem jest na dużej przestrzeni przyrośnięta do klatki.

chyba za kilka miesięcy, kiedy zrost się bardziej rozciągnie. Stan pacjenta dobry, bez gorączek, ilość dobową płwociny. 30 cm. zawiera prątki.

Najdogodniej jest posługiwać się wzornikiem o widzeniu prostym: orientacja jest wówczas łatwiej-

szą, niż kiedy posługujemy się wzornikiem o widzeniu bocznym, pole bowiem widzenia nie jest odwrócone. Nie można się jednak obejść bez wzornika o widzeniu bocznym wtedy, gdy musimy obejrzeć ścianę klatki w bezpośrednim sąsiedztwie z miejscem wkłucia (jak w przyp. P. W.), lub gdy musimy zbadać przestrzeń, leżącą za zrostem (jak w przyp. P. G.), aby ustrzec się niespodzianek przy przecinaniu. Nie do zastąpienia jest ten wzornik także przy przecinaniu zrostów, położonych wysoko: wzornik prosty trzeba by nieraz tak mocno wychylić, że mógłby się ugiąć, zwłaszcza przy wąskich międzyżebzach, co uniemożliwiłoby widzenie.

Przy zabiegu Jakobaeusa stykamy się z kilku typami zrostów. Zrosty w kształcie taśm lub sznurków najbardziej skupiają na sobie uwagę, gdyż przeszkadzają zwykle najwięcej w uciśnięciu jam (toteż przecięcie ich daje przeważnie świetne wyniki kliniczne). Przepalanie ich przedstawia więcej niebezpieczeństwa, niż przepalanie innych zrostów, np. błoniastych: zawierają one często naczynia, a co najważniejsze mogą zawierać uchyłki jam, które ciągną się czasem aż do samej ściany klatki w kształcie bardzo wąskiego (włosowatego) kanału. Przytoczone rysunki schematyczne przedstawiają, jak mogą powstać takie uchyłki (przyp. P. P.).

Omawianie techniki wychodzi poza ramy niniejszego artykułu; wspomnę tylko o konieczności przepalania zrostów taśmowych tuż przy ścianie klatki („zgolenie”), aby zmniejszyć do minimum poważne niebezpieczeństwo przecięcia uchyłka. Niebezpieczeństwo krwawienia zmniejsza się, gdy używa się słabego żarzenia lub poprzedzi się zabieg koagulowaniem miejsca przepalania prądem djaterycznym (kauter kombinowany i podał Maurera). Zrosty błoniaste przedstawiają bardzo małe niebezpieczeństwo dla przepalania, gdyż nie

zawierają prawie naczyń, a nigdy uchyłków. W przyp. P. W. niebezpieczeństwo leżało nie w charakterze zrostów, lecz w tem, że istniały daleko posunięte zmiany gruźlicze na opłucnie i pod nią; pilniejszą sprawą wydawało się tu wygojenie pro-

cesu na opłucnie i zapobieżenie zagrażającej przetoce przez zastosowanie odmy oliwowej.

Przy znieczuleniu należy pamiętać o okostnie żeber; aby ją znieczulić, wymacuje się igłą strzykawki brzeg żebra i wkłupa się ją, manipulując odpowiednio, pod okostną. Przy znieczuleniu dolnego brzegu wyżej leżącego żebra pamiętamy, że pod nim przebiegają naczynia; przez pociąganie tłoku strzykawki przekonywamy się, czy igła nie jest w naczyniu; dla znieczulenia opłucny dochodzimy igłą do jej przypuszczalnego poziomu, możemy ją nawet przekłuć i upewniamy się przez wciąganie pęcherzyków powietrza do strzykawki, że jesteśmy w jamie odmowej. Cofnąwszy minimalnie igłę, znajdziemy się tuż za opłucną; manipulowanie wziernikiem jest bezbolesne, co pozwala nam na znaczne jego wychylenia we wszystkich kierunkach.

Astma i gruźlica.

Podał

Mieczysław GANTZ (Warszawa).

Sprawa związku, zachodzącego między astmą i gruźlicą, poruszana już tylokrotnie przez klinicystów od wielu lat, nie jest właściwie rozwiązana do dnia dzisiejszego. Wciąż jeszcze istnieją zwolennicy dwu biegunowo przeciwnych poglądów: jedni bezwzględnie wyłączają jakikolwiek związek między obu temi cierpieniami, podkreślając nawet istnienie jakoby pewnego antagonizmu między astmą i gruźlicą płuc, inni gotowi są widzieć w większości przypadków astmy podkład gruźliczy w postaci tych czy innych anatomicznie czy klinicznie stwierdzanych zmian swoistych w płucach. Landouzy, jak wiadomo, tłumaczył powstawanie napadów astmy w znacznej liczbie przypadków działaniem jadu gruźliczego, inni autorzy próbowali wiązać je z działaniem mechanicznym gruźliczo zmienionych gruczołów śródpiersiowych, czy ognisk stwardnienia w płucach na nerw błędny.

W szczególności w stosunku do astmy dziecięcej pedjatrzy naogół zajmują stanowisko negatywne co do gruźliczego jej podkładu, twierdząc, że nie ma ona nic wspólnego z gruźlicą. Tak sądzą Marfan, Comby, Péhu i Dufourt, uważając, że należy odróżniać astmę prawdziwą u dzieci od stanów duszności, wywołanych zmianami swoistymi w śródpiersiu. Istotnie względna rzadkość zespołu astmatycznego w porównaniu z częstotnością zmian swoistych w gruczołach śródpiersia u dzieci zmusza do wnioskowania, że związek między temi dwoma cierpieniami u dzieci jest conajmniej bardzo luźny. Większość, na przykład, spostrzeganych od najwcześniejszego dzieciństwa przypadków astmy, trwających cały szereg lat, nie wykazuje i w latach późniejszych żadnych uchwytnych objawów gruźlicy płuc. Można by na to odpowiedzieć argumentem, nierzadko przytaczanym, że w astmie mamy do czynienia z gruźlicą włóknistą, dążącą do zabliznienia i mającą wywoływać powstawanie zespołu astmatycznego wskutek drażnienia rozgałęzień nerwu błędnego przez ogniska sklerotyczne. Trudność ścisłego rozpoznania takich zmian w czasach dawniejszych, przedrentgenowskich mogła być przyczyną wysunięcia twierdzenia o antagonizmie między gruźlicą (Pidoux, Gueneau de Mussy i inni) i astmą. Galup i Ségar¹⁾ uważają

¹⁾ Pathogénie et traitement de l'asthme. 1927. Doin. Paris.

gruźlicę włóknistą za ważny czynnik w powstawaniu astmy. Na co mają wskazywać dane z wywiadów u wielu astmatyków i nierzadkie jakoby okresy naprzemienne gruźlicy i astmy. Reisman i Mason (N. Y. State J. Med. 1929 — Zent. f. d. gesammte T. B. C. fors. T. 32) próbowali bliżej podejść do tej sprawy w odniesieniu do dzieci, porównując częstość odczynu tuberkulinowego u dzieci astmatycznych i nieastmatycznych. Badania, przeprowadzone w New-Yorku w klinice dla astmatyków w postaci odczynu doskórno, miały wykazać, że u dzieci astmatycznych w wieku od 8 mies. do 14 lat odczyn ten był dodatni w 39,6%, gdy u dzieci nieastmatycznych w tym samym wieku tylko w 16,9%. Autorzy ci wnioskuje, że pewna liczba dzieci, zakażonych gruźlicą, reaguje na jad gruźliczy w postaci zespołu astmatycznego, inni słowo, że pewne powinowactwo przyczynowe między astmą i gruźlicą istnieje. Vogt (Handb. d. Kindertbc. t. I. r. 1930) sądzi, że dzieci z astmą nie oddziałują częściej na tuberkulinę, niż przeciętnie. Przytacza on Wollgrena, który stwierdził, że 39% dzieci z astmą reagowało na tuberkulinę, gdy 40% dzieci bez astmy dawały odczyn dodatni na tuberkulinę. Hofbauer (Asthma 1928 str. 39) sądzi, że współistnienie astmy i gruźlicy jest dosyć częste, nie mówiąc o tak przez Hofbauera nazwanym astmoidzie gruźlików, spowodowanym przez kaszel. U astmatyków z gruźlicą stwierdza się przeważnie zmiany włókniste bez tendencji do postępu, zaś samym napadom nieraz towarzyszy podniesienie ciepłoty. Sokółowski (Wykł. klin. chor. dróg oddech. t. I) wypowiada zdanie, że astma i gruźlica płuc rzadko istnieją jednocześnie, i że częste rozpoznawanie gruźlicy u astmatyków jest błędne. Podkreśla on przytem, że nie należy mieszać napadów postaci rozedmowej suchot płucnych z napadami dychawicy oskrzelowej, powikłanej gruźlicą. Rozenfeld-Rozkowski (Przegląd Lek. 1913) dochodzi w swych rozważaniach do wniosku, że dychawica nie może być uważana tylko za skrytą postać gruźlicy płuc, że w olbrzymiej większości przypadków astmy gruźlica nie gra żadnej roli etiologicznej. Grossfeld (P. Gaz. lek. 1927 N. 2 i 3) na zasadzie swych dociekań uważa, że astma zazwyczaj nie dołącza się do postaci gorączkowych lub czynnych gruźlicy płuc. Jako prawidło, przypadki łagodne, włókniste lub miejscowo wygojone ogniska płuc chwytają astmę, która ma, według Grossfelda, dostarczać nosicielom ostatecznej obrony przed postępowaniem sprawy swoistej. U większości astmatyków gruźliczych mamy do czynienia z gruźlicą utajoną. Bodźce przypadkowe — klimatyczne, psychiczne i t. p. zzewnątrzpochodne są w tych razach tylko pobudką do wewnątrzpochodnego wytwarzania się minimalnych śladów antygeny białkowego z prątków gruźliczych, wystarczających do wywołania odczynu anafalaktycznego. Banelier i Roepke w swym podręczniku (Klin. d. Tub.) uważają astmę za jedną z tych chorób, którym przypisuje się działanie uodparniające przeciwko gruźlicy. Morawitz (według Kämmerra²⁾) podkreśla rzadkość współistnienia astmy i gruźlicy płuc, choć uważa, że chory na gruźlicę może mieć typowe napady astmy. Bauer (również wedł. Kämmerra) jest zdania, że gruźlica zmniejsza wartość narządów i wprost uspasabia do astmy.

²⁾ Allergische Diathese und allerg. Erkrankungen. München. 1926.

Krez (Würzb. Abh. N. 14 — wedł. Kämmerera) w 75% swych przypadków astmy tłumaczy powstawanie astmy istnieniem gruźlicy utajonej. Stahl (Z. f. Tub. 1923 T. 39) w znacznej większości przypadków astmy widzi w gruźlicy płuc podłoże napadów. Weinstein (Fortschr. aus d. Geb. der Röntgenstr. 1924 t. 31) w 38 przypadkach astmy stwierdził przy badaniu promieniami Roentgena we wszystkich bez wyjątku gruźlicze zmiany w płucach. Neumann (Klin. d. Tub. t. III 1925 str. 133 i nast.) twierdzi, że pewne postacie gruźlicy płuc (*bronchitis spec.*, *peribronchitis tbc.*, *miliaris discreta i tbc. fibrosa densa*) mogą przebiegać, jako astma oskrzelowa.

Przyznać trzeba, że rozwiązanie tego zagadnienia, czy istnieje jakikolwiek związek przyczynowy między gruźlicą i astmą, bynajmniej nie jest łatwe. Do sprawy tej podejść można rozmaicie. Można, na przykład, opierać swe wnioski w tym kierunku głównie na wywiadach, wykazujących w przeszłości astmatyka szereg zachorzeń, które łączymy z cierpieniem swoistem płuc (zapalenie opłucny, krwioplucie i t. p.). Można na tej zasadzie z pewnem prawdopodobieństwem wnioskować, że astma znajduje się w tych razach w związku przyczynowym z gruźlicą płuc, wygojoną klinicznie. Można dalej wypowiadać swe zdanie na podstawie badania klinicznego, stwierdzającego przy pomocy metod fizykalnych i Roentgena pewne zmiany w płucach, uznawane za swoiste. I tu nasuwałoby się przypuszczenie, że może między temi zmianami, niewątpliwie stwierdzonemi, a zespołem astmatycznym istnieje pewien związek przyczynowy.

Można, idąc dalej, chcieć oprzeć swe wnioskowania na badaniach pośmiertnych tych względnie nielicznych przypadków astmy, które zakończyły się zgonem.

Jasne, że najpewniejszą podstawą byłyby wyniki badania anatomopatologicznego, choć i tu można się spotkać z zarzutem, że przeoczono jakieś niewielkie zmiany swoiste, mogące wywoływać od czasu do czasu napady astmatyczne. Co więcej, najnowsze nasze poglądy na wielopostaciowość zarazka gruźliczego (Fontes, Karwacki, Arloing, Vaudremer, Calmette i inni), a, jak niektórzy sądzą, i zmian, przez niego wywoływanych, nasuwają pewne zastrzeżenia co do wyników badania sekcyjnego przypadków dawniejszych. Wreszcie, co najważniejsze, badania te miałyby znaczenie decydujące wówczas, gdyby w żadnym przypadku astmy sekwencyjnym nie stwierdzono zmian gruźliczych. Byłby to dowód antagonizmu między astmą i gruźlicą. Tak jednak nie jest, skoro stwierdzano na sekcji i zmiany gruźlicze.

Wszystkie te jednak metody badania nie są wolne od błędów czy zarzutów krytycznych. Stwierdzenie zmian gruźliczych drogą kliniczną, — wcale zresztą nierzadkie np. w moim materiale, — bynajmniej jeszcze nie upoważnia nas do wyprowadzania wniosku, że między nimi i zespołem astmatycznym w tym przypadku zachodzi związek przyczynowy. Należałoby jeszcze dowieść, że zmiany gruźlicze istotnie są przyczyną napadów astmatycznych bądź to na drodze chemicznej, wydzielając substancje białkowe toksyczne, zdolne, w myśl rozważań Landouzyego, powodować ów zespół chorobowy, bądź też na drodze mechanicznej przez podrażnienie zakończeń nerwu błędnego w ogniskach włóknistych czy stwardnieniach. Jest to sprawa właściwie nie do rozwiązania. Z całą pewnością stanowczością nigdy, nawet na stole sekcyjnym,

nie możemy wnioskować, że owe ogniska, klinicznie czy anatomicznie uważane za wygojone, nie mogą stale czy okresowo wydzielać produktów przemiany prątków czy tkanki chorobowo zmienionej w ilości, wystarczającej do wywoływania napadów astmy. Nie wiemy zresztą, czy w tych przypadkach nie odgrywały głównej roli w powstawaniu zespołu astmatycznego inne czynniki zewnątrzpochodne na drodze oddechowej (ze sfery trawiennej czy płciowej np.), czy też zewnątrzpochodne (klimatyczne i t. p.), gdy gruźlica płuc była tylko momentem przypadkowym lub uspasabiającym. Zagadnienie powyższe wikła się jeszcze bardziej dzięki temu, że zjawiają się już głosy, chcące i w dziedzinie astmy zużytkować sprawę zarazka przesączalnego gruźlicy.

Niedawno Sergent i Kourilsky (Pr. mèd. 1930 N. 11) opisali przypadek astmy, trwającej od wczesnego dzieciństwa, w którym przez długi czas nie udawało się stwierdzić wyraźnych zmian w płucach, mimo że objawy ogólne zmuszały do podejrzewania zmian swoistych w płucach. Niejednokrotne badania płwociny nie dawały żadnych wyników. Dopiero z biegiem czasu po nagłym krwiopłuciu wystąpiły wyraźne objawy, stwierdzone fizykalnie i za pomocą Roentgena. Podkreślić należy, że wówczas, gdy wynik badania płwociny pod dobowidłem był ujemny, zastrzyknięcie jej pod skórę świncom dało obraz, jaki zwykle się otrzymuje po zastrzyknięciu zarazka przesączalnego: wyłącznie zmiany w gruczołach chłonnych bez owrzodzenia pierwotnego i z obecnością w gruczołach sporej liczby prątków kwasoodpornych. Dopiero gdy choroba z okresu utajonego, anatomicznie włókniste go przeszła w okres nacieczeniowy, w płwocinie stwierdzono po raz pierwszy prątki zwykłe kwasoodporne, zaś zaszczepienie płwociny świncom dało wówczas zwykły obraz gruźlicy doświadczalnej.

Przypadek interpretowany jest przez autorów jako gruźlica śródmiąższowa (tramite Bezançon i Brauna i perilobulite), przebiegająca pod postacią typowej astmy oskrzelowej. Za tem przemawiają zmiany na kliszy, stwierdzone i przed pogorszeniem się sprawy, lecz niejasne co do swego charakteru. Zarazek gruźliczy, „zamurowany na żywo” w ogniskach utajonych, utracił w tym przypadku, zdaniem autorów, swe własności kwasoodporne, przyjmując postać zarazka przesączalnego na czas spokoju sprawy chorobowej, by wraz z obostrzeniem się sprawy wrócić do swej zwykłej postaci.

Pomijając sprawę interpretacji przypadku pod względem bakteriologicznym, chcę tylko zaznaczyć, że jest to jeden z tych, zdaniem mem, bynajmniej do nadzwyczajnych rzadkości nie należących przypadków, w których zespół astmatyczny poprzedza przez czas długi wystąpienie wyraźnych zmian gruźliczych w płucach.

Niemal identyczny przypadek spostrzegłem przed laty, gdy jeszcze sprawie zarazka przesączalnego nie udzielano tyle uwagi, co obecnie. Dziś byłby on bez wątpienia badany i z tego punktu widzenia.

Chora T. Z. lat 32 zwróciła się do mnie 1. VIII. 1920 z powodu ciężkich napadów astmy oskrzelowej. Leczyła się już w rozmaity sposób. Między innymi kilkakrotnie dokonano zabiegów w nosie na muszlach i przegrodzie. Ostatnio przebywała czas pewien w Otwocku. Od lat 14 zamężna. Ma 2 dzieci. Wychudzona. Oczy lekko wytrzeszczone. Słum. w szczytle prawym, oddech mało zmieniony, w okolicy prawej przykręgosłupowej pojedyncze trzeszczenia. W nosie drożność zupeł-

na; w gardzieli, krtani nic szczególnego. Chora zmęczona, jest 2 dni po silnym napadzie astmy. Roentgen (J u d t 18.VIII. 1920) zdjęcie: serce nie poszerzone typu *cor pandulum*. W miąższu płuc zmian swoistych nie widać. Nieznaczne stwardnienie tylko w szczycie lewym (blizenka?). Gruczoły przyoskrzelowe wydają się powiększone w obydwu wnękach. Liczne gruczoły typu włóknistego (*perlobaritis*). Przepoia umiejscowiona nisko, płaska z obu stron. Ruchy czynnościowe normalne. W płwocinie prątków nie znaleziono. Od tego czasu co kilka tygodni napady kaszlu bez zmian szczególnych w płucach. Zalecono lampę kwarcową. Po 1 naświetlaniu b. silny erytemat, tak, że wzięła tylko 4 naświetlania; do stycznia 1921—2 napady astmy. Od tego czasu napad co 2 tygodnie mniej więcej. W końcu marca 1921 wyjazd do Otwocka na 3 tyg., przybytek wagi 5 kg. 2 razy splunęła krwią. Lato w Szczawnicy, gdzie czuła się b. dobrze. Po powrocie na jesieni *pleuritis exsud. sin.*, po którym wyjazd do Otwocka. W lutym 1922 r. znów napady astmy. W nosie wówczas stwierdzono muszlę polipową prawą środkową i mały polip w lewej połowie nosa w części środkowej. Stłumienie w dolnym płacie płuca lewego po zapaleniu opłucny. 14. 10. 22. Lato przebyła w Reinerz z polecenia innego kolegi. We Wrocławiu usuwano przed dwoma tygodniami muszle środkowe i podśluzowo przegrodę. Schudła bardzo, osłabiona, kaszle. Prawe płuco rozedmowe, w lewym stłumienie u dołu i pojedyncze wilgotne trzeszczenia w tej okolicy. Serce przeciągnięte wlewo. Po kilkodzielnym okresie gorączkowym i wypoczynku w łóżku poprawa stanu ogólnego. 23. 10 w płwocinie prątków nie znaleziono. Przygotowano auto-szczepionki z płwociny i ostrożnie, unikając podniesienia ciepłoty, rozpoczęto wstrzykiwania. Zastrzykiwań zrobiono kilka zaledwie, ponieważ poczuła się dobrze i przestała się pokazywać. W roku 1923 zjawiała się 3 razy, zaznaczając, że czuje się zupełnie dobrze. Zmiany w płucach, jak dawniej. W roku 1924 ym widziałem pacjentkę raz tylko jeden w grudniu. Do tego czasu czuła się, jak opowiada, zupełnie dobrze. Od kilku tygodni kaszle więcej, niż zwykle, ostatnio ma chrypkę. Napadów astmy nie miewa. Lewa połowa klatki piersiowej mniej ruchoma. Stłumienie w obu szczytach, zwłaszcza w lewym i od kąta lewej łopatki ku dołowi. W lewym szczycie oddech osłabiony i nieliczne wilgotne rżżenia. W krtani przekrwienie więzów głosowych. W płwocinie znaleziono 2—3 prątki co kilka pól widzenia. Chora zjawiała się znów w kwietniu 1925 roku, kiedy stwierdziłem stłumienie w całym płucu lewym i prawym płacie górnym. Wysłuchowo: sporo rżżeń w lewym płacie górnym, oddech nieokreślony w prawym szczycie. W ciągu lata trzy miesiące spędziła w sanatorium w Goerbersdorfie, gdzie poddano ją leczeniu tuberkulinowemu. 6. 10. 25 w płucach rżżeń niewiele. Poprawa stanu ogólnego. W krtani podejrzane zgrubienie tylnej ściany. W grudniu 1925 r. dłuższy czas ciepłota hektyczna, mimo że chora od powrotu z Goerbersdorfu stale przebywa w Otwocku. W ostatnich czasach znów napady astmy. W płucu lewym pod obojczykami objawy jamy.

Był to więc przypadek gruźlicy zamkniętej utajonej, przebiegającej(?) przez czas dłuższy pod postacią astmy oskrzelowej. Nie mogło tu być mowy ani o t. zw. postaci rozedmowej gruźlicy płuc (Sokolowski), ani o astmoidzie (Hofbauer). Chora miewała najtypowsze napady astmy oskrzelowej, które, — bardzo częste w okresie zamkniętym, śródmiąższowym, — powtarzały się rzadziej i w okresie rozwoju sprawy chorobowej. Czy i w tym przypadku badanie płwociny pod kątem widzenia istnienia zarazki przesączalnego gruźlicy dałoby podobne wyniki, co w przypadku Sergenta i Kourilskiego — trudno mówić. Jeżeli jednak potwierdzi się rola za-

razka przesączalnego w tego rodzaju przypadkach, sprawa niektórych przynajmniej przypadków astmy przedstawi się w odmiennym oświetleniu.

Tak czy inaczej, i w naszym przypadku, jak to nieraz już podkreślano, na uwagę zasługuje częstość napadów astmy w okresie utajonym czy śródmiąższowym i rzadkość ich w okresie nacieczeniowo-rozpadowym.

Istotnie, znana jest rzadkość objawów prawdziwej astmy oskrzelowej u chorych z posuniętą gruźlicą w płucach. Bezançon i de Jong (wedł.: Galup i Ségard) zwracają uwagę na wyjątkową rzadkość jednoczesnego stwierdzenia w płwocinie prątków Kocha i eozynofilji. Rozenfeld-Różkowski w swoim czasie zasięgał informacji co do częstości astmy wśród chorych sanatoryjnych u Dłuskiego i Gałęckiego, którzy stali wówczas na czele sanatorjów dla chorych gruźliczych. Obaj podkreślali niezwykłą rzadkość astmy u swych chorych sanatoryjnych.

Schröder (Beitr. 1920 t. 46) wśród swych 4716 chorych na gruźlicę odnotował tylko 39 razy astmę. Spengler natomiast i Turban (wedł. Petersa) na 143 przypadki astmy stwierdzili w 68 przypadkach gruźlicę, w tem 44 w I-ym okresie choroby.

Przy badaniu interesującego nas zagadnienia powstają wątpliwości, jak należy właściwie docierać do istotnego stanu rzeczy, czy doszukując się gruźlicy u astmatyków, czy notując prawdziwy zespół astmatyczny u chorych na gruźlicę płuc. Śmiem twierdzić, że między temi dwiema metodami istnieje wielka różnica. Opieranie się na liczbie astmatyków wśród chorych na gruźlicę płuc może spotkać się i słusznie z zarzutem, że mijał, obejmując chorych gruźliczych, zwłaszcza sanatoryjnych, dotyczy głównie chorych ze zmianami bardziej posuniętymi, często rozpadowemi, które, zgodnie z panującym twierdzeniem, mało uspasabiają do napadów astmatycznych lub je nawet hamują. Stwierdzenie objawów gruźlicy płuc u astmatyków bardziej może zbliżyć nas do rozwiązania właściwego, ale też nie jest wolne od poważnych zarzutów. Trudno przytem orzec, czy oba te cierpienia tylko współistnieją, czy też znajdują się w bezpośrednim stosunku przyczynowym, bądź to, jak sądzą dość liczni klinicyści, w ten sposób, że pewne postaci gruźlicy mogą uspasabiać do astmy, bądź też, jak twierdzą inni, mniej liczni, że astma toruje niekiedy drogę zmianom gruźliczym (Schröder l. c.).

Podkreślić należy tu jeszcze pewną trudność wykrywania na drodze klinicznej zmian swoistych w płucach u astmatyków, mających zazwyczaj rozedmę płuc. Zdjęcie płuc jest tu, jak zresztą zwykle, cennym uzupełnieniem.

Na korzyść gruźliczego podkładu niektórych przypadków astmy wysunąć można fakt, że nieradko chorzy na astmę mają długotrwały stan podgorączkowy, lub że napadom astmy towarzyszy często lub stale podniesienie ciepłoty. Przypadki takie mam wśród swych pacjentów. Dodać przytem należy, że nieraz w tych przypadkach udaje się stwierdzić badaniem fizykalnym i rentgenowskim zmiany bliznowate w miąższu płuc, uznawane za swoiste.

Zwolennicy hipotezy o związku przyczynowym między gruźlicą i astmą przytaczają jeszcze jeden fakt, że mianowicie, tacy chorzy astmatycy nieraz b. silnie reagują na próby leczenia tuberkuliną, która, poza silnym odczynem miejscowym, daje niekiedy

u tych chorych wyraźny odczyn ogólny, a nawet może wywołać napad astmy. Podobny przypadek spostrzegalem u chorej na astmę, leczonej przezemnie tuberkuliną i reagującej silnie na mocniejsze stężenie. Dziwny istotnie jest pozatem fakt, że zwolennicy teorii ściśle alergicznego sposobu powstawania astmy sami podkreślają skuteczność w znacznym odsetku przypadków leczenia tuberkuliną. Gdy inne sposoby odczulenia na dany allergen, uważany nawet za przyczynę napadów, zawodzą, gdy bez skutku pozostają rozmaite metody odczulenia przetworami białkowemi, tuberkulina nierzadko doprowadza do całkowitego zniknięcia napadów lub do znacznej poprawy stanu chorobowego. Czy jednak tuberkulina, białko swoiste, działa tu również swoiście, dowodząc współlistnienia zmian swoistych, czy też tylko jako białko, szczególnie oddziaływające na astmatyków z powodów nam narazie nieznanych, — jest to pytanie, które obecnie przeważnie bywa rozwiązywane na korzyść działania nieswoistego.

Bądź co bądź, fakt, że niekiedy zastrzyknięcie tuberkuliny powoduje, poza żywym odczynem, wystąpienie napadu astmy, daje przynajmniej w tych przypadkach szczególnych dużo do myślenia co do gruźliczego podłoża astmy.

Mniej przekonującym wydaje mi się twierdzenie, że astmatycy i wogóle alergicy są często uczuleni, między innymi, i na białko tuberkulinowe. Sądzę, że słuszniej byłoby tłumaczyć sobie to uczulenie znaną częstością zmian gruźliczych wogóle u ludzi, a więc i wśród astmatyków, którzy mogą z tego powodu nieraz żywo reagować na tuberkulinę.

Storm van Leeuwen próbuje w ostatnich czasach leczyć chorych na gruźlicę płuc w swoich komorach wolnych od allergenów klimatycznych i twierdzi, że widuje poprawę stanu chorobowego. Tłumaczy on tę poprawę tem, że chorzy na gruźlicę płuc są wrażliwi na allergeny klimatyczne, które są przyczyną pewnych ich dolegliwości. Izolowanie od tego rodzaju wpływów szkodliwych ma dodatnio oddziaływać na stan tych chorych. Fakt, że Storm van Leeuwen nierzadko stwierdzał u chorych na gruźlicę płuc odczyn dodatni na wyciąg z pleśni z powietrza, niekoniecznie należałoby, sądzę, ujmować w sensie szczególnej wrażliwości tych chorych akurat na allergeny klimatyczne. Wiadomo powszechnie, że chorzy na gruźlicę są często wrażliwi na rozmaite antygeny nieswoiste. Zgodnie z Grossfeldem i innymi autorami, możnaby wypowiadać przypuszczenie, że podłożo gruźlicze uspasabia do żywego reagowania na najrozmaitsze allergeny, co niekiedy może doprowadzić do wystąpienia zespołu astmatycznego. Są to jednak przypuszczenia, wkraczające w dziedzinę medycyny czysto spekulacyjnej, nie poparte dotąd poważnymi dowodami. Wysuwany przez Storm van Leeuvena fakt poprawy, zazwyczaj przemijającej, u chorych na gruźlicę płuc w komorach wolnych od allergenów i mający, zdaniem jego, służyć jako dowód słuszności jego hipotezy, wyżej wspomnianej — nie może być uważany za poparcie jego przypuszczenia. Wszyscy specjaliści chorób płuc wiedzą dobrze, jak nadzwyczajna poprawa niekiedy daje się zauważyć u chorych z gruźlicą płuc po umieszczeniu ich na sali szpitalnej. Zwykliśmy to, i zdaje się słusznie, tłumaczyć nie nieobecnością allergenów klimatycznych na sali szpitalnej, lecz radykalną zmia-

ną na lepsze warunków życia chorego pod względem powietrza, światła, odżywiania, moralnym i t. p.

Sprawa wzajemnego stosunku astmy i gruźlicy płuc nie jest w każdym razie tak prosta, jak się to wydawało przedstawicielom dwóch przeciwnych obozów. Mimo bardzo interesujące badania lat ostatnich, nie możemy powiedzieć, żeśmy całkowicie zdołali odcyfrować owo X, jakim nie przestaje dla nas wciąż jeszcze być astma oskrzelowa. Nie ulega wątpliwości, że jest to zespół objawów, mogący powstawać w sposób najrozmaitszy: na drodze chemicznej, mechanicznej czy też wprost odruchowej (jako odruch warunkowy), zewnątrz — i zewnątrzpochodnie. Skoro zaś nie ulega wątpliwości, że antagonizmu między gruźlicą i astmą niema — za czym przemawiają bynajmniej nie pojedyncze przypadki współlistnienia tych chorób — nie można *a limine* odzierać przypuszczenia, że w pewnych przypadkach gruźlica płuc może być przyczyną astmy oskrzelowej. Zarówno sprawy włókniste na drodze chemicznej, jak i postaci młodzieńcze z umiejscowieniem przywnękowem (zgodnie ze spostrzeżeniami Ch e ł m o Ń s k i e g o o powiększeniu gruczołów śródpiersiowych u astmatyków), mogłyby być przyczyną zespołu astmatycznego. Może i pewna postać zarazka gruźliczego w kształcie niewidzialnym posiada, między innymi, właściwość powodowania tego obrazu chorobowego w warunkach szczególnych? Szło by tu tylko o działanie wytwarzającego się jadu gruźliczego na konstytucyjnie chwiejny układ autonomiczny, przejawiające się między innymi w zespole astmatycznym. Możliwość w ten sposób traktować np. przypadek Sergenta i Kourilsky'ego, jak i powyżej przezemnie przytoczony. Należałoby wówczas przypuścić, że początkowe okresy cierpienia, przebiegające skrycie, warunkują się obecnością zarazka niekwasoodpornego jeszcze, i że dopiero przekształceniu się zarazka w postać kwasoodporną towarzyszą zmiany rozwojowe postępujące. Upoważniałyby nas do tego przypuszczenia w pewnym stopniu wyniki dotychczasowych badań na zwierzętach pracowni, w których przesącze wywołują odrębny obraz anatomopatologiczny. Czyżby pod tym kątem widzenia należało kwestjonować dotychczasowe badania poświęcone przypadków astmy oskrzelowej?

Najbliżsi, zdaje się, będziemy prawdy, jeśli powiemy, że:

W pewnych przypadkach, w których konstytucyjne warunki ogólne i w szczególności układu autonomicznego uspasabiają do powstawania napadów skurczowych w odcinku dolnych dróg oddechowych i do ostrego naczynioruchowego obrzmienia ich śluzówki — zakażenie gruźlicze może przyczynić się do powstawania zespołu astmatycznego. Powstaje to wewnątrzpochodnie bądź to naskutek chemicznego działania właściwego jadu gruźliczego czy protein, powstających w ognisku gruźliczym z rozpadających się tkanek (uczulenie miejscowe według Danielpolu — Pr. med. 1925 Nr. 96), bądź też mechanicznie przez podrażnienie gałązek nerwu błędnego w gruczołach śródpiersiowych (Ch e ł m o Ń s k i) czy ogniskach stwardnienia tkanki płucnej.

Przyjęcie za fakt, że astma bynajmniej nie wyłącza gruźlicy płuc i że może z nią conajmniej współistnieć, posiada dość doniosłe znaczenie praktyczne. Zmusza nas ono do dokładnego kontrolowania każdego przypadku astmy w kierunku gruźlicy płuc, i do powtarzania badania ścisłego o płwociny,

odstępach czasu, do powtarzania badania ścisłego płwociny, wreszcie ma wpływ na stosowanie tej czy innej terapii w każdym poszczególnym przypadku astmy. Zbyt, bowiem, energiczna terapia może niekiedy wpłynąć ujemnie na dotąd skrycie przebiegającą gruźlicę.

Dwa źródła omyłek w rozpoznawaniu gruźlicy krtani.

Podał

Zygmunt SREBRNY (Warszawa).

W rozpoznawaniu gruźlicy krtani, jak i innych spraw chorobowych, kierujemy się oddawna pewnymi cechami dla schorzenia tego charakterystycznymi. Do ostatnich prawie czasów niektóre z tych cech uchodziły nawet za tak pewne i niewzruszone, że nikomu przez myśl nie przechodziło, aby mogło być inaczej. Dotychczas, zresztą, zachowały one pewną wartość rozpoznawczą, doświadczenie jednak wykazało, że czasem mogą one zawodzić. Niewątpliwie zdarzają się przypadki tak trudne pod względem rozpoznawczym, że dopiero badanie drobnowidzowe usuniętej tkanki rozstrzyga o rozpoznaniu i przekonywa, że uchodzące do pewnego czasu za nieomyłne cechy rozpoznawcze gruźlicy krtani napotyka się i w cierpieniach innej zgoła natury — poważniejszej lub nawet zupełnie niewinnej.

* * *

W krótkim szkicu niniejszym chcę dać obraz dwóch schorzeń łagodnych, które niekiedy bywają brane za gruźlicę.

O jednym z nich pisałem już przed laty 36, w r. 1894, w artykule, zatytułowanym: „Zatkanie przewodów gruczołów śluzowych krtani”¹⁾, wracam jednak znowu do niego, gdyż z biegiem lat zdarzało mi się od czasu do czasu widywać chorych, którzy, będąc owym nicwinnem cierpieniem dotknięci, zgłaszali się do mnie z rozpoznaniem gruźlicy krtani. Jeżeli jeszcze stan płuc dawał powód do pewnych podejrzeń, to rozpoznanie gruźlicy krtani uchodziło za pewne. Nie wdając się w szczegóły, które czytelnik znajdzie we wspomnianej pracy, ograniczam się do bardzo zwięzłego streszczenia istoty rzeczy.

We wspomnianej pracy zwracałem uwagę na drobne, okrągłe nacieczenia, na których szczycie powoli ukazują się białe-żółte lub szarawy punkcik. Nacieczenia te widywałem (w 4 ch opisanych wówczas przypadkach) „na błonie śluzowej, pokrywającej chrząstki nalewkowe”, a więc w okolicy, w której tak często rozpoczyna się sprawa gruźlicza krtani. W 3-ch przypadkach siedliskiem choroby było miejsce przejścia błony śluzowej z chrząstki nalewkowej na strunę rzekomą, w 4-y błona śluzowa wewnętrznej powierzchni chrząstki nalewkowej. W późniejszych obserwacjach widywałem taki obraz w okolicy wyrostka głosowego i w tylnej części fałdy nagłośniowo-nalewkowej. Otaczająca owe nacieczenia błona śluzowa była zlekka zaczerwieniona lub bez śladów odczynu zapalnego; chorzy skarżyli się na umiarkowany ból gardła, czasem nawet o bólu nie wspominali, a zmiany opisane wykrywałem podczas badania krtani z powodu skarg na chwilami występującą chrypkę.

W pracy ówczesnej pisałem: „Gdy się obraz

taki widzi, zwłaszcza w okresie, kiedy na szczycie nacieczenia punktu białego jeszcze niema, lub gdy punkcików takich jest kilka, łatwo bardzo w pierwszym razie pomyśleć można o nacieczeniu gruźliczym lub przymiotowym, w drugim o gruczołkach prosówkowych. Szczególniej myśl o gruźlicy narzuca się ze względu na siedlisko cierpienia, tak charakterystyczne dla spraw gruźliczych, jak również z powodu małego odczynu zapalnego w otaczającej owe nacieczenia błonie śluzowej. Jeżeli jeszcze w dodatku płuca zdradzają pewne zmiany, omyłka jest bardzo łatwa.”

Pobudkę do poruszenia nanowo tej przed wielu laty opisanej przezemnie sprawy dał mi spostrzegany w roku bieżącym przypadek, dotyczący ciężarnej kobiety lat średnich, która z powodu rozpoznanej u niej gruźlicy krtani zakwalifikowana została do wywołania sztucznego poronienia. Gdy ból gardła, który skłonił chorą do szukania pomocy lekarskiej, uporczywie przez czas dłuższy się utrzymywał, chora zwróciła się do mnie, trapiąca ciągle myślą, że jest dotknięta gruźlicą. Stwierdziłem u kobiety bladej, mizernie wyglądającej, ale dobrze odżywianej, nacieczenie okrągłe, mające 2—3 mm. w średnicy, na błonie śluzowej wewnętrznej powierzchni chrząstki nalewkowej lewej. W płucach zmian nie znalazłem. Mizerny wygląd chorej tłomaczył się niepokojem o stan swego zdrowia i bezsennymi nocami, z tego powodu spędzanymi. Po zapewnieniu chorej, że nie jest dotknięta gruźlicą, i zaordynowaniu jej okładów na szyję i wzięcia obojętnych, widziałem ją jeszcze parokrotnie: za drugim razem zauważyłem już biały punkt na szczycie nacieczenia, a po 2-ch tygodniach chora odwiedziła mnie rozpromieniona i oświadczyła, że teraz wierzy już, że niema suchot, od kilku dni bowiem ból ustał w zupełności. Badanie wykryło stan prawidłowy krtani. Cała sprawa trwała około 5 tygodni.

O naturze tej sprawy chorobowej pisałem wówczas, że owe nacieczenia błony śluzowej i punkciki białe na ich szczycie powstają skutkiem zatkania przewodów gruczołów śluzowych. Obecnie, jak niżej wyjaśnię, sądzę, że należy istotę chorobową określić nieco inaczej.

Jak w owych, dosyć odległych czasach, tak i później aż do chwili obecnej nie znalazłem w piśmiennictwie wzmianek o omawianem cierpieniu, specjalnie zaś o możliwości wzięcia go za gruźlicę. Jeden tylko z najstarszych laryngologów Karol Stoerk wspomina o niej mimochodem w sposób następujący: „W najrozmaitszych cierpieniach krtani zdarza się widzieć zmiany w błonie śluzowej krtani, szczególnie w okolicy chrząstek nalewkowych, — zmiany, polegające na powstawaniu białych punkcików; wielokrotnie wycinałem takie małe guziczki u osobników żywych, i za każdym razem okazywały się one zmętniałymi, powierzchownie leżącymi gruczołami śluzowymi. Również i w badaniach na trupie doszedłem do wniosku, że owe małe białawe punkciki w błonie śluzowej, pokrywającej chrząstki nalewkowe, nie są niczem innym, jak gruczołkami śluzowymi, obficie w tem miejscu się znajdującymi.

Prawdopodobnie skutkiem jakiegokolwiek cierpienia nieżyłowego przewody gruczołów (*stomata*) ulegają zatkanii, a dzięki pęcznieniu oraz zmętnieniu gruczołów i ich zawartości dają się spostrzegać owe białe punkty. Wspominam o tem dlatego, że w pierwszych moich spostrzeżeniach owe guziczki dawały mi dużo do myślenia, przypuszczałem bowiem, że mam tu do czynienia z początkiem gruźlicy.

¹⁾ Medycyna 1894, Nr. 26.

Przedsiębrane atoli za każdym razem badanie nie pozostawiało żadnej wątpliwości, że owe białe punkciki z grucziłą nie mają nic wspólnego".²⁾

Zgodnie ze zdaniem Stoerka, Herynga³⁾ i z moimi badaniami drobnowidzowymi zawartości owych drobnych guziczków upatrywałem istotę choroby w zatkanu przewodów gruczołów śluzowych krtani. Już jednak wtenczas zastanowiła mnie przytoczona w ówczesnej pracy cytata z podręcznika Morella Mackenziego, który w rozdziale p. t. Ostre zapalenie krtani, mówiąc o nadżerkach nabłonka w tem cierpieniu, dodaje: „są to tak zwane érosions glandulaire autorów francuskich, według których powstają one skutkiem zropienia torebek limfatycznych krtani. Punkt wyjścia ropy ma przechodzić w małe owrzodzenie, które niezmiernie szybko się goi”⁴⁾.

W protokółach zebrań laryngologów, których przez czas długi byłem sekretarzem, a które dotychczas są w moim posiadaniu, znajduję (protok. z d. 12. XI. 1889 r.) następujące zdanie: „Całą sprawę uważa Srebrny za zropiałe follikuły krtani”, zaś dalej w dyskusji: „Kol. Heryng widywał takie przypadki często i uważa je nie za zropiałe torebki, lecz za zatkanie przewodów gruczołów śluzowych. Prawdopodobnie to, co Srebrny widział na końcu noża (po przekłuciu białego punktu), była nie ropa, lecz śluz zmieszany z cząstkami zmartwiałego nabłonka. Przypadki kol. Herynga dotyczyły także ludzi, nadżywających głosu, siedlisko cierpienia było to samo, co objaśnia się obfitością gruczołów śluzowych w tej okolicy krtani. Zdanie, jakoby w krtani znajdowały się elementy limfatyczne, jest błędne”.

Otóż sądzę obecnie, że jednak ówczesny mój pogląd na istotę sprawy był słuszny, że twory, brane przez Stoerka i Herynga za gruczoły śluzowe, były właściwie torebkami limfatycznymi, jeżeli zaś wtenczas zmieniłem zdanie zgodnie z poglądem powyższych autorów, to kierowałem się tu autorytetem Luschki, który o tkance adenoidalnej w błonie śluzowej krtani ludzi mówi, jako o czemś wyjątkowym, w sposób następujący: „W warunkach prawidłowych błona śluzowa krtani ludzkiej jest wolna od tkanki adenoidalnej. . . . W przypadkach wyjątkowych napotykałem w krtani, nie zdradzającej żadnych zmian chorobowych, twory zupełnie identyczne z torebkami samotnymi (*folliculi solitarii*) jelita. Dotychczas znajdowałem je tylko w wejściu do krtani, przeważnie na granicy więzu nagłośniowo-nalewkowego i nagłośnia a także na jej tylnej powierzchni. Szczególnie wyraźnie były te skupienia tkanki gruczołowej rozwinięte w krtani 15-letniego samobójcy, u którego występowały one we wspomnianych miejscach zarówno jako rozlane nacieczenia, jak i w postaci małych, wystających ponad powierzchnię guziczków. Wypadnie tym wyjątkowym wprawdzie częściom składowym błony śluzowej krtani poświęcić nieco uwagi już choćby dlatego, że na skutek rozpadu tłuszczowego elementu komórkowych tej masy gruczołowej powstają

nadżerki, które pozostawiają po sobie małe, okrągłe lub nieregularne luki w błonie śluzowej”⁵⁾

To zapatrywanie Luschki na wyjątkowe tylko stwierdzanie tkanki adenoidalnej w krtani ludzkiej, podzielane przez czas długi i przez innych autorów, obalili jednak nowsze badania histologiczne (B. Fränkel, Citelli, Imhofer, Levinstein i inni), które dowiodły, że błona śluzowa krtani jest obficie zaopatrzona w tkankę adenoidalną, nagromadzoną nawet w postaci migdałka krtaniowego (B. Fränkel) w zatoce Morgagniego⁶⁾. Tylne ściany krtani, nagłośnia i więzy nagłośniowo-nalewkowe również w tę tkankę obfitują.

Te właśnie nowsze badania histologiczne błony śluzowej krtani ludzkiej pozwalają mi powrócić do pierwotnej mojej koncepcji, że torebki limfatyczne ulegają tu zmianom w postaci nacieczenia i zropienia.

Na właściwy charakter cierpienia powinny naprowadzić badającego skargi chorego na lekki ból, występujący nietyle podczas jedzenia, ile podczas łykania śliny, gdy nacieczenia i owrzodzenia grucziłce tej samej okolicy wywołują ból właśnie podczas jedzenia. Dalej kierować się należy brakiem gorączki: jeżeli cierpienie występuje w postaci małego nacieczenia, to brak staru podgorączkowego pozwoli odróżnić chorobę od grucziłcy, której stan taki już w okresach wczesnych towarzyszy; w razie stwierdzenia punkcików białoszarych lub żółtych, przypominających grucziłki prosówkowe, uchroni od błędów brak gorączki wysokiej, nieodłącznego towarzysza prosówki. Wreszcie brak zmian w płucach czyni prawdopodobniejszym rozpoznanie na korzyść zropienia torebki limfatycznej, choć z drugiej strony i w przypadku zdeklarowanej grucziłcy płucnej wystąpić ono może. Tu kilkotygodniowa obserwacja rozstrzygnie wątpliwości.

Przypominając tę pracę moją z przed lat 36, sądzę, że zwrócenie na nią uwagi może uchronić nawet i niepoczątkującego lekarza od omyłki, tembardziej, że żaden ze znanych mi podręczników laryngologii o sprawie, którą poruszam, nie wspomina.

* * *

Do niedawna jeszcze uchodziło za pewnik, że nieżytowe zapalenie krtani zajmuje zawsze obie struny głosowe prawdziwe, że zatem schorzenie jednej tylko struny jest wyrazem sprawy swoistej: grucziłcy, kiły lub raka. Wprawdzie już w podręczniku Türcka znajdujemy opis przypadku zapalenia jednej struny głosowej — *chorditis tuberosa*⁷⁾, również i Morell Mackenzie pisze, że „czasem jedna tylko struna przedstawia się mocno zaczerwieniona, gdy druga ma swój zwykły połysk”⁸⁾, ale obydwaj nie kładą na to nacisku pod względem rozpoznawczym. Pierwszy, który zdawał sobie sprawę z ważności tego zagadnienia, był Albert Rosenberga, który w r. 1905 ogłosił 3 spostrzeżenia zmian zapalnych jednej struny głosowej, zakończone po upływie kilku miesięcy zupełnym wyzdrowieniem.⁹⁾ We wszystkich

⁵⁾ Luschka. Der Kehlkopf des Menschen. 1871 str. 178.

⁶⁾ Migdałek taki opisał u zwierząt Luschka (l. c. str. 179).

⁷⁾ Ludwig Türck. Klinik der Krankh. d. Kehlkopf. etc. 1866 str. 165.

⁸⁾ Morell Mackenzie. l. c. str. 389.

⁹⁾ Albert Rosenberga. Ueb. einseitige Stimmbänderkrankh. Verh. d. Ver. süddeutsch. Laryngol. 1905.

²⁾ Carl Stoerk. Klinik der Krankh. des Kehlkopf. etc. 1880 str. 307 (podkreślenia moje).

³⁾ Na posiedzeniu laryngologów warszawskich 12. XI. 1889 r., na którym wygłosiłem odczyt o omawianem schorzeniu, zabrał głos Heryng i określił je jako zatkanie przewodów gruczołów śluz. krtani.

⁴⁾ Morell Mackenzie. Die Krankh. des Halses und der Nase. T. 1. str. 364. Przekł. i uzupełn. Semona.

trzech przypadkach natura cierpienia gruźlicza, kiłowa lub rakowa była z całą stanowczością wyłączona. Później podobne spostrzeżenie ogłosił Réthi¹⁰⁾, a szczegółowiej interesującą nas sprawą zajął się Heyman¹¹⁾, który cytuje jeszcze Tiley a, S e m o n a, S c h e i e r a, I m h o f e r a i C h i a r i e g o jako takich, którzy zapalenia nieżytowe jednej tylko struny prawdziwej widzieli.

Już na kilka lat przed R o s e n b e r g i e m miałem sposobność przekonania się o możliwości podobnych zapaleń w przypadku, dotyczącym bliskiej mi osoby, którą, jako taką, mogłem mieć w ciągłej i bardzo dokładnej obserwacji. Z ogłoszeniem tego przypadku zwlekałem, chcąc liczbę odpowiednich spostrzeżeń pomnożyć. Tymczasem jednak ukazała się praca R o s e n b e r g a, który ubiegł mnie w zamierzonym ogłoszeniu pierwszego, dokładnie spostrzeganego przypadku nieżyłowego zapalenia jednej struny prawdziwej. Z biegiem lat zdarzało mi się od czasu do czasu widywać podobne schorzenia, ogólne jednak wrażenie pozostało takie, że należą one do zjawisk względnie rzadkich, niedawno zaś spostrzegany bardzo jaskrawy przypadek tego rodzaju przypominał mi to zagadnienie i skłonił do poświęcenia mu wzmianki niniejszej.

Przypadek ten dotyczył lekarza lat 56, naogół zdrowego i doskonale odżywianego, który bez widocznej przyczyny nagle w nocy ochryplł i dostał silnego jednostronnego bólu gardła. Badanie, nazajutrz zrzucone, wykazało bardzo intensywne zaczerwienienie i obrzmienie lewej struny prawdziwej. Ruchomość lewej połowy krtani całkowicie zachowana. Głos ochryplły, ból nieco mniejszy, niż w ciągu nocy ubiegłej. Zaczerwienienie struny trzymało się około miesiąca, poczem powoli w zupełności ustąpiło, głos powrócił do stanu prawidłowego.

W przypadku tym nagłe wystąpienie bólu i chrypki dawało dostateczną gwarancję łagodności cierpienia, które określiłem jako ostre nieżytowe zapalenie lewej struny prawdziwej. Dodam mimochodem, że, gdyby tu mogły zachodzić jakiegokolwiek wątpliwości co do rozpoznania, to prędzej należałoby myśleć o raku (ze względu na wiek i doskonały stan ogólny chorego), niż o gruźlicy.

Wracam jednak do mojego spostrzeżenia pierwszego, które w owym czasie uchodziłoby z pewnością za sprawę gruźliczą.

Przypadek ten przedstawiał się, jak następuje:

Kobieta 30-letnia, dobrze odżywiana, pochodząca z rodziny, nieobarczonej gruźlicą, zauważyła, że od kilku tygodni głos jej się zmienił, nabrał brzmienia lekko ochryplego, zwłaszcza zmiana głosu występuje jaskrawo po dłuższym mówieniu, które ją, zresztą, męczy. Bólu, ani kaszlu niema. Sen i łaknienie dobre. Na wadze nie traci. Gorączki niema. Czy nie popełniła jakichś nadużyć głosowych (krzyk), nie pamięta, przypuszcza jednak, że, gdyby tak było, to byłaby sobie to przypominała.

Badanie gardzieli zmian żadnych nie wykryło, specjalnie ukrwienie błony śluzowej gardzieli i podniebienia prawidłowe. W krtani struna prawdziwa prawa przedstawia się w postaci okrągłego, dosyć grubego wálka koloru czerwonego, wykonywającego prawidłowe ruchy podczas oddychania i wydawania głosu. Poza tem żadnych zmian w krtani nie widać. Stan

serca i płuc prawidłowy. Ze strony narządów jamy brzusznej żadnych zmian nie stwierdziłem.

Pozostawiając rozpoznanie w zawieszeniu, skłaniałem się jednak bardziej do rozpoznania sprawy nieżytowej. Osobę tę badałem bardzo często i miałem w obserwacji ciągłej prawie cały rok. Mogłem więc stwierdzić w pierwszych tygodniach i miesiącach, że sprawa nie postępuje, że stan ogólny nie podupada, że ze strony płuc żadne objawy nie występują. W późniejszych miesiącach dawało się spostrzegać stopniowe ustępowanie czerwonoci i nacieczenia, a około 10 miesiąca od początku obserwacji struna przedstawiała się zupełnie prawidłowo, nie różniąc się niczem od drugiej, zdrowej. Dodać muszę, że nie stosowałem żadnych leków ani miejscowo, ani ogólnie. Leczenie polegało na zaleceniu milczenia, do którego pacjentka stosowała się niezbyt ściśle, oraz na przepędzeniu dwóch miesięcy letnich na wsi, co, zresztą, i w dawniejszych latach regularnie się odbywało. Stan miejscowy krtani, jak i stan ogólny był aż do samej śmierci (z wypadku) po latach 20 w zupełności zadawalający.

Przyznać muszę, że, gdyby mnie wówczas zapytano, dlaczego w przypadku tym skłaniałem się bardziej do rozpoznania sprawy nieżytowej, nie umiałbym tego uzasadnić należycie. Sądzę obecnie, że raczej pewien sentyment, bronienie się przed przypuszczeniem tak poważnej choroby, jak gruźlica, u osoby bardzo mi bliskiej grały tu rolę niepoślednią. Były jednak pewne względy, na które powołać się było można, chociaż decydującego znaczenia w rozpoznaniu mieć one nie mogły: dobry stan ogólny, brak gorączki i pochodzenie z rodziny, nieobarczonej gruźlicą. Następcza się tu jeszcze pytanie, czy jednak w przypadku tym gruźlicę można wyłączyć z całą pewnością, pomyślnie bowiem zakończenie się sprawy bez pozostawienia jakiegokolwiek śladów choroby możliwe jest i w gruźlicy krtani. Opisywałem już kiedyś przypadki daleko posuniętej gruźlicy strun głosowych, tak radykalnie przez naturę wyleczone, że nie można było poznać, aby struny te kiedyś były chore. Były to przypadki gruźlicy włóknistej, w których badanie płuc zupełnie wyraźnie stwierdzało blizny, cały *habitus* przemawiał za gruźlicą, a wywiady wspominały o momencie dziedzicznym. W opisanym wyżej przypadku płuca i budowa ciała były poza wszelkiem podejrzeniem gruźlicy, aż do samej śmierci.

Czem więc kierować się należy, aby trafnie charakter zmian struny głosowej prawdziwej rozpoznać?

Jeżeli, jak we wspomnianym wyżej przypadku ostrego wystąpienia sprawy, widzimy chorego już w pierwszym dniu lub pierwszych dniach choroby, to rozpoznanie nie przedstawia trudności i narzuca się samo przez się: gruźlica struny (ani rak lub kiła) nie rozpoczyna się nagłym gwałtownym bólem, nagłą chrypką i intensywnym zaczerwienieniem struny. W gorszych znajdujemy się warunkach, jeżeli dowiadujemy się od chorego, że chrypka trwa już od dłuższego czasu, że sprawa postępowała powoli, nie rozpoczęła się od wyraźnego bólu, nie wystąpiła nagle, po jakimś wysiłku głosowym, co do którego, zresztą, chory dokładnie sobie nie przypomina, czy go istotnie nie popełnił. Tutaj rozpoznania pewnego od razu zrobić nie można, tu systematyczna, na dłuższą metę obliczona obserwacja jest nieodzowna.

Rzecz prosta, że stan ogólny, ciepłota ciała, stan płuc, ruchomość struny, warunki dziedziczności — wszystko to, razem wzięte, daje nam niejaki co do rozpoznania wskazówki, nie jest jednak rozstrzygają-

¹⁰⁾ Monatsschr. f. Ohrhkl. 1905

¹¹⁾ Monatsschr. f. Ohrhkl. 1913.

ce. Podany niegdyś przez B. Fränkla sposób rozpoznawczy, polegający na zbadaniu bakterjologicznym śluzu z krtani, wydobytego na wprowadzonym do niej waciku, mało daje gwarancji trafnej oceny takiego badania, gdyż wykryte laseczki mogą pochodzić z płuc, z drugiej zaś strony brak ich nie dowodzi, że nacieczenie struny nie jest natury gruźliczej, z nieowróżdźkiej bowiem struny gruźliczej laseczek nie otrzymamy. Tak więc jedynie dłuższa obserwacja może rozstrzygać o rozpoznaniu, wszystkie inne dane mogą tylko z większym lub mniejszym prawdopodobieństwem za tem lub owem rozpoznaniem przemawiać.

Dodam jeszcze w końcu, że w przypadkach nacieczenia jednej tylko struny głosowej należy pamiętać i o kile i o raku, o tym ostatnim zwłaszcza u osobników starszych.

Gruźlica w Łodzi w r. 1929.*)

Podał

Aleksander MARGOLIS, przewodniczący Rady Naczelnej walki z gruźlicą w Łodzi.

W myśl § 4 Statutu Łódzkiej Rady Naczelnej walki z gruźlicą do zadań jej należy „prowadzenie statystyki gruźlicy na terenie m. Łodzi”. W pierwszym roku istnienia Rady zadanie sprawozdawcze z natury rzeczy—obok skoordynowania działalności instytucji przeciwgruźliczych—musiało się wysunąć na plan pierwszy. Ujęcie materiału statystycznego w możliwie pełny obraz, dający wgląd w stan gruźlicy w Łodzi i pojęcie o rozporządzalnym arsenale walki z nią, o funkcjonowaniu, sprawności i wydajności aparatu przeciwgruźliczego zezwala na wysnucie wniosków praktycznych dla dalszego rozwoju walki z gruźlicą na terenie naszego miasta.

Materiał statystyczny w myśl powyższych wywodów dzieli się na 2 zasadnicze grupy: I —zagruźliczenie Łodzi, II — arsenał walki z gruźlicą.

I. Stan gruźlicy w Łodzi.

Stan zagruźliczenia jest wogóle trudno uchwytne. Przedewszystkiem nie mamy obowiązkowego zgłaszania przypadków gruźlicy. Ale gdyby nawet obowiązek taki w tej czy innej formie istniał, trudno jest ustalić, co statystycznie należy uważać za gruźlicę. Jeśli przyjąć za podstawę stwierdzenie za pomocą odczynu biologicznego faktu zetknięcia się ustroju z laseczkiem lub nawet stwierdzenie za pomocą badania fizykalnego pewnych stałych zmian anatomicznych, otrzymalibyśmy bezwzględnie liczby zawrotne. Przeciwnie patologoanatomowie stwierdzają zmiany gruźlicze u przeszło 90% całego materiału sekcyjnego w miastach.

Mierników tych nie mamy prawa brać pod uwagę dla materiału, na którym ma się oprzeć walka z gruźlicą. Dla walki tej potrzebne jest określenie liczby chorych, wymagających leczenia lub szerzących zarazę. Nie wyłącza to naturalnie konieczności zwracania baczonej uwagi na dzieci, nie chore na gruźlicę, lecz przez nią zagrożone. Ale tu mamy już do czynienia z armją rezerwową gruźlicy, a nie z armją czynną.

Na konieczność ograniczenia akcji przeciwgruźliczej do gruźlików, wymagających leczenia lub zagra-

żających otoczeniu, zwrócił uwagę w swym odczycie na ostatnim Zjeździe lekarzy i przyrodników w Wilnie Seweryn Sterling i tem wskazał racjonalne podstawy normalizacji walki z gruźlicą. Rozszerzenie tej walki na przedmiot o granicach nieokreślonych, zartartych, dający się doprowadzić prawie do 100% ludności, na korzyść całej akcji nie wychodzi. Podobne rozszerzenie rozprasza energię, miast ją koncentrować na specyficznych koniecznościach walki z gruźlicą. A te muszą mieć przedmiot, dokładnie określony.

Jedyną liczbą w statystyce gruźlicy zupełnie realną jest liczba zgonów, które są dokładnie rejestrowane. Liczba ta dla r. 1929 w Łodzi wynosi 1469. W obliczeniu na 10.000 mieszkańców stanowi liczba ta 24,4.

Do porównania z latami ubiegłymi służy następująca tabela liczb, wziętych z roczników statystycznych m. Łodzi.

1919:	58,5	1925:	25,3
1920:	37,5	1926:	27,6
1921:	27,4	1927:	27,0
1922:	29,8	1928:	26,7
1923:	29,2	1929:	24,4
1924:	29,7		

Z liczby zgonów z powodu gruźlicy statystyka wnioskuje o liczbie chorych na tę chorobę w sensie, o jakim mówiliśmy na wstępie. W tym celu bierze się zwykle mnożnik 10, przez który mnoży się liczbę zgonów, otrzymując w ten sposób liczbę chorych. Stosując ten mnożnik, otrzymamy dla Łodzi w r. 1929 liczbę chorych na gruźlicę 14690, czyli 2,2% ludności.

Porównanie z latami ubiegłymi daje tabelka następująca:

Rok	Liczba gruźlików	% ludność
1919	25370	5,9
1920	16210	3,7
1921	12430	2,7
1922	14070	2,9
1923	14740	2,9
1924	15450	2,9
1925	13650	2,5
1926	15590	2,7
1927	15610	2,7
1928	15720	2,6
1929	14690	2,2

W tem miejscu muszę zwrócić uwagę na to, że kartoteka Rady Naczelnej walki z gruźlicą do 1.1.1930 obejmuje 6029 przypadków gruźlicy. Mamy więc zarejestrowanych 41% wszystkich gruźlików w Łodzi. Jak na pierwszy rok istnienia tej kartoteki, należy uznać sprawność naszej rejestracji.

Mamy więc w Łodzi około 15000 chorych na gruźlicę, będących rozsądnymi tej choroby i wymagających leczenia. Na nich, ich otoczenie powinna być skierowana akcja walki z gruźlicą. Dla nich istnieje arsenał walki z gruźlicą. Analiza materiału statystycznego o środkach, które mi Łódź w walce z gruźlicą rozporządza, da nam możliwość stwierdzenia, co w Łodzi w tym kierunku jest potrzebne, i gdzie powinny być skierowane celowe wysiłki.

II. Arsenał walki z gruźlicą.

Arsenał nasz składa się z 4 działów: 1) poradnie, 2) szpitale, 3) sanatorja, 4) prewentorja, do których zaliczam również kolonie letnie. Pomijam ambulatorja

*) Odczytane na rocznym posiedzeniu Rady Naczelnej walki z gruźlicą w Łodzi.

miejskie i Kasy Chorych, w których leczenie gruźlików odbywa się, jako nie mające charakteru specjalnego, i skąd zebranie materiału statystycznego spotyka się ze znacznymi trudnościami.

Czynnych poradni przeciwgruźliczych jest na terenie Łodzi 6. Trzy z nich prowadzone są przez Magistrat m. Łodzi, trzy — przez Robotnicze Towarzystwo Przyjaciół Dzieci. Rada Naczelna walki z gruźlicą przeprowadziła terytorjalny podział pomiędzy te poradnie w ten sposób, że miasto podzielone zostało na 6 rejonów, z których każdy przydzielony został do jednej poradni. Wobec tego jedna poradnia przypada na mniej więcej 120000 ludności. W roku sprawozdawczym przez wszystkie poradnie przeszło 22299 osób czyli 3,5% całej ludności miasta. Ogólna suma porad i badań, dokonanych przez poradnie wyniosła 90340. Wywiadowczyne poradnie dokonały 7625 wywiadów w mieszkaniach chorych, na skutek których zgłosiło się do poradni 3070 osób z otoczenia chorych. Najbardziej doniosłym jest, że wśród tych w przeszło 50% w poradniach stwierdzona została obecność gruźlicy czynnej, i osoby te poraz pierwszy zostały skierowane do leczenia.

W ostatnim miesiącu roku sprawozdawczego poradnie rozwinęły akcję szczepień ochronnych BCG. Wobec krótkiego okresu czasu sprawozdania nie podaję, gdyż właściwa akcja rozwinęła się w roku bieżącym.

Biorąc pod uwagę liczby powyższe, charakteryzujące pracę poradni, liczbę osób, które zostały obsługiwane, liczbę dokonanych badań, należy stwierdzić, że liczba poradni przeciwgruźliczych w Łodzi jest obecnie wystarczająca. W dziedzinie tej należy dążyć do intensyfikacji pracy przez przyspieszenie dokonania badań. W tym celu należy powiększyć personel lekarski i wywiadowczy, polepszyć warunki lokalowe, zaopatrzyć lepiej poradnie w przyrządy rozpoznawcze. W pierwszej linii niezbędne jest powiększenie liczby aparatów Roentgena. Poradnie miejskiej Sekcji do walki z gruźlicą z zasady badają za pomocą Roentgena wszystkich zgłaszających się członków rodzin chorych na gruźlicę otwartą. Metoda ta przyczyniła się wydatnie do wykrycia początkowych okresów gruźlicy w otoczeniu chorych.

2) Wielką rolę w walce epidemiologicznej z gruźlicą odgrywają oddziały szpitalne, gdyż im przypada w udziale izolowanie chorych na gruźlicę otwartą.

Jak pod tym względem przedstawiała się sytuacja w Łodzi w r. 1929?

Specjalne oddziały dla gruźlicy istnieją w szpitalach miejskich: w szpitalu na Radogoszczu oddział męski na 60 łóżek i oddział dla gruźlicy kostnej na 50 łóżek, w szpitalu św. Aleksandra oddział kobiecy dla gruźlicy otwartej na 50 łóżek. Razem 160 łóżek. Leczyło się w roku sprawozdawczym na oddziałach tych 841 chorych na gruźlicę płuc i 226 chorych na gruźlicę kostną. Liczby te w stosunku do zapotrzebowania są zbyt szczupłe. Nic więc dziwnego, że gruźlica w szpitalach przerwała tamę oddziałów specjalnych i leczona była również na oddziałach ogólnych. A więc wszystkiego chorych na gruźlicę płuc było w szpitalach miejskich 944, na gruźlicę pozapłucną 286. W szpitalach prywatnych (t. zw. społecznych) leczono się na gruźlicę płuc 380 chorych (w szpitalu Anny-Marji 91, w szpitalu im. Poznańskich 289), na gruźlicę pozapłucną 176 (w szpitalu Anny-Marji 157, Poznańskich 19).

Razem we wszystkich szpitalach leczono 1324 przypadków gruźlicy płuc, 462 przypadki gruźlicy pozapłucnej, razem 1786 przypadków.

Wobec tego, że łóżko chorego na gruźlicę płuc przeciętnie obłożone było w ciągu roku 8,5 razy, a łóżko chorego na gruźlicę pozapłucną 4, 5 razy, zajętych było w ciągu roku we wszystkich szpitalach 155 łóżek przez gruźlicę płuc, 103 łóżka przez gruźlicę pozapłucną, razem 258 łóżek. Wynosi to około 25% łóżek szpitalnych w Łodzi. Aczkolwiek jest to odsetek bardzo znaczny, tłamaczący się nader małą liczbą ogólnych łóżek szpitalnych w Łodzi z jednej strony i złymi warunkami mieszkaniowymi ludności łódzkiej z drugiej strony, to jednak, biorąc liczby absolutne mamy jeszcze wielki deficyt w liczbie łóżek szpitalnych dla chorych gruźliczych. Według norm, przytoczonych przez Grodeckiego i Sielickiego w monografii Polskiego Związku Przeciwgruźliczego, a wymagających liczby łóżek szpitalnych dla gruźlicy w wysokości 15% liczby gruźlików, Łódź potrzebuje 1100 łóżek gruźliczych. Wobec tego, że gruźlicy udzielono 258 łóżek, brakowało 843 łóżek. Zapotrzebowanie pokryte było w wysokości 23%.

Pokrycie to odpowiada mniej więcej pokryciu skromnie obliczonej potrzebnej ilości ogólnej liczby łóżek szpitalnych w Łodzi. Z tego wynika, że tworzenie dalszych oddziałów gruźliczych w szpitalach łódzkich w ramach obecnego szpitalnictwa bez jego dalszej rozbudowy może odbyć się tylko ze szkodą dla ogólnego szpitalnictwa. Ponieważ jednak tworzenie nowych oddziałów gruźliczych dla racjonalnej walki z gruźlicą jest niezbędne, należy i na tem miejscu podkreślić konieczność ruszenia z martwego punktu w dziedzinie rozbudowy szpitalnictwa. Jednocześnie powinniśmy wysunąć postulat utrzymania przy rozbudowie szpitalnictwa stosunku 25% łóżek dla gruźlicy, jako normy w naszych warunkach lokalnych niezbędnej.

3) Przechodzimy do sanatorjów.

W sanatorjach leczonych było w r. 1929:

w miejskim Sanatorjum dla piersiowo-chorych w Chojnach pod Łodzią 674 osoby przy 30577 dniach szpitalnych,

w miejskim Sanatorjum dla dzieci w Łagiewnikach pod Łodzią 320 dzieci przy 18536 dniach szpitalnych,

w Sanatorjum U. J. w Zakopanem na koszt Magistratu m. Łodzi 5 dzieci przy 1016 dniach,

w Sanatorjum w Rabce na koszt Magistratu 43 dzieci przy 2286 dniach,

w Sanatorjach w Zakopanem, Wodzisławiu, Smukale i Bystrej na koszt Kasy Chorych m. Łodzi 727 chorych,

czyli razem przebywało w sanatorjach 1401 chorych dorosłych i 368 dzieci, razem 1769 osób. A więc na 10.000 mieszkańców leczono się w sanatorjach 26 osób. Liczba zaś łóżek sanatoryjnych, które mi. Łódź rozporządzała, wynosiła 243, czyli 3,6 na 10.000 mieszkańców. Według wspomnianych norm, przytoczonych przez Grodeckiego i Sielickiego, Łódź potrzebuje 735 łóżek sanatoryjnych, czyli deficyt wynosi 492 łóżka przy pokryciu zapotrzebowania w wysokości 33%.

4) Najlepiej względnie przedstawia się sprawa prewentorjów. Jako prewentorja liczyć należy prócz Prewentorium miejskiego dla dzieci zagrożonych w Łagiewnikach na 100 miejsc, z którego korzystało w

roku sprawozdawczym 481 dzieci (14239 dni) i prewentywum Kasy Chorych w Tuszyńku, gdzie przebywało 480 dzieci (16560 dni), jeszcze kolonie letnie, do których wysyła się dzieci, zakwalifikowane przez lekarzy. Nie można zaliczać do prewentywum kolonij zastępujących letniska. A więc funkcje prewentywum pełniły: kolonia miejska w Rabce na 60 miejsc, gdzie przebywało 319 dzieci (9583 dni), kolonia miejska w Inowłodzu (145 dzieci), w Pniewie (75 dzieci), Jordanowie (108 dzieci), kolonie letnie Rob. Tow. przyjaciół dzieci w Kocierzowach (107 dzieci), kolonie letnie TOZu (800 dzieci). Razem we wszystkich prewentywumach i

kolonjach przebywało 2115 dzieci. Jeśli do tego dodamy półkolonie miejskie dla dzieci, z których korzystało 4000 dzieci, otrzymamy liczby pokaźne.

Z powyższego sprawozdania wynika, że główną uwagę w Łodzi należy zwrócić na rozszerzenie lecznictwa szpitalnego w pierwszej linii, sanatoryjnego w drugiej. W tem ostatnim brak zupełny sanatoryjnego dziennego. W dziedzinie prewentywum można na razie ograniczyć się do utrzymania stanu posiadania.

W dziedzinie akcji poradnianej należy dążyć do intensyfikacji dalszej pracy obecnie istniejących poradni.

Wiadomości bieżące

Choroby zakaźne w Polsce.

RODZAJ CHOROBY	13 IV-19 IV	20 IV-26 IV	27 V-1-3 V	4 V-10 V
Dżuma	0	0	0	0
Ospa	0	2 (0)	5 (0)	0
Cholera	0	0	0	0
Dur brzuszny	140(6) *)	117 (7)	94 (10)	193 (8)
Dur rzekomy	0	0	1 (0)	0
Dur osutkowy	64 (2)	53 (3)	67 (6)	60 (7)
Dur powrotny	0	0	1 (0)	0
Czerwonka	4 (2)	5 (1)	6 (0)	4 (1)
Płonica	451 (2)	415 (20)	343 (20)	424 (11)
Błonica	284 (13)	216 (16)	217 (10)	232 (12)
Zapal. op. mózg. . . .	13 (3)	11 (3)	141 (1)	18 (1)
Odra	1224 (11)	895 (12)	1054 (11)	1242 (14)
Róża	100 (8)	78 (8)	85 (7)	110 (2)
Krzusiec	164 (11)	108 (9)	184 (5)	221 (11)
Malarja	1 (0)	2 (0)	3 (0)	5 (0)
Posoczn. połog. . . .	31 (9)	31 (13)	30 (7)	36 (12)
Trąd	0	0	0	0
Jaglica	617 (0)	314 (0)	253 (0)	388 (0)
Wąglik	1 (1)	0	1 (0)	0
Nosacizna	0	0	0	0
Włośnica	1 (0)	1 (0)	0	0
Wścieklizna	0	0 (1)	0	0
Zatr. jad. kielb. . . .	0	4 (0)	44 (1)	4 (1)
Chor. Heins-Medina . .	1 (0)	0	0	0
Inne choroby zakaźne	154 (3)	88 (5)	72 (4)	239 (2)

*) Liczby w nawiasach oznaczają zgony.

— Redakcja „Warsz. Czasop. Lek.” obchodzi dziś święto jednego z najbardziej zasłużonych krajowi i nauce lekarzy polskich, D-ra Kazimierza Dłuskiego, którego ma zaszczyt zaliczać do grona swoich współpracowników i współwydawców.

Na czele dzisiejszego numeru znajdzie czytelnik historję żywota tego niepospolitego Męża, skreśloną świetnym piórem Seweryna Sterlinga. Redakcja nasza, poświęcając Mu numer swego pisma, w skromnych zaledwie, o wiele za skromnych w stosunku do zasług Dłuskiego rozmiarach dzień Jego jubileuszu upamiętnia. Chcąc przeto trwałym pomnikiem swoją dla Jubilata cześć wyrazić, zapraszamy wszystkich, którzy zasługi Jego należyście oceniają, do składek na fundusz

konkursowy Jego imienia. Bliższe szczegóły i warunki konkursu ogłoszone będą później.

Na zapoczątkowanie funduszu konkursowego imienia Kazimierza Dłuskiego Redakcja „Warsz. Czasop. Lek.” składa Zł. 500.

— Niestrudzony bibliotekarz Tow. Lek. Warsz., kol. Zwejgbaum, podaje do wiadomości kolegów, członków i nieczłonków Towarzystwa, że opracował „Katalog słownikowy” biblioteki, rodzaj katalogu rzeczowego, który w sposób prosty i praktyczny rozwiązuje sprawę informowania interesantów, jakimi dziełami danego tematu biblioteka rozporządza. Sporządzeniem tego katalogu oddał kol. Zwejgbaum wielką przysługę każdemu z kolegów, interesujących się w danej chwili pewnym zagadnieniem naukowym. Dotychczas gotów jest spis słownikowy wszystkich podręczników, monografij i rozpraw, mających więcej nad 50 stron druku. W ciągu najbliższych lat ma być przygotowany katalog słownikowy broszur i odbitek, znajdujących się w bibliotece.

Wszyscy koledzy, którym strona naukowa naszego zawodu nie jest obojętna, z pewnością należyście ocenią wielką zasługę kol. Zwejgbauma i z wdzięcznością przyjmą zaproszenie do korzystania z owoców jego kilkoletniej mozolnej pracy.

— Od Zarządu Głównego Związku Lekarzy Słowiańskich w Polsce otrzymujemy następujący komunikat.

Z powodu III Zjazdu Lekarzy Słowiańskich, który się ma odbyć 4 — 8 października 1930 r., w Splicie, Zarząd Główny podał za łaskawem pośrednictwem prasy lekarskiej i zakomunikował Okręgom Związku te informacje, które dotychczas otrzymał od Komitetu Jugosłowiańskiego. Zarząd Główny w drugim komunikacie prosił kolegów, członków Związku Lekarzy Słowiańskich w Polsce, ażeby zgłoszenia na Zjazd podawali do swoich Okręgów, gdyż Okręgi posiadają dokładną ewidencję członków Związku Lek. Słow. w Polsce. Pomimo to napływają zgłoszenia do Zarządu Głównego od poszczególnych kolegów, nawet nie będących członkami Związku Lek. Słow. Dla uniknięcia korespondencji i nieporozumień, Zarząd Główny komunikuje, że zgłoszenia na Zjazd członków i rodzin, należy kierować do właściwych Okręgów i że starania o ulgi paszportowe, kolejowe i t. p. Zarząd Główny będzie czynił tylko dla członków Związku Lek. Słow. w Polsce, do czego jedynie jest uprawniony.

Dla przypomnienia i orientacji, Zarząd Główny podaje:

1. że według § 7 Statutu, Związek dzieli się na 5 Okręgów:

1) Warszawski, obejmujący m. st. Warszawę i województwa: Warszawskie, Białostockie, Lubelskie, powiaty: Brzeziński, Łaski, Łęczycki, Łódzki, Piotrkowski i Radomski województwa Łódzkiego. — Przewodniczącym Okręgu Warszaw-

skiego. jest Dr. Waclaw Kowalski, Warszawa—Nowogrodzka 10 i do niego należy się zwracać.

2) Okręg Krakowski obejmujący województwa: Krakowskie, Kieleckie i Śląskie. Przewodniczący — prof. Józef Latkowski, Kraków—Pańska 5.

3) Okręg Lwowski obejmujący województwa: Lwowskie, Stanisławowskie, Tarnopolskie i Wołyńskie. Przewodniczący — prof. Roman Leszczyński, Lwów, Wałowa 23.

4) Okręg Poznański obejmujący województwa: Poznańskie, Pomorskie i powiaty: Kaliski, Kolski, Koniński, Sieradzki, Słupecki, Turecki i Wieluński województwa Łódzkiego. Przewodniczący — prof. Adam Karwowski, Poznań, ul. 27-Grudnia, Nr. 18.

5) Okręg Wileński, obejmujący województwa: Wileńskie, Nowogrodzkie i Poleskie. Przewodniczący generał Dr. Leon Klott, Wilno, Wilkomierska 7. Siedzibą Okręgu według § 8, jest miasto uniwersyteckie.

II. według § 3 „członkami Związku mogą być wszyscy zamieszkałi w Polsce, lekarze słowiańscy, bez różnicy narodowości. Członków Związku przyjmuje właściwy pod względem zamieszkania kandydata, Zarząd Okręgowy Związku, na skutek złożonej przez niego deklaracji na piśmie, popartej przez 2-ch członków Związku. Członkostwo ustaje 1) w razie śmierci członka, 2) w razie niepłacenia składek członkowskich i 3) w razie wykluczenia członka ze Związku przez Radę Delegatów na wniosek Głównego Zarządu“. Według § 12, wszyscy członkowie Związku obowiązani są wpłacać do swoich Okręgów roczną składkę, w wysokości 3 złotych.

III. Na zebraniu Centralnego Komitetu w Pradze 1928 r., postanowiono, że na przyszłość, wobec kosztów związanych z organizacją zjazdów i drukiem sprawozdania, będzie pobierana od uczestników zjazdu, opłata (wpisowe) w wysokości 2-ch dolarów, co wyniesie za uczestnictwo w Splicie, około stu dolarów.

IV. Zgłoszenia na Zjazd należy złożyć najpóźniej do 1-go lipca r. b., przyczem prosimy, żeby tylko ci się zgłaszali, którzy napewno pojedą. Do tego rodzaju prośby upoważnia nas doświadczenie poprzedniego zjazdu (w Pradze), kiedy zgłosiło się bardzo wielu, było dużo kłopotu z wyrabianiem paszportów, duża strata czasu i kosztów kancelaryjnych, a w ostatniej chwili, wielu się cofnęło, jak również w ostatniej chwili zgłosili się nowi uczestnicy, co wymagało nowych kłopotów i załatwiania spraw telegraficznie.

W sprawie programu zjazdów i języka w jakim referenci mogą przemawiać, to w myśl § 9 Statutu Wszechrzeczności Związku Lekarzy „program układu „miejscowy Zarząd Krajowy“, językiem obrad jest język słowiański, macierzysty, danego referenta.

Przypominamy jeszcze raz, że referaty i streszczenia referatów, należy zgłaszać najpóźniej do 30 czerwca r. b. do prof. Gjorgji Joanović'a — Belgrad, do prof. K. Radončić'a — Zagrzeb, medicinska klinika, ul. Draskoviceva 19, respective do prezesa zjazdu Dra M. Ivković'a, Belgrad, Decanska 29, komunikując o referatach jednocześnie Zarządowi Głównemu Związku Lekarzy Słow. w Polsce, Warszawa, Niecała 7. Referaty i streszczenia powinny być pisane na maszynie.

Co do kosztów drogi i warunków, nic jeszcze nie otrzymaliśmy od Komitetu zjazdowego. Zwróciliśmy się do T-wa „Wagons Lits Cook“ z prośbą o obliczenie kosztów drogi i po otrzymaniu danych podamy je do wiadomości.

Przewodniczący Zarządu Głównego
Związku Lek. Słow. w Polsce

Dr. med. B. Jekimiak.

— Zapisy na Zjazd Lekarzy Słowiańskich w Splicie.

Okręg Warszawski Związku Lekarzy Słow.

wiańskich w Polsce zawiadamia niniejszem, że zapisy na III Zjazd Lekarzy Słowiańskich, który odbędzie się w Splicie w dn. 4-8 października r. b., przyjmuje od członków Okręgu Warszawskiego Skarbnik Okręgu Dr. W. Szumlański (Bracka 13 m. 2.) listownie albo osobiście w godzinach od 4 — 5 p. p.

Uwzględniane będą zgłoszenia tylko tych członków, którzy nie zalegają w składkach za lata ubiegłe i wpłacą składkę za rok 1930.

Składki wpłacać można do P. K. O. na konto D-ra W. Szumlańskiego Nr. 9-82. Termin zapisów upływa w dniu 15 czerwca r. b.

— Odbyta pod przewodnictwem D-ra Baracha (Wiedeń), naukowa wycieczka lekarska do Hiszpanji po krótkim pobycie w Wenecji, udała się do San-Remo, a stamtąd przez Bordigherę do zamku Grimaldi, gdzie uczestnicy zwiedzili instytut prof. Woronowa, a stąd przez Mentonę i Monte Carlo udali się samochodami do Nizzy. Tutaj przemawiał ich w Casino Mediterranéen Dr. Faure, prezes tamtejszego Towarzystwa Lekarskiego. Dalej droga prowadziła przez Barcelonę, gdzie pomyślano zarówno o turystycznej, jak i naukowej stronie wycieczki. Tutaj podczas bankietu przemawiał między innymi Dr. Bociański z Polski. Wspaniałe przyjęcie zgotowano uczestnikom wycieczki w Madrycie, gdzie podczas bankietu przemawiał między innymi Dr. Sienicki z Polski. Droga powrotna z Hiszpanji prowadziła przez Francję i Szwajcarję. Cała podróż odbyła się ku zupełnemu zadowoleniu uczestników wycieczki, którzy w serdecznych słowach dziękowali jej inicjatorowi i organizatorowi, D-rowi Barachowi.

— № 9-ty dwutygodnika „Dziecko i Matka“ przynosi następujące artykuły: „Matka wobec psychiki dziecka“ Dr. J. Dylińskiej, „Kto jest niegrzeczny“ J. Hikiertowej, „Zabawy i spacerki wiosenne“ Dr. St. Pfanhauser, „Odżywianie w okresie ciąży“ M. Morzkowskiej, „Matka jako pielęgniarka“ Dr. H. Niemczyckiej, „O reumatyzmie u dzieci“ Dr. Felicji Łuniewskiej, „O zapaleniu nerek“ Dr. M. Kłosińskiej; Dział „ważne drobniaki“ porusza następujące sprawy: oklamywanie dzieci, cierpliwość, zamilowanie dzieci, porządek, pielęgniarstwo, obuwie dla niemowląt i odleżyny. Numer uzupełniają doskonale plóra: F. Kruszewskiej (nowela „Wiosneczka święta“) i M. Czerkawskiej (wiersz „Zabawa“) oraz dział „Matki między sobą“, „Mody dziecinne“ i „Odpowiedzi Redakcji“ w sprawie higieny i pielęgnacji dzieci czytelników.

Sprostowanie. W Nr. 20 na str. 478 szpalta prawa w wierszu 12 od dołu — zamiast Fryderyk Wielki — powinno być: — Fryderyk Wilhelm IV.

KALENDARZYK POSIEDZEŃ TOWARZYSTW LEKARSKICH.

20. V. Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

1. J. Bukowska. Współczynnik kwasowo-zasadowy u dzieci leczonych w Ciechocinku. 2. E. Apfelbaum. Badania doświadczalne i kliniczne nad leczeniem niedożywności wątroby i jej wyciągami.

21. V. Polskie Towarzystwo Gastrologiczne.

Sprawozdania: a) sekretarza, b) skarbnika, c) komisji rewizyjnej. 2. Wybory 4 członk. Zarz. 3. Wolne wnioski. Pokazy: Rubin i Nusbaum. Wymioty krwawe w przebiegu kamicy żółciowej. 4) J. Czarkowski. Kilka

uwag w sprawie trudności technicznych przy operacji kamicy żółciowej.

21.V. Towarzystwo Okulistów Polskich. Oddz. Warsz.

1. Odczytanie protok. poprz. posiedz. 2. Pokazy: a) M. Floksztumpf, S. Gądek i B. Karbowski. Chorzy leczeni radem z powodu nowotworów przysadki mózgowej. b) K. Bein. Pokaz stereogramów dna oka. 3. Odczyt: Pulk. Dr. K. Borczowski. O środkach bojowych wywołujących łzawienie.

22.V. Warszawskie Towarzystwo Ginekologiczne.

1. Pokazy: a) Doc. H. Beck. Usunięcie macicy sposobem Doyena z powodu niedowładu macicy po porodzie. b) Henryk Altkaufer. Pokaz chorejpo zabiegu operacyjnym z powodu niedorozwoju narządów rodnych. Odczyty: a) T. P. Chełmecki. Ochrona i uszkodzenia krocza podczas porodu. b) G. Bychowski (gość). Klinika i terapia dyspareunji.

24.V. Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej, Sekcja Kliniczna.

1. A. Siedlecka i J. Stein. O guzach serca. 2. J. Mackiewicz. O guzach mózgu.

25.V. Polskie Tow. Psychiatryczne. Oddział Warszawski.

(godz. 10 m. 15 rano. Szpital w Tworkach).

1. Deresz i Konorski — Zaburzenia psychiczne w przypadku nowotworu mózgu. 2. Łuniewski — Przypadek długotrwałego osłupienia reakcyjnego. 3. Jełowicki — Przypadek sądowo psychiatryczny nastrożający trudności rozpoznawcze. 4. Handelsman — Kilka uwag w związku z przypadkiem zaburzeń psychicznych w stwardnieniu rozsia-

nem. 5. Steffen — Przypadek porażenia postępującego ze zmianami stawowymi.

27.V. Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

1. P. Pręgowski — Pokaz przypadków psychiatrycznych po leczeniu preparatami gruczołów dokrewnych. 2. E. Rejcher — O podstawowej przemianie materji i o pracy serca u chorych z cierpieniami narządu krążenia.

27.V. Zrzeszenie Lekarzy Rzplitej Polskiej.

A. Pokazy: 1. M. Płoński: a. Przypadek torbieli nerki niezwykłych rozmiarów. b. Polipy w sercu. 2. A. Fryszman: 2 przypadki wodonercza o różnej etiologii. 3. Ludwik Abramowicz: Przypadek obcego ciała, zalegającego od 4 miesięcy w oskrzelu. B. Odczyty: 1. M. Mayzner: Erythema infectiosum (klinika, epidemiologia i biologia). 2. B. Hermelinowa. Obraz krwi w erythema infectiosum.

30.V. Polskie Towarzystwo Oto-Laryngologiczne.

1) Demonstracja chorych, 2) odczytanie protokołu poprzedniego zebrania, 3) komunikaty Zarządu, 4) ważne sprawy dotyczące ogółu członków Towarzystwa.

31. V. Warszawskie Koło Tow. Internistów Polskich.

1. M. Grycewicz: Przypadek lymphadenitidis acutae generalisatae. 2. J. Grott i B. Szpechtówna: Przypadek promienicy płuc. 3. K. Dąbrowski i St. Wąsowicz: Dwa przypadki promienicy klatki piersiowej. 4. S. Wszelaki: Przypadek ropnia płuc o powikłanym przebiegu (epicrisis). 5. K. Dąbrowski: Rozstrzeń oskrzeli górnego płatu płucnego. 6. J. Grott: Przypadek guza jamy brzusznej. 7. W. Markert: Przypadek nerczy.

TREŚĆ S. STERLING. Doktor medycyny Kazimierz Dłuski w dniu siedemdziesiątej piątej rocznicy urodzin. — A. GLUZIŃSKI. Urywek ze wspomnień lat dawnych. — O. SOKOŁOWSKI. Pierwsza wzmianka w literaturze o pozaszczepionym pochodzeniu gruźlicy płuc. — W. KNAPPE. Kazimierz Dłuski jako prezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Społecznej. — G. LEWIN. Kilka słów o krwiopłuciu. — J. SKŁODOWSKI. Spostrzeżenia i uwagi nad otruciem kwasem solnym oraz innymi płynami żrącymi. — H. PUSZET. O leczeniu ropnego gruźliczego zapalenia opłucny miejscowymi zastrzykowaniami aurosanu. — St. STERLING—OKUNIEWSKI. Słów kilka w sprawie rozpoznawania nowotworów złośliwych płuc i opłucny. — St. KEILSON. Gruźlicze nacieki wczesne, przebiegające pod postacią duru (posocznicy gruźliczej, typhotuberculosis). — H. KRYSZEK. O zachowaniu się serca w przebiegu suchot płucnych. — St. RUDZKI. Gruźlica otyłych. — O. SOKOŁOWSKI. Przyczynki do wziernikowania klatki piersiowej. — M. GANTZ. Astma i gruźlica. — Z. SREBRNY. Dwa źródła omyłek w rozpoznawaniu gruźlicy krtani. — A. MARGOLIS. Gruźlica w Łodzi w r. 1929. — Wiadomości bieżące. — Sprostowanie. — Kalendarzyk posiedzeń Towarzystw Lekarskich.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: S. STERLING. Docteur en médecine Casimir Dłuski pour son 75 anniversaire. — A. GLUZIŃSKI. Fragment de souvenirs des années passées. — O. SOKOŁOWSKI. La première mention dans la littérature concernant l'origine nonapicale de la tuberculose pulmonaire. — W. KNAPPE. Casimir Dłuski comme président de la Société Polonaise de la Médecine sociale. — G. LEWIN. Quelques mots sur la hémoptysie. — J. SKŁODOWSKI. Observations et remarques sur l'intoxication par l'acide hydrochlorique et autres liquides caustiques. — H. PUSZET. Traitement de pleurésie purulente tuberculeuse au moyen d'injections locales d'aurosane. — St. STERLING—OKUNIEWSKI. Quelques mots à propos du diagnostic des néoplasmes malins des poumons et de la plèvre. — St. KEILSON. Infiltrations tuberculeuses infraclaviculaires à forme typhoïde (septicémie tuberculeuse, typhotuberculose). — H. KRYSZEK. L'attitude du coeur dans le parcours de la ptisie pulmonaire. — St. RUDZKI. Tuberculose des gras. — O. SOKOŁOWSKI. Contribution à la thoracoscopie. — M. GANTZ. Asthme et tuberculose. — Z. SREBRNY. Deux sources d'erreurs dans le diagnostic de la tuberculose laryngée. — A. MARGOLIS. La tuberculose à Lodz en 1929.

WARUNKI PRENUMERATY:

W Warszawie 12 Zł., na prowincji 14 Zł., zagranicą 16 Zł., kwartalnie

CENY OGŁOSZEŃ:

Okładki oraz ogłoszenia w tekście: cała strona złotych 300,—, pół str. zł. 160.—, ćwierć zł. 90.—
Ogłoszenia na miejscach nierezzerwowanych: cała strona zł. 250.—, pół str. zł. 100.—, ćwierć str. zł. 80.—, ósma część str. 50.—

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

Administracja Warszawskiego Czasopisma Lekarskiego przeniesiona została do drukarni „SIŁA“, Marszałkowska 71, tel. 334-48.

Uprasza się Szan. Prenumeratorów w Warszawie i na prowincji o wpłacanie prenumeraty na P.K.O.

Redaktor przyjmuje codziennie od 3ej do 4ej pp.

Wydawca przyjmuje codziennie od 8-iej do 11-iej r.

Drukarnia „SIŁA“ Warszawa, Marszałkowska 71, tel. 334 48