

037

BIBLIOTEKA
Szpitala im. Karola I. w Włocławku
Dla Długości
Nr. 1137

BIBLIOTEKA
Szpitala im. Karola I. w Włocławku
1580

Seryja V.

Zeszyt 5.

ODCZYTY KLINICZNE,

WYDAWANE PRZEZ

REDAKCYJE GAZETY LEKARSKIEJ.

N^o 55.

Leczenie klimatyczne suchot płucnych.

Napisał

D-r Med. ALFRED SOKOŁOWSKI

Cena pojedynczego zeszytu 30 kop.
Cena 12 zeszytów, wydanych w ciągu jednego roku 3 rs.

WARSZAWA.

Druk K. Kowalewskiego. Królewska 29.

1893.

Biblioteka Główna
MUM



www.dlibra.wum.edu.pl

Дозволено Цензурою.
Варшава, 4 Мая 1893 года.

Biblioteka Główna
WUM



www.dlibra.wum.edu.pl

Leczenie klimatyczne suchot płucnych.

Napisał

Dr. Med. Alfred Sokołowski,

Ordynator szpitala Ś-go Ducha w Warszawie.

„Es ist die Aufgabe der Menschheit, die Tuberculose zu überwinden, wie der Skorbut überwunden worden ist“.

VIRCHOW, Archiv t. III p. 10.

TREŚĆ: Wstęp. Wyleczalność suchot z punktu widzenia anatomiczno-patologicznego i klinicznego. Przykłady. Różne postacie suchot płucnych, ich doniosłość kliniczna. Podstawowe wskazania dla terapii suchot płucnych. Leczenie antyseptyczne. Leczenie klimatyczno-dyetyczne. Metoda BREHMER'a, doniosłość zakładów leczniczych, ich dodatnie i ujemne strony. Podział zakładów. Leczenie klimatem górskim, działanie tegoż, wskazania, przeciwwskazania. Klimat podalpejski i jego znaczenie lecznicze, główne stacje tej kategorii. Klimat leśny i stepowy. Klimat nadmorski, podróże morskie. Klimaty południowe, ich działanie, wskazania i przeciwwskazania, główne stacje południowe. Leczenie i doniosłość klimatu swojskiego (*climatotherapia nostras*). Szpitale dla suchotników. Zakończenie.

W S T Ę P.

HERMAN BREHMER, twórca nowoczesnej terapii suchot płucnych, w jednej z ostatnich prac swoich, z wielką słusnością powiada, że młodzi lekarze w klinikach uniwersyteckich nie uczą się wcale terapii suchot płucnych, a tym sposobem lekarz jest zupełnie w praktyce swej przyszłej nieprzygotowany do walki z tą najbardziej rozprzestrzenioną i najbardziej zastraszającą chorobą ludzkości. W klinikach bowiem nie widzimy wcale początkowych postaci suchot, a tem rzadziej jeszcze przebiegu sprawy od początku do końca. W klinikach widzimy właściwie końcowe postacie suchot, objawy których

bywają li tylko symptomatycznie łagodzone, sama zaś sprawa postępuje stopniowo ku swemu fatalnemu końcowi; wprawdzie zdarza się czasem, że nawet w końcowych okresach choroby występuje pewna mniej lub więcej znaczna poprawa, z którą chory szpital opuszcza, stosowana jednak tamże terapia nie ma na to najmniejszego wpływu, podstawową bowiem właściwością suchot płucnych jest to, że sprawa bardzo często ulega czasowej poprawie bez żadnej interwencji terapeutycznej, nieraz nawet u ludzi żyjących wśród najgorszych warunków społecznych, aby po krótszym lub dłuższym przeciągu czasu znowu podpadać dalszym okresom rozwojowym.

O słuszności powyższych słów BREHMER'a każdy z młodych lekarzy już bardzo szybko po rozpoczęciu swej kariery praktycznej mógł się z łatwością przekonać, nie tylko bowiem obce mu były różnorodne odrębne postacie suchot płucnych, napotykanego w praktyce prywatnej, lecz podstawową trudność stanowiło istotnie leczenie tych spraw, a przedewszystkiem o ile w danym przypadku leczenie klimatyczne [o wielo szczęśliwych wynikach którego wielokrotnie słyszał] było wskazane lub nie, jaką należało choremu wybrać stację klimatyczną i czy wogóle daleka, a nieraz bardzo kosztowna i środki chorego przechodząca kuracya miała jakiegokolwiek szanse powodzenia.

Wprawdzie niektórzy lekarze są w możności uzupełnić następnie swoje pod tym względem braki, czy to przez odpowiednie studia, czy też drogą doświadczenia, zdobytego przez zwiedzanie odpowiednich stacji klimatycznych, do większości jednakże lekarzy stosuje się stara maksyma, że większość ludzi, a więc i lekarze, to w swej praktyce stosują, czego się w szkole nauczyli, a tylko wyjątkowe umysły zdobywają się na samodzielne drogi.

Jeszcze przed laty kilkunastu, w czasie mojej działalności lekarskiej w zakładzie leczniczym D-ra BREHMER'a w Görbersdorfie, uderzał mnie fakt, że większość chorych suchotników, przybywających tamże z całego niemal świata, zjawiała się w okresach prawie końcowych sprawy, z daleko posuniętymi zniszczeniami w płucach, groźnemi powikłaniami w innych organach, z upartą gorączką i t. p.; niestety jednakże większość tych ludzi spotkało smutne rozczarowanie: pomimo bowiem zapewnienia ich lekarzy, że w zakładzie będą w stanie się wyleczyć, nastąpiło pogorszenie wielokrotnie z zejściem fatalnem. Natomiast chorych w okresach poczynającej się sprawy bywało stosunkowo mało i ci zbyt krótko przebywali w zakładzie, lekarze bowiem zalecali im tylko kilkutygodniowy pobyt, uważając to za zupełnie wystarczające. W Warszawie w ciągu mojej dwunastoletniej praktyki lekarskiej widuję rokrocznie znaczny kontyngens suchotników, przyjeżdżających nieraz z bardzo daleka lub

też już będących w drodze do stacyi klimatycznych, dla których nie ma najmniejszego wskazania, sprawa bowiem chorobowa znajduje się u nich w ostatnich okresach; nie leczenie więc, lecz spokój w kółku rodzinnem są jedynie wskazane na resztkę ich życia.

Powyższe uwagi kierowały mną w wyborze powyższego tematu do odczytu, chciałem bowiem dać młodym kolegom wskazówki przeważnie praktyczne, oparte na mojem osobistem doświadczeniu, co należy rozumieć pod nazwą leczenia klimatycznego suchot płucnych i jakimi przy temże leczeniu powinien się kierować lekarz wskazaniami?

R O Z D Z I A Ł I.

Chcąc mówić o leczeniu suchot płucnych jakąkolwiek metodą, przedewszystkiem należy zastanowić się nad pytaniem, czy i o ile w rzeczywistości wyleczalne są suchoty i jak należy zapatrywać się z punktu widzenia klinicznego na tęż wyleczalność. Jak wiadomo, już dawniejsi autorowie, a przedewszystkiem LAËNNEC, twierdzili o możliwości wyleczenia suchot, tenże nawet genialny autor opisuje kilka pod tym względem pouczających przypadków. Dopiero jednakże w ciągu ostatnich lat trzydziestu, zawdzięczając pracom różnorodnych autorów, głównie zaś BREHMER'a w Niemczech, WILLIAMS'a w Anglii, PIDOUX, PETER'a i JACCOUD we Francyi i wielu innych, zaczęto sprawę wyleczalności poruszać z punktu widzenia klinicznego. Przedtem już bowiem oddawna anatomopatologowie, poczynając od CRUVELHIER'a, wykazywali, że wielokrotnie i to niezbyt rzadko na trupach zmarłych z powodu innych zupełnie cierpień, wynaleźć można było skredowaciale ogniska u szczytów płuc, jako jedyne ślady, pozostałe po przebytej przed wielu laty gruźlicy płucnej. Dane owe jednakże anatomopatologiczne, o ile są ważnemi z punktu widzenia czysto patologicznego, o tyle mało mają znaczenia pod względem ogólnej kwestyi, dotyczącej wyleczalności. W przypadkach tych bowiem najczęściej spotykamy się ze sprawą bliźnowatą nie znając historii chorego, przytem sprawa, o ile wnosić można z wyników, opartych na badaniach pośmiertnych, jest bardzo ograniczoną, przedstawia tkankę czysto włóknistą, w wielu zaś przypadkach nawet rodzić się mogła rzetelna kwestya, czy rzeczywiście ogniska owe bliźnowate li tylko sprawie gruźliczej zawdzięczały swoje pochodzenie; ztąd też i wnioski statystyczne, oparte jedynie na ma-

teryale patologicznym, podawane przez niektórych autorów, między innymi HEITLER'a, mają wartość tylko bardzo względną. Drugi szereg faktów, dowodzących wyleczalności gruźlicy w sensie anatomicopatologicznym, dostarczają nam badania sądowo-lekarskie zwłok osobników, zmarłych nagłą lub też wypadkową śmiercią. I tak w ostatnich czasach VIBERT w Paryżu znalazł w 17 przypadkach zabliźnioną gruźlicę na 131 śmierci osobników zmarłych śmiercią nagłą. Te przypadki sądowo-lekarskie mogą w niektórych razach być cennymi wskazówkami, o ile gruźlica może przebiegać skrycie i kończyć się pomyślnie wśród pozornie nieraz najbardziej niekorzystnych warunków życiowych. W znanym powszechnie przypadku sądowo-lekarskim, który miał miejsce przed dwoma laty w Warszawie, sekcyja osoby przedtem zupełnie zdrowej wykazała u jednego ze szczytów płuc ognisko wielkości łaskowego orzecha zupełnie skredowaciałe. Wynik badania, który mnie mocno pod tym ostatnim względem zainteresował, starałem się uzupełnić pytając lekarza od wielu lat leczącego tę osobę, czy w przebiegu dawnych lat i o ile, osoba owa za życia doświadczała jakichkolwiek objawów, mogących wzbudzać podejrzenie istnienia sprawy chorobowej w płucach. Z udzielonych mi łaskawie informacji dowiedziałem się, że mniej więcej na trzy lata przed śmiercią, przez kilka tygodni kaszlała ona, nie gorączkując wcale, badanie jednakże fizykalne nie wykrywało żadnych zmian mogących budzić podejrzenie sprawy gruźliczej w płucach. Sprawa cała uważaną była za lekki katar oskrzeli, chora nie przerywała wcale swego uciążliwego zawodu i żadnych odpowiednich kuracji klimatycznych podówczas nie przedsięwzięła. Przypadek ten z punktu widzenia nas obchodzącego, stanowi fakt pierwszorzędnej doniosłości; w nim bowiem osoba młoda, żyjąca w warunkach wysoce niehygienicznych, narażona z powodu swego zawodu na bardzo częste przeziębienia, prowadząca życie, połączone z różnorodnymi nadużyciami, zapada na gruźlicę płuc, nie zmienia przytem w niczem swego wyczerpującego trybu życia, i mimo to sprawa, i to stosunkowo bardzo szybko, kończy się zupełnym zabliznieniem. Jestem przekonany, że szperając ściślej w owej kazuistyce sądowej, można cały szereg innych wynaleźć przykładów, które, z jednej strony, przemawiają z wszelką stanowczością za wyleczeniem z zupełnym zabliznieniem ograniczonej gruźlicy płuc, z drugiej strony są poważnym ostrzeżeniem dla tych lekarzy, którzy wyleczalność lub też ograniczenie sprawy gruźliczej płuc robią zbyt pochopnie zależnym od stosowania danej metody

lecniczej lub danych środków farmaceutycznych. Fakt tą drogą zdobyte, wykazują nam również jeden niezbity pewnik, że w tych razach, gdzie znajdowano ogniska uległe zwapnieniu, wszędzie były one bardzo małe, wielkości laskowego, włoskiego orzecha, nie notują zaś ognisk nieco większych, świadczących o zablżnieniu szeroko zajętych sprawą gruźliczą płuc, a wyjątkowo tylko spostrzegano zablżnione zupełnie wielkie jamy i t. p.. Co się dotyczy tak zwanych zupełnie zwapniałych ognisk w płucach, znajdujących przy badaniach pośmiertnych, to nawet i te bynajmniej nie mogą przemawiać na korzyść stanowczego wygaśnięcia sprawy gruźliczej, prace bowiem ostatnich lat, a szczególnie piękna praca KURŁOWA (*Deutsches Archiv für Klinische Medicin* 1889 r. 44 t.) wykazały, że szczepienie zwierzętom tego rodzaju mas w znacznym procencie przypadków dawało rezultat dodatni; klinika zaś oddawna najzupełniej potwierdza ten wynik patologii eksperymentalnej, znamy bowiem wybornie przypadki, gdzie ostra gruźlica, lub też gruźlica innych organów [otrzewna, jądra, nerki i t. p.] występuje raptem u osobników pozornie zdrowych, a u których badanie pośmiertne wykazuje ogniska zwapniałe u jednego ze szczytów płuc.

Najważniejszych danych pod względem obchodzącej nas kwestyi dostarczyć by nam powinny spostrzeżenia szpitalne, zakładowe, jako też dane zaczerpnięte z praktyki pojedynczych lekarzy. Co się tyczy praktyki szpitalnej, to niestety ta, jak to już słusznie zauważył BREHMER, dostarcza pod tym względem bardzo smutnych danych. Z wielką słusnością powiedzieć można, że większość suchotników przychodzi do szpitali nie po to, aby się leczyć, lecz aby tam umierać; o słusności zaś tego zdania przekonać mogą statystyki wszystkich szpitali: w naszym szpitalu św. Ducha stale od bardzo wielu lat przedstawia się powyższa cyfra w następujący sposób. Rok 1890: znajdowało się suchotników w szpitalu 278, z których zmarło 135 czyli 53%, t. j. że przeszło połowa chorych przybywa w ostatnim okresie choroby. Mniejsza pozostała część znajduje się również w podobnie opłakany stan i jeżeli wypisuje się ze szpitala po pewnym przeciągu czasu, to tylko po to, aby następnie zamrzeć w domu lub też w innym szpitalu! Jest to niestety smutny, ale prawdziwy obraz. Wprawdzie od czasu do czasu spotykamy na oddziale chorych i we wczesnym okresie choroby, takich jednakże wypisujemy szybko, gdyż w obecnych warunkach szpitala nasze nie mogą przedstawiać warunków odpowiednich dla leczenia wczesnych okresów suchot. Zdarza się również, aczkolwiek bardzo wyjątkowo, że i chorzy w dalszych okresach suchot płucnych będący, poprawiają się znacznie pod względem miejscowym i ogólnym, tacy jednakże, poprawiwszy się, opuszczają szpital; dalsze

zaś ich losy są nam niewiadome. Wprawdzie prowadząc stale od lat dziesięciu jeden i tenże oddział szpitalny, znam kilku suchotników z daleko posuniętymi zmianami, którzy rok rocznie co zimę przybywają na jakiś czas na oddział, a poprawiwszy się nieco, znów szpital opuszczają, są to jednakże po części przypadki suchot włóknistych; lecz na podstawie tych nielicznych danych pewne wnioski o uleczalności suchot trudno jest wyprowadzać. Już daleko lepszych danych może dostarczyć praktyka prywatna pojedynych lekarzy i pod tym względem każdy z bardziej zajętych praktyków ma do zaznaczenia pewien szereg pomysłnych zejść suchot płucnych. Ja sam znam cały szereg osobników, z których wielu obserwuję od lat kilkunastu, u których pod wpływem różnorodnych kuracji klimatycznych, a nawet i bez nich, sprawy suchotnicze, nieraz bardzo daleko posunięte, przeszły do okresu zupełnego zatrzymania, a chorych mogę uważać za względnie uleczonych, czują się oni bowiem dobrze, są nawet w stanie zajmować się ciężką pracą zawodową [nauczyciele, lekarze, urzędnicy], badanie zaś fizykalne płuc, od czasu do czasu u nich odbywane, wykazuje obecność mniej lub więcej rozległej blizny. Brak miejsca nie pozwala mi obecnie przytoczyć licznej mojej i pod wielu względami bardzo ciekawej kazuistyki, ograniczę się tylko na opisanie pokrótce dwóch nadzwyczaj ciekawych przypadków od lat kilku stale będących w mojej obserwacji:

Spostrzeżenie I. Na początku roku 1883 zasięgała u mnie porady lekarskiej przybyła z prowincyi dwudziestokilkuletnia nauczycielka N., z powodu kaszlu, od pół roku przeszło trwającego, do którego w ostatnich czasach zaczęła się przyłączać gorączka i szybko postępujące wychudnienie, nie pozwalające jej dalej zajmować się dość uciążliwą pracą. U chorej, mocno wyniszczonej i wychudzonej, znalazłem wybitne objawy charakteryzujące okres rozpadowy suchot płuc, t. j. gorączkę ciągłą z wieczornymi nasileniami przeszło 39°; obfite poty, brak zupełny apetytu, kaszel męczący i wyczerpujący chorą. Badanie fizykalne wykazało zmiany, odpowiadające objawom ogólnym: u obu szczytów, a szczególniej lewego, obszerne stępienie odgłosu wypukowego, oddech oskrzelowy i liczne dźwięczne rżenia. Chorej, rodzinie której, nawiasowo mówiąc, zrobiłem najgorsze rokowanie, zaleciłem leczenie symptomatyczne [kreozot jeszcze nie był bardzo w modzie], które łagodziło nieco dokuczliwe objawy. Po kilku tygodniach chora wyjechała do jakichś krewnych na prowincję, gdzie, o ile się potem dowiedziałem, przebywała w małym miasteczku u ludzi biednych, wśród wysoce niewygodnych higienicznych warunków; pomimo to jednakże stan jej nie pogarszał się, lecz przeciwnie uległ pewnej poprawie, tak, że po roku widziałem ją znowu w Warszawie; stan jej ogólny pozostał bardzo lichy, gorączkowała jednakże mniej, miała jaki taki apetyt, naturalnie zmiany fizykalne w płucach pozostały też same. Nie mogąc pracować na utrzymanie, zdecydowała się wreszcie wyjechać do jakichś swych dalekich krewnych, mieszkających w Portugalii, sądząc, że może klimat tamtejszy wpłynie dodatnio na smutny stan jej cierpienia. Wśród największych niewygód, gorączkując, znio-

sła nieźle ową fatalną i męczącą podróż, lecz po przyjeździe na miejsce doznała smutnego rozczarowania: krewni, ludzie również ubodzy, nie byli w możności dać jej najmniejszej potrzebnej dla niej wygody. W małej izdebce marzła zimą, latem topniała niemal z gorąca, nie mogąc przytem w żaden sposób znieść tamtejszej dla niej nieznośnej kuchni. Po roku więc ciężkiej niedoli wróciła znowu do kraju i ulokowała się na wsi wśród nieco korzystniejszych warunków; odtąd, lecz zwolna, zaczęła się nieco poprawiać; przestała gorączkować, stan jej ogólny ulegał stopniowej poprawie, tak, że znowu była w stanie zająć się swą ciężką pracą nauczycielską. Od tego czasu widuję ją mniej więcej co pół roku, i znajduję stale zmniejszanie się objawów w płucach. Ostatni raz badałem ją przed dwoma miesiącami; stan ogólny przedstawiał się wcale nieźle, chora kaszle bardzo niewiele, zajmuje się stale i to bez wielkiego wysiłku swą pracą nauczycielską; badanie fizykalne płuc wykazuje wyraźnie zmiany cyrotyczne u obu wierzchołków, przeważnie lewego.

Spostrzeżenie II. Na wiosnę 1885 roku zgłosił się do mnie na poradę trzydziestoletni urzędnik D., skarżąc się na kaszel, znaczną duszność i stan gorączkowy od kilku tygodni trwający. Ze szczegółowej anamnezy dowiedziałem się, że kaszle on już od lat kilku, czuł się przytem jednak zupełnie dobrze i mógł oddawać się swemu dość ciężkiemu profesjonalnemu zawodowi. Dopiero od kilku miesięcy zaczął chudnąć i słabnąć powoli, w ostatnich zaś czasach wystąpiła wieczorna gorączka i poty, mocna duszność i stopniowy upadek sił. Badanie fizykalne wykazało u obu szczytów płuc z przodu i z tyłu rozległe zgęszczenia z objawami poczynającego się rozpadu [oddech nieokreślony, rżenia dźwięczne]. Obraz cały chorobowy, w połączeniu z mocną gorączką i dusznością, robił na mnie wrażenie sprawy gruźliczej, o szybkim przebiegu, zmuszając mnie do stawienia fatalnej prognozy, co bardziej jeszcze zdawała się potwierdzać obecność licznych laseczników, znalezionych przezemnie w płwocinie. Choremu zalecałem usilnie pozostanie w domu przez jakiś czas i oderwanie się zupełne od bardzo uciążliwego zajęcia. Nie był on jednakże w stanie tego uczynić, z chwilą bowiem przerwania pracy nie miałby żyć z czego! Tym sposobem nasz chory gorączkując stale, kaszłąc i dusząc się wśród najfatalniejszej wiosennej pogody, zmuszony był dwa razy na dzień odbywać dość długie kursa piechotą do swego miejsca pracy i tam pozostawać przez siedm do ośmiu godzin dziennie w małym, dusznym, przepełnionym dymem pokoju. Dopiero w kilka miesięcy później udało mu się wyjechać na kilka tygodni na wieś i to do niezbyt fortunnej miejscowości. Pomimo to jednakże stan jego poprawił się znacznie, chory stracił gorączkę, przytył nieco i znowu wrócił jesienią do swych ciężkich zajęć. Z początkiem 1886 roku wystąpiły kilkakrotne bardzo obfite krwotoki płucne, szczególnie ostatni niemal zupełnie wyczerpał chorego, gdyż w ślad za nim wystąpiła znowu gorączka o typie hektycznym, poty nocne, upadek łaknienia. Badanie fizykalne płuc znowu wykazywało liczne dźwięczne rżenia, przyjmujące charakter poczynającego się przelewania (*gargouillement*). Tym razem chory zmuszony był pozostać w domu około dwóch miesięcy, po upływie których stan jego zaczął się znów polepszać: gorączka ustąpiła, chory wzmógł się na siłach i znów powrócił do swego ciężkiego zawodu; dusząc się i kaszłąc od czasu do czasu, znowu krwią plując, był w stanie jako tako dociągnąć do lata; wtedy zaś udał się znowu, lecz już na czas dwumiesięczny, na wieś. Po powrocie, w jesieni widziałem go znowu: poprawił się on znacznie pod względem ogólnym,

objawy fizyczne występowały w mniej jaskrawym świetle [rzężeń dźwięcznych daleko mniej]. Od tego czasu nastąpił pewien zwrot ku stanowczej poprawie w cierpieniu chorego: objawy fizyczne u szczytów płucnych stopniowo stawały się mniej wydatnymi, krwioplucie występowało coraz rzadziej i to w niewielkiej ilości; stan ogólny poprawił się znacznie. Badając chorego po raz ostatni przed kilku miesiącami, znajdowałem wyraźne objawy sprawy bliznowatej [zapadnięcie się okolic podobojczykowych, a głównie prawej, tamże oddech nieokreślony, brak zupełny rzężeń]. Chory kaszle bardzo mało, nie pluje wcale, oprócz umiarkowanego braku tchu, warunkowanego powstałą następnie rozedmą, czuje się dobrze i jest w stanie oddawać się bez przerwy swemu bardzo ciężkiemu zajęciu.

Powyższe dwa przypadki, bardzo do siebie podobne, a szczegółowo przezemnie przez kilka lat spotrzegane, wykazują niechybnie, że suchoty nawet bardzo daleko posunięte, są w stanie zatrzymać się w rozwoju, nawet u osobników żyjących wśród warunków najmniej pozornie do wyleczenia odpowiednich. Przypadki podobne zmuszają bezwarunkowo sumiennego spostrzegacza do zapatrywania się bardzo sceptycznego na wyniki dodatnie różnych leków, jak to już powyżej powiedziałem, jako też i leceń klimatycznych daleko posuniętych spraw suchotniczych i przypominają słusność słów wielkiego angielskiego klinioysty STOKES'a że: „wyleczenie suchot płucnych, daleko posuniętych jest przypadkowym i nigdy nie zależy od metody leczniczej“.

Zdawałoby się, że najdokładniejszych i najściślejszych danych w kwestyi uleczałości suchot winny nam dostarczyć specjalne zakłady dla suchotników. Niestety jednakże wszystkie owe statystyki są niedokładne, a często nawet tendencyjne. Do najoiekawszych prac pod tym względem zaliczyć należy statystykę stałych wyleceń suchot płucnych na podstawie spostrzeżeń przeszło dwudziestoletnich w zakładzie leczniczym D-ra BREHMER'a w Görbersdorfie oparte, a ogłoszoną już po śmierci tego ostatniego w roku 1891 przez doktorów WOLFF'a i SAUGMANN'a (*Beiträge zur Kenntniss der Tuberculose, Mittheilungen aus der Dr. Brehmers'schen Heilanstalt für Lungenkrankheiten in Görbersdorff herausgegeben von dr. Feliks Wolff. Wiesbaden 1891*). Z pracy tej, niezmiernie ciekawej, wyjmujemy niektóre dane. W ciągu lat 22, t. j. od 1862 do 1884, autorowie podają 95 przypadków stałego wyleczenia od 6 do 20 lat trwającego, a dotyczącego chorych, znajdujących się w różnych okresach choroby. Najciekawsze jednakże dane dotyczą pacjentów, spostrzeganych w zakładzie w roku 1876 w liczbie 312 chorych, a z których przeszło 100 opuściło zakład ze znakomitą poprawą. Z tej liczby o 40 z nich w roku 1890, t. j. po upływie lat 13 zdolali autorowie otrzymać z różnych stron świata szczegółowe sprawozdania, znacznej części których ja byłem w stanie dostarczyć autorom,

w owym bowiem roku byłem lekarzem w zakładzie i o losie wielu chorych, a szczególnie pochodzących z Królestwa, mogłem autorów poinformować dokładnie. Otóż z tej liczby 40, w roku 1890 żyło jeszcze 25, czując się zupełnie zdrowymi, czyli, podług obliczeń autorów, około 8% stałych wyleczeń po latach trzynastu. Wynik ten WOLFF i SAUGMANN nazywają dobrym rezultatem; nam jednakże, gdy rozpatrzemy bliżej rezultaty i historye chorób większości znanych nam podówczas pacjentów, wynik ten przedstawi się nie jako dobry, lecz jako bardzo smutny, jeśli zwrócimy uwagę na tę okoliczność, że większość chorych tamże leczących się należała do ludzi zamężnych, żyjących w warunkach higieniczno-dyetyetycznych wyborowych i przebywających na stacyach klimatycznych jeśli już nie stale, to rokrocznie przez wiele miesięcy. Liczba zaś 112 stałych uleceń mniej by nam zaimponowała, gdybyśmy ze sprawozdania mogli się dowiedzieć o ogólnej liczbie chorych, leczących się przez ten czas w zakładzie, o czem milczy sprawozdanie. Wnosząc jednakże z mojego sześcioletniego tamże pobytu, w ciągu którego przebyło w zakładzie około 3000 suchotników, liczba ich ogólna z pewnością do 1890 r., t. j. do chwili śmierci BREHMER'a musiała wynosi przeszło 18000. Ja sądzę, że ubieganie się o tego rodzaju statystyki, wykazujące *quand même* długotrwałość i stałość wyleczenia drogą jednej metody, nie przynosi naukowej, ani też praktycznej korzyści. Nie chodzi tu bowiem o procenty i lata, które nigdy nie mogą być ścisłemi [o losach większości bowiem chorych autorowie nigdy dokładnie nie mogli się dowiedzieć], natomiast fakty kliniczne, dowodzące wyleczalności lub też poprawy na długie lata sprawy chorobowej tą lub inną metodą leczniczą, to są najgłówniejsze dane, stanowiące podstawę naszych wskazań terapeutycznych. Pod tym ostatnim względem, jako przeciwstawienie statystyk zakładowych, posłużyć może również statystyka podana przez znanego lekarza z New-York AUGUSTINA FLINT'a, autora bardzo cenionego w dziedzinie chorób piersiowych. Autor ten, w pracy ogłoszonej pod tytułem: *The self limited duration of pulmonary Phthisis. (Brit. med. Journal 1882)* twierdzi, że suchoty płuc kończą się nieraz ograniczeniem się sprawy bez żadnej interwencji terapeutycznej, na poparcie czego przytacza szczegółowy rozbiór 670 przypadków suchot płucnych, przez dłuższy przeciąg czasu przez siebie spostrzeganych. Z tej liczby 43 przypadki ukończyły się zupełnym wyzdrowieniem; u 31 chorych nastąpiło zatrzymanie się sprawy na wiele miesięcy i lat. Z liczby 44 chorych pierwszej kategorii 23 wcale się nie leczyło, pozostali odbywali różnorodne leczenie, z liczby 31 chorych, u których nastąpiło czasowe zatrzymanie się sprawy cho-

robowej, 15 wcale się nie leczyło, tym sposobem procent wyleczalności u leczących się i nie leczących jest prawie taki sam.

Jeżeli z powyżej zacytowanych faktów wyprowadzićby można ostateczny wniosek, to pojęcie uleczalności rzeczywistej suchot płucnych przedstawiałoby się nam w niezbyt pochlebnym świetle i pod tym względem moje doświadczenie stanowiłoby rażące przeciwstawienie do zbyt sangwinistycznych przekonań wielu lekarzy, uważających wyleczalność suchot płucnych za coś wielce pospolitego. Wyleczalność, zdaniem naszym, możliwa w początkowych okresach, zdarza się stosunkowo rzadko, a jeszcze rzadziej w okresach znacznego rozwoju sprawy.

Zupełnie inaczej rzecz się ma z wycozeniami czasowemi, z zatrzymaniem na bardzo długi czas choroby, nieraz w pełni rozwoju będącej. Pod tym względem doświadczenie kliniczne, zdobyte przeważnie w ciągu ostatnich lat dwudziestu, daje nam kategoryczną i stanowczą odpowiedź, że takie pomyślnie zejście sprawy, nieraz nawet bardzo daleko posuniętej, zdarza się rzeczywiście i to na szczęście niezbyt rzadko i nie ulega najmniejszej wątpliwości, że zejścia takie szczęśliwe w większości przypadków przypisać należy odpowiedniej higieniczno-dyetycznej terapii. Za zbyteczne uważam cytować tutaj odpowiedni kazuistyczny materiał; każdemu z lekarzy praktyków dokładnie z własnej obserwacji znane są podobne przypadki. Każdy zna dokładnie takich chorych, których w swoim czasie uważał niemal za straconych, przedstawiających obok daleko posuniętych zmian w płucach nieraz zmiany gruźlicze i w innych organach, owrządzenie w krtani, ropienie w gruczołach limfatycznych, gorączkujących całymi tygodniami, a nieraz i miesiącami, a którzy jednakże pod wpływem odpowiedniej klimatyczno-dyetycznej kuracji poprawiali się znakomicie pod względem ogólnym, tracili w zupełności gorączkę i wracali do pewnej równowagi, tak, że mogli nawet nieraz na bardzo długi przeciąg czasu powracać do swych zajęć profesjonalnych. Znam osobście i obserwuję całe zastępy podobnych pacjentów, których sprawa chorobowa, ulegając od czasu do czasu pogorszeniom, znów się poprawia. Nieraz proces zupełnie cichnie na długi przeciąg czasu, rok a nieraz i więcej; stan ogólny chorych nie pozostawia nic do życzenia; objawy fizyczne choroby zmniejszają się znacznie, a sprawa cała robi wrażenie już niemal choroby skończonej, gdy oto znów chory się zjawia z powodu krwioplucia lub też gorączki, znowu u szczytów występują poprzednie objawy [liczne rżenia], laseczniki w płwocinie i t. p.; znowu po pewnym przeciągu czasu sprawa słabnie, aby nareszcie wybuchnąć w formie ostatecznej. Mam dobrze w pamięci suchotnika, którego przez ośm lat z rzędu spostrzegałem, u którego zazwy-

czaj 2 do 3 razy do roku występowała gorączka z mocnymi nasileniami wieczornymi, parę tygodni trwająca. Chory, który miał u obu szczytów rozległe zęszczenie gruźlicze, trzymał się bardzo dobrze, zajmując się dość znacznym interesem handlowym. W czasie takiego okresu gorączkowego chudł nadzwyczajnie, pocił się mocno, w płucach występowały rozległe i liczne rżenia, a sprawa cała zdawała się przybierać charakter szybko postępujących suchot, po upływie jednakże 2 do 3 tygodni, jak to już wyżej wzmiankowałem, gorączka zazwyczaj ustępowała, chory szybko zaczynał się poprawiać pod względem ogólnym i znów wracał do zwykłych zajęć handlowych. Naturalnie, że z roku na rok objawy zęszczeń w płucach stawały się coraz rozleglejsze, aż wreszcie w końcu ósmego roku mojej obserwacji chory zmarł przy objawach gruźliczej biegunki. Dotychczas jeszcze mam w ciągłej obserwacji biednego handlarza ulicznego, którego od lat przeszło sześciu spostrzegam w mojej praktyce ambulatoryjnej szpitalnej; obok zmian gruźliczych w płucach, już przed sześciu laty cierpiał on na chrypkę, wywołaną rozległymi owrzodzeniami strun głosowych. Ogólna i miejscowa terapia, pomimo bardzo niekorzystnych warunków życiowych, były jednakże w stanie sprawę gruźliczą w krtani doprowadzić do zupełnego zablźnienia. Odtąd co jakie pół roku sprawa w krtani wznowia się, występuje chryпка, utrudnione łykanie, spowodowane nacieczeniami i owrzodzeniami strun i tylnej ścianki krtani. Lokalna terapia zawsze w ciągu kilku tygodni sprawę podgaja, chorego tracimy z oczu, by go znowu po kilku miesiącach z nowem pogorszeniem zobaczyć. Naturalnie, o ile u chorych warunki higieniczno-dietetyczne są lepsze, o ile są oni w stanie odbyć jakąś rzetelniejszą klimatyczno-dietetyczną kurację, o tyle poprawy takie są bardziej wybitne, przerwy względnego zdrowia dłuższe, nieraz, jak to wspomniałem, nawet lata całe trwające.

Obserwującego jednakże dłużej większą ilość chorych lekarza praktyka, musi uderzyć jeden fakt, i narzucić mu pytanie, dlaczego u jednych chorych sprawa, nieraz daleko posunięta, zatrzymuje się lub nawet kończy zupełnie pomyślnie pod wpływem tej lub innej kuracji, podczas gdy w innych przypadkach, sprawa gruźlicza, raz rozwinięta w płucach, szybkim ku fatalnemu końcowi postępuje krokiem, a różnorodne terapeutyczne zabiegi, a nawet kuracje klimatyczne, pozostają zupełnie bezskutecznymi, nawet u tych chorych, u których zmiany były stosunkowo niewielkie, i gdzie pozornie wszelkie dane przemawiały za tem, że sprawa cała pod wpływem racjonalnych zabiegów powinna obrót przyjąć pomyślny. Rodziłaby się więc bardzo ważna kwestya, od czego zależeć mogą owe szczęśliwe

zwroty, dlaczego sprawa gruźlicza, która raz wybuchła w płucach, stale i to w ciągu całego szeregu lat przedstawia okres zatrzymania się w rozwoju; czy są oddzielne formy, te zejścia warunkujące, czy też w danym organizmie istnieją po temu odpowiednie warunki? Ani badania dotychczasowe anatomo-patologiczne, ani bakteryologiczne kwestyi tej nie wyjaśniają; aczkolwiek bowiem dzisiaj nie ulega najmniejszej wątpliwości, że istotną przyczyną wszystkich postaci suchot płucnych jest swoisty pasożyt KOCH'a, to jednakże ostateczna przyczyna, dlaczego ten sam czynnik chorobotwórczy raz wywołuje postać o przebiegu ostrym, kończącą się fatalnie w ciągu kilku tygodni, drugi raz sprawę przewlekłą, lata a nieraz dziesiątki lat trwającą, jest nam dotychczas nieznaną. Pozostaje nam więc na tym stopniu wiedzy li tylko ścisła obserwacya kliniczna, która, jak sądzę, w wielu przypadkach, pytanie powyżej postawione jest nam w stanie pod niektórymi względami rozstrzygnąć. Należy więc nam obecnie pokrótce określić bliżej główne postaci suchot płucnych i wskazać w każdej z nich, jakie przedstawiać mogą one warunki dla stałej lub czasowej uleczalności; tym sposobem będzie to dla nas wskazówką, o ile w pojedynczym przypadku dany chory liczyć może na mniej lub więcej pomyślne zejście swej sprawy chorobowej.

R O Z D Z I A Ł II.

Suchoty płuc pod względem klinicznym przedstawiają się w dwóch głównych postaciach. Pierwsza postać tak zwane suchoty dziedziczne, którą w pracy swojej, przed kilkunastu laty ogłoszonej (*Beiträge zur Lehre der Behandlung der chronischen Lungenschwindsucht* Berlin 1877) szczegółowo opisałem i nazwałem suchotami ustrojowemi [konstytucjonalnemi]; do tej postaci należą przedewszystkiem suchoty płuc dziedziczne. Któż z nas nie zna tej strasznej choroby, przebiegającej bardzo szybko i nieraz w ciągu kilku tygodni kończącej się fatalnie. Choroba, jak wiadomo, najczęściej występuje między 18 a 30 rokiem życia, nieraz wśród pozornie zupełnego zdrowia, bez żadnej niemal przyczyny, wśród najlepszych nieraz warunków higieniczno-dyetycznych. U osobników tych tkwi w nich samych przyczyna choroby od samego urodzenia, a jest nią usposobienie dziedziczne, które daje grunt przygotowujący bardzo powoli do pozornie niespodzianego wybuchu sprawy gruźliczej, będącej tylko ostatnim aktem smutnego wieloaktowego dramatu. Teorye

infekcyjne suchot płucnych starały się na podstawie różnorodnych hipotez usunąć, a nawet znieść zupełnie doniosłość dziedziczności. Badania jednakże kliniczne i fakty, podane w ostatnich pracach HAUPT'a, a szczególnie RIEFFL'a w zupełności potwierdziły od wieków znaną doniosłość dziedziczności, wykazując nawet pewien odrębny złośliwy przebieg tych postaci suchot. Raz rozpoczęte, zazwyczaj nie zatrzymują się one w przebiegu, przyjmując zwykle postać powszechnie znanych, a popularnie nazywanych suchot galopujących (*phthisis florida*). Wprawdzie w wyjątkowych przypadkach i w tej nawet postaci sprawa zwalnia swój przebieg, przyjmuje charakter bardziej przewlekły, by jednakże po dłuższym czasie skończyć się również fatalnie. Przypadki dziedzicznych form suchot rozwiniętych, a zakończonych zupełnie pomyślnie, są wyjątkowo rzadkie, aby przy ocenie danego przypadku miano je brać pod uwagę. Toż samo da się powiedzieć o drugiej konstytucjonalnej postaci suchot płucnych, t. j. o suchotach powstałych wskutek różnorodnych przyczyn, wywołujących stopniowy upadek odżywiania całego ustroju; tutaj należą suchoty powstałe u onanistów, u kobiet karmiących zbyt długo swe dzieci, u pijaków nałogowych, u dyabetyków i t. p.. W tych razach również cały szereg przyczyn, działających przez wiele nieraz lat, powoduje stopniowo upadek odżywiania ogólnego, wywołuje to, co słusznie kiedyś BOUCHARDAT nazwał *misère physiologique*. Na takim to gruncie, jeśli się tak wyrazić mogę, ostatecznego bankructwa ustroju, pasożyt gruźliczy rozwija się zbyt łatwo, nie natrafiając na żaden opór, na żadne przeciwdziałanie podupadłych tkanek, a ztąd, podobnie jak i w pierwszej kategorii przypadków, zejście bywa szybkie, fatalne, okresy zatrzymywania się sprawy w rozwoju rzadko lub wcale się nie zjawiają.

Drugą wielką i przeważną grupę suchot z punktu widzenia klinicznego stanowią tak zwane przezemnie suchoty płucne nabyte [forma zapalna, jak ją kiedyś nazwałem]; do tej postaci zaliczamy cały szereg spraw suchotniczych o przebiegu ostrym lub mniej więcej przewlekłym, powstałych u ludzi przedtem zdrowych, bez usposobienia dziedzicznego. Postać ta występuje najczęściej wśród objawów sprawy ostrej, lokalizowanej u jednego szczytu płucnego. Zazwyczaj tylko w rzadkich przypadkach sprawa przyjmuje odrazu przebieg złośliwy, przechodząc w tak zwaną podostrawą formę (*phthisis florida*); w ogromnej zaś większości sprawa, ograniczająca się długo do jednego ze szczytów płuc, ma w swym przebiegu stałe tendencję do zatrzymywania się w rozwoju, we wszystkich niemal okresach choroby. Tutaj to należy zaliczyć klasyczne przypadki tak zwanych bardzo chronicznych suchot płucnych; w nich stale anatomicznie nad sprawą zniszczenia bierze przewagę rozwój tkanki łącznej,

stanowiąc naturalnie mosty i tamy wdrażaniu mas zakaźnych gruźliczych. W ogromnej większości przypadków owa naturalna tendencja organizmu do wytwarzania tkanki łącznej, owa walka o byt komórek bierze przewagę nad elementem niszczącym. Sprawa gruźlicza milknie wstrzymana w rozwoju w zupełności sprawą włóknistą, lub też organizm wiele lat z rządu walczy zwycięzko, by uledez wreszcie potędze niszczącej, zjawiającej się zwykle pod postacią generalizacji sprawy gruźliczej w różnorodnych innych organach. Naturalnie, że w tych postaciach im lepsze warunki życia chorego, tem szansa zwycięstwa organizmu pewniejsza. Są to postaci, w których nowożytnie leczenie higieniczno-dyetyczne duzo osiągnąć jest w stanie. W tych razach zawsze lekarz praktyk pamiętać powinien, że rokowanie zależnem jest w danym razie nie tyle od rozległości zmian anatomicznych, ile od warunków całego organizmu i od tych danych, które organizm w walce z gruźlicą ma w swem rozporządzeniu.

Jak to już wyżej wzmiankowałem, większość przypadków nabytych suchot płucnych ma tendencję do zejścia pomyślnego i wiele z nich przechodzi ostatecznie w tak zwaną postać włóknistą (*phthisis pulmonum fibrosa*), która stanowi będzio trzecią wielką grupę kliniczną suchot płucnych. O ile w większości przypadków włóknista postać suchot jest zejściem tylko pomyślnem drugiej postaci, powyżej opisanej, o tyle w niektórych przypadkach jest sprawą samodzielną pierwotną, którą w kilku poprzednio ogłoszonych pracach szczegółowo starałem się z punktu widzenia klinicznego scharakteryzować¹⁾. Postać ta odznacza się stałą tendencją do wytwarzania tkanki łącznej, która stale przeważa nad całym procesem gruźliczym. Choroba ma *par excellence* przebieg chroniczny, ciągnie się całe lata i dziesiątki lat, spotyka się u ludzi w wieku dojrzałym, umiejscawia się bądź w jednym, bądź w obu wierzchołkach, zazwyczaj przebiega stale bez gorączki, a objawem dominującym, obok kaszlu połączonego z mniej lub więcej obfitą plwociną, jest stale wzmagająca się duszność. Sprawa *in statu quo* albo pozostaje całe szeregi lat, lub też przechodzi pod koniec w zwykłą rozpadową postać, albo wreszcie występuje gruźlica w innych organach. Najczęściej jednakże zdarza się, że sprawa nabiera charakteru pseudoastmatycznego, przyjmując coraz wyraźniejsze cechy rozedmy płuc z niedostatecznością serca i towarzyszącemi mu zwykłemi i tejsze sprawie właściwemi objawami. Pod względem rokowania sprawa ta jest niezwykle ważną, pomimo bowiem pozor-

¹⁾ Patrz: SOKOŁOWSKI, „O włóknistej postaci suchot płucnych“, Gazeta Lekarska 1885 r., oraz „O skrytych postaciach suchot płucnych“, Odczyt kliniczny 1891.

nie bardzo rozległych zmian miejscowych ma ona stale tendencję do popraw i zatrzymywania się w rozwoju; ztąd też z punktu widzenia praktycznego znajomość tych postaci suchot dla lekarza-praktyka ma wielką doniosłość, w nich bowiem, nawet w późnych okresach, racjonalne leczenie higieniczno-dyetetyczne może wielokrotnie być bardzo dla chorego pożytecznym.

Z wyżej przytoczonego pobieżnego rysu głównych postaci suchot płucnych łatwo czytelnik mógł wyprowadzić wniosek, że wszystkie owe formy, jedna mniej druga więcej, przedstawiają stałą dążność do zatrzymania się w rozwoju. O ile zaś w formie pierwszej, t. j. dziedzicznej, ustrojowej, na szanse pomyślnego zejścia tylko w pierwszych okresach cierpienia liczyć można, o tyle coraz większe szanse mamy w postaci nabytej, a jeszcze większe w włóknistej. Na czasowe zatrzymanie sprawy w rozwoju w postaci nabytych suchot liczyć można nieraz nawet w okresie rozpadu i stałej gorączki, przeciwnie zaś w ostro przebiegającej ustrojowej postaci suchot, w tak zwanej *phthisis florida*, na zatrzymanie w rozwoju sprawy liczyć prawie niepodobna.

Te naturalne tendencje wszystkich postaci suchot do wyleczenia, czyli zatrzymywania się w rozwoju, są punktem wyjścia naszej terapii, tylko bowiem w tych procesach anatomo-patologicznych liczyć można na pewną skuteczność naszych zabiegów terapeutycznych, w których naturalny przebieg sprawy owe zejście szczęśliwe samoograniczenia wykazać jest w stanie, a co właśnie dla suchot płucnych wyżej przytoczone dane wyraźnie stwierdziły.

R O Z D Z I A Ł III.

Z kilku punktów widzenia można czerpać wskazania do terapii suchot płucnych. Przedewszystkiem najsłuszniejszym i najracjonalniejszym wydawałby się punkt etiologiczny sprawy. Zdawałoby się, że gruźlica płuc, której przyczyna ostateczna stanowczo przez KOCH'a, jako pasożyt swoisty, została wykazana, winna na drodze leczenia antyseptycznego dawać korzystniejsze wyniki, niż wszelkie inne leczenie, dotychczas stosowane. Zachętę i pobudkę do takiego leczenia dała nam przedewszystkiem patologia doświadczalna, wykazawszy cały szereg środków z grupy antyseptyków, działających zabójczo lub też wstrzymująco na rozwój laseczników gruźliczych. Niestety jednakże, doświadczenia kliniczne, konsekwentnie i z niezwykłą energią prowadzone we wszystkich niemal klinikach i zakładach leczniczych całego świata, w ciągu ostatnich lat dziesięciu dały rezultat wielce

niezadawalający. Całe legiony coraz to nowych środków antyseptycznych zdawały się z początku obudzać nadzieję pomyślnych wyników. Wkrótce jednakże doświadczenia liczniejsze szybko osłabiały doniosłość pierwotnych dodatnich wyników, większość bowiem autorów normalną tendencję do zatrzymywania sprawy brała za wynik działania środka. Ja byłem jednym z pierwszych, który zaczął stosować metodę antyseptyczną leczenia suchot płucnych za namową prof. KLEBS'a w Görbersdorfie jeszcze w roku 1876, t. j. w epoce, kiedy parazytarne pochodzenie gruźlicy nie było jeszcze stanowczo wykazane. Stosowałem wówczas dłuższy przeciąg czasu i u znacznej ilości chorych wielkie dozy do wewnątrz *natrii benzoici* [do 1% wagi ciała chorego], nie otrzymałem jednak żadnych dodatnich wyników. Dalej, stosowałem konsekwentnie tamże, jako też następnie w ciągu całego szeregu lat praktyki mojej szpitalnej w Warszawie, najróżnorodniejsze środki przeciwnilne: a więc kwas karbolowy w dużych dozach podskórnie, sublimat, kreozot, gwajakol, tymol, menthol, jodoform i wiele innych; środki te stosowałem również miejscowo wprowadzając je wprost do miąższu płucnego w dużych stosunkowo dozach, do tchawicy przy pomocy wstrzykiwań, wzięwań, w połączeniu z powiększonym ciśnieniem przy pomocy aparatu WALDENBURG'a i t. d., a z rezultatu szczegółowych moich spostrzeżeń wyniosłem to stanowcze przekonanie, że żaden z tych środków specyficznego działania na gruźlicę płuc nie wywiera. Wprawdzie przy stosowaniu niektórych z tych środków, a szczególnie gwajakolu, widywałem u wielu chorych czasową lub też stałą poprawę, widywałem ją jednakże również i w tych razach, gdzie zalecałem tylko leczenie higieniczno-dietetyczne, które zawsze stosowałem obok leków antyseptycznych. W ostatnich czasach większość sumiennych spostrzegaczy przyszła do podobnego, jak i ja, wniosku. I tak, w roku zeszłym podczas mojej bytności w Berlinie przekonałem się, że w wielu szpitalach, posiadających wielkie oddziały dla suchotników, leczenie specyficzne zostało zupełnie zaniechane. Ostatni z wymienionych środków antyseptycznych, do dziś cieszący się przy leczeniu suchot w ostatnich latach bardzo wielką wziętością, t. j. kreozot *respect.* jego derywat gwajakol, również specyficznego działania na przebieg suchot płucnych nie wywiera; działanie zaś jego, wielokrotnie korzystne u chorych, zdaje się ze słusnością przypisać należy poprawieniu trawienia, co, przy leczeniu suchot jest rzeczą wielkiej doniosłości. Naturalnie o ile nie jest, co się niestety bardzo często widzi, stosowanym w zbyt wielkich dozach, które u wielu chorych wywołują efekt wprost przeciwny, t. j. psują trawienie, a nawet wywołują czasem i podrażnienie nerek.

Inne metody antyseptycznego leczenia stosowane w ostatnich latach, jako to: metoda WEIGERTA [gorące powietrze], CANTANI'ego za pomocą wstrzykiwań kultur *bacterium termo*, metoda KOCH'a za pomocą wstrzykiwań kultur gruźliczych i wiele innych, dały również niestety wyniki ujemne, świadcząc, że teorye lecznicze, oparte li tylko na eksperymentach laboratoryjnych w zastosowaniu do kliniki wielokrotnie doprowadzają do smutnych rozczarowań.

R O Z D Z I A Ł IV.

Drugim punktem wytycznym dla terapii suchot płucnych jest, jeśli się tak wyrazić można, punkt wyjścia ustrojowy [diatezyjny]. Suchoty płucne, jak to wyżej starałem się wykazać, w większości przypadków polegają na pewnym zboczeniu ogólnego odżywiania całego ustroju, zboczeniu, które źródło swe bierze w usposobieniu dziedzicznym lub też osłabieniu nabytem, uwarunkowanem różnorodnemi momentami, wyżej wyszczególnionemi, a powodującemi toż zwątlenie organizmu. Podnieść więc funkcję całego organizmu, pobudzić wszystkie pierwiastki do przemiany materii w zupełnie innym kierunku, wytworzyć to, co dziś w patologii nazywamy odpornością komórek w walce z drobnoustrojami, jednym słowem postawić organizm w warunkach korzystnego odżywiania, a przeciwnego tym, wśród których dotychczas przebywał, — oto kardynalne podstawy terapii suchot płucnych, terapii która ze wszystkich dotychczasowych metod najlepsze stosunkowo daje wyniki; podstawą leczenia w tym sensie pojętego, jest leczenie, które nazwałoby można klimatyczno-dyetetycznem. Na wiele lat przed odkryciem istoty gruźlicy, oraz warunków, na podstawie których wytwarzamy odporność organizmu w walce z pasożytami, bo jeszcze w latach pięćdziesiątych, lekarz niepospolitego umysłu i szerokiego poglądu HERMAN BREHMER, twórca zakładu leczniczego w Görbersdorfie, wychodząc z punktu widzenia czysto teoretycznego, wytworzył cały genialnie obmyślany szemat leczenia suchot płucnych, realizujący w zupełności dezyderat, o którym tylko cośmy mówili, t. j. stawiający organizm suchotnika w zupełnie odmienne, a korzystne warunki odżywiania. Punktem wyjścia teorii BREHMER'a było spostrzeżenie dawniejszych patologów [LOUIS, ROKITANSKY i inni], jakobyśmy u suchotników mieli do czynienia ze stale zmniejszonym sercem, a tem samem niedostatecznem ukrwieniem płuc i skłonnością tychże do stanów zapalnych z następczem

zserowaceniem. Stąd też w terapii należało dążyć do podniesienia stałego funkcyi serca, *resp.* dobrego ukrwienia płuc, co przedewszystkiem stale osiągać się dawało za pomocą długiego przebywania chorego w klimacie górskim, działającym podniecająco na akcyę sercową i będącym względnie wolnym (*immun*) od suchot płuc. Obok tego zasadniczego działania, wspomagającymi momentami były: dobre odżywianie chorego pokarmami mieszanymi, w tłuszcz i białko obfitującymi, oraz pobudzenie funkcyi skóry za pomocą odpowiednich manipulacyi hydropatycznych. Całość zaś leczenia powinna się odbywać w zakładach leczniczych zamkniętych, pod ścisłą kontrolą lekarską. Pomimo, że teorya, na której oparł BREHMER swoją metodę leczenia, nie wytrzymała ściślejszej naukowej krytyki, jednakże metoda jego w zastosowaniu praktycznym okazała się bardzo skuteczną, a rezultaty, tą drogą otrzymane, przewyższyły znakomicie wszystkie dotychczasowe metody leczenia suchot. Stąd też, aczkolwiek z początku, szczególnie w Niemczech, niesłychanie surowo krytykowano metodę BREHMER'a, zyskiwała ona jednak powoli coraz większą liczbę zwolenników, sam zakład leczniczy stał się wzorem, na model którego całe szeregi podobnych powstały w Europie [DAVOS, FALKENSTEIN, REUBOLDGRUEN i t. p.]. Rzecz dziwna, że metoda BREHMER'a, powszechnie dziś w wielu zakładach stosowana, nazywaną bywa to metodą Görbersdorfską, to metodą DETWEILER'a; tymczasem zaś metody owe są niczem innym, jak ślepem naśladownictwem zasad BREHMER'owskich, nieraz wprawdzie nieco zmodyfikowanych choć nie zawsze zbyt szczęśliwie. Tym sposobem jako jeden z kardynalnych warunków leczenia suchot postawił BREHMER, jak to tylko co wzmiankowałem, leczenie w ściśle zamkniętym zakładzie, w przeciwstawieniu do leczenia klimatyczno-odżywczego, praktykującego się niemal od wieków w różnorodnych stacyach klimatycznych. Przedewszystkiem więc należy nam pokrótce omówić kwestyę, o ile takie leczenie w zakładzie jest istotnie dla suchotnika niezbędnem i pożytecznem, i jakie dla takiego leczenia postawić należy wskazania. Dobrze urządzony zakład winien realizować wszystkie warunki wymagalne dla skutecznego zastosowania metody higieniczno-dyetetycznej, zasady której wyżej wskazaliśmy: a więc winien się odznaczać odpowiedniem położeniem klimatycznym, urządzeniem wygodnych po części słonecznych, po części cieniistych spacerów, urządzeniem higienicznych dobrze wentylowanych i dostatecznie ocieplanych pokojów, dobrych sal spacerowych i jadalnych, dobrze zaopatrzonej i dobrze prowadzonej kuchni, odpowiednio indywidualizowanej w wielu przypadkach, a wreszcie umiejętnym doborem odpowiednio wykształconego personelu lekarskiego. Jednym słowem są to szpitale, urządzo-

ne z komfortem wśród najlepszych warunków klimatycznych, w których chory jest codziennie przez lekarza widzianym, na każdym kroku niemal kontrolowanym i zależnie od zmian indywidualnych odpowiedniej terapii higieniczno-dyetycznej poddawany. Są to warunki niesłychanie ważne wogóle u każdego chorego z cierpieniem przewlekłym, szczególnie zaś u ludzi młodych, z natury lekkomyślnych, lekceważących sobie każdą poważniejszą radę i wogóle nie zdających sobie sprawy z istotnego swego stanu. W zakładach takich ta ostatnia kategoria chorych nietylko zmuszoną jest regulaminem zakładowym do prowadzenia odpowiedniego higienicznego życia, lecz dla wielu, nawet już po opuszczeniu zakładu, pobyt ich tamże jest wzorem umiejętnego higienicznego urządzenia ich dalszej egzystencji. Jedną również z wielce dodatnich zalet zakładów leczniczych jest, zdaniem mojem, niesłychanie ważna okoliczność, że nie mają one na podobieństwo zwykłych miejsc kąpielowych tak zwanych sezonów leczniczych, trwających zazwyczaj od 4 do 6 tygodni; urządzenie całe tych ostatnich miejscowości skierowane jest głównie ku odbyciu u pojedynczego chorego odpowiedniego terminowego sezonu, po upływie którego chory uważa kurację swą za skończoną, wraca następnie do domu, lub też wędruje na dalszy sezon gdzie indziej. W zakładach leczniczych przeciwnie ściślejszych tak zwanych sezonów nie ma; długość pobytu chorego określa jedynie stan jego cierpienia. W swoim czasie w Görbersdorfie chorzy przeciętnie przebywali nie mniej jak 3 miesiące, a pobyt w zakładzie chorego rok, a nawet dwa trwający, nie należał do zbyt rzadkości. Ten długotrwały pobyt w jednym zakładzie chorych, których stan ulega stopniowej poprawie, jest mojem zdaniem jednym z najkapitałniejszych warunków dodatniej wartości zakładu. Suchoty, jako choroba *par excellence* chroniczna, wymaga i leczenia *par excellence* długiego w jednym skutecznym prowadzonego kierunku; nie bowiem nie ma gorszego dla tego rodzaju chorych, jak ciągła wędrownica z jednej stacyi klimatycznej do drugiej, zmiana miejsca, zmiana klimatu, metody odżywiania, sposobu leczenia, nie mówiąc o bardzo wyczerpujących, a bardzo długich podróży, noclegach w niewygodnych hotelach i t. p. niedogodnościach, związanych z wędrownką uciążliwą ludzi nieraz bardzo poważnie chorych.

Obok tych bardzo dodatnich stron zakładów leczniczych posiadają one rozmaite nieraz bardzo ujemne strony i tak: doświadczenie, jak o tem osobiście w wielu zakładach przekonać się mogłem, wykazuje, że w nich szukają pomocy przedewszystkiem chorzy, będący w okresach daleko rozwiniętych suchot; stąd też dla pozostałej części chorych, znajdujących się w okresach wcześniejszych choroby, towarzystwo bezustanne, szczególnie w zimowych miesiącach suchotni-

ków, jeśli się tak wyrazić można, na ostatnich nogach stojących, robi pobyt nadzwyczaj przykrym, a dla wielu nawet wprost niemożliwym. Wicczny kaszel i plucie, krwotoki, co chwila na prawo i lewo wydarczające się, rozmowa stała o gorączce, kawernach, nieskuteczności leczenia, a wreszcie i śmierć niezbyt rzadko szecerby robiąca w sąsiadach, wywołuje, jak to wyżej mówiłem, uczucie przygnębienia, a z nim związane dezercye z miejsc, które zkaąd inąd na ich sprawę chorobową dodatni wpływ poczynają wywierać. Naturalnie właściciele zakładów, jako instytucyi nie filantropijnych lecz finansowych, nie mogą robić wyboru, przyjmują wszystkich chorych, tem bardziej, że ciężko chorzy dla właścicieli zakładów z punktu widzenia materialnego są bardziej pożądanymi. Szkopuł, o którym tu tylko co wspomniałem jest kapitalnym i o niego rozbija się stanowczo szerszy rozwój zakładów, w których, jak to wyżej wzmiankowałem ze zdumieniem widzi się przedewszystkiem do leczenia zakładowego najmniej odpowiednich chorych. Drugim ujemnym czynnikiem zakładów jest okoliczność, że większość ich pomimo woli ma również pewne sezony, t. j. okresy, w których gromadzi się naraz wielka liczba chorych [np. w Görbersdorfie przeważnie latem, w Davos przeważnie zimą], stąd też w chwilach owego przeludnienia cały system zakładowy przyjmuje charakter szablonowej rutyny, indywidualność chorego ztraca się, ścisła kontrola i dozór staje się iluzorycznym, a odżywianie chorych w tych okresach wiele i wiele pozostawia do życzenia. O innych ujemnych stronach zakładów, t. j. o zbytecznych i wygórowanych w nich cenach, dostępnych przeważnie dla bogatej klasy ludności, o pewnych niewłaściwych, zbyt szablonowych kuracjach, zależnych od jednostronnych nieraz poglądów ich kierowników nie będę się bliżej rozwodził, są to bowiem zarzuty stosunkowo mniejszej doniosłości. Jeśli zakłady lecznicze dla suchotników mają w przyszłości odegrać wielką rolę, co zdaniem naszym nie ulega najmniejszej wątpliwości, to winny one rozwijać się w następujących kierunkach: 1) należy tworzyć zakłady średniej wielkości, 2) dzielić je podobnie, jak to ma miejsce z zakładami psychiatrycznymi, na dwie odrębne zupełnie kategorie, dla chorych, będących w początkowych okresach choroby i dla chorych o formach daleko posuniętych, 3) obok zakładów dla ludzi zamożnych równoległe z niemi iść winny zakłady, dla mniej zamożnych dostępne, z mniejszym komfortem i mniejszemi wymaganiami życiowemi urządzono. O sanatoryach dla zupełnie biednych suchotników pomówię jeszcze parę słów poniżej.

Jacy chorzy nadają się do zakładów leczniczych, *respective*, jakie wskazania mają one? Właściwa odpowiedź na to pytanie jest ta, że w zasadzie wszystkie formy i okresy suchot najwłaściwiej i naj-

skuteczniej w zakładach leczonemi by być powinny, gdyby te nie posiadały tych ujemnych stron, o których wyżej wzmiankowaliśmy. Właściwie więc nie wskazania lecz przeciw wskazania wynikają wprost z wyżej powiedzianego, dopóki zakłady w sensie wyżej wyłuszczonej zreformowanemi nie będą. Zawsze najwdzięczniejszem polem do kuracyi zakładowej będą chorzy we wczesnych okresach choroby, chorzy młodzi, bez bliższej opieki będący, którzy obok leczenia, przede wszystkim ścisłego nadzoru wymagają. Tacy bowiem chorzy, jak to smutne doświadczenie zbyt często wykazuje, puszczeni luzem po tak zwanych swobodnych kurortach, zamiast leczenia wpadają w objęcia szeregu różnorodnych nadużyć i tą drogą postępują szybko nieraz w najlepszych miejscach klimatycznych w okres pełnego rozwoju choroby. Że nawet i chorzy z daleko posuniętą chorobą piersiową w dobrych warunkach zakładowych, przy stałej kontroli i dobrze prowadzonej terapii, nieraz niemal w rozpaczliwym stanie będący, wielokrotnie znakomitą poprawę odnieść są w stanie, o tom wspominają z naciskiem w swych sprawozdaniach lekarze zakładowi, co zresztą i ja wielokrotnie na licznych chorych w Görbersdorfie miałem sposobność spostrzegać.

Istniejące dotychczas w Europie zakłady lecznicze dla chorych piersiowych w ścisłym tego słowa znaczeniu dają się podzielić na 3 kategorie. Po pierwsze, zakłady o podstawie czysto higieniczno-dyetyetycznej. Za prototyp tych zakładów służyć może znany powszechnie zakład w Falkensteinie pod Frankfurtem nad Menem, prowadzony wzorowo przez doktora DETWEILER'a byłego asystenta a kolegę mojego w zakładzie BREHMER'a w Görbersdorfie. Zakład urządzony pod każdym względem wzorowo, ma bardzo nieznaczne wzniesienie nad poziomem morza [zaledwie około 1,000 stóp], kierownik jego, nie kładąc wcale nacisku na doniosłość klimatu górskiego, system leczenia powietrzno-dyetyetyczny kładzie jako podstawowy warunek; wprowadził on również system tak zwanych *Freiluftkuren*, t. j. leżenie na powietrzu chorych, odpowiednio od wpływu zimna zabezpieczonych, całemi godzinami nawet we dni stosunkowo chłodno. System ten szczególnie konsekwentnie bywa stosowany u gorączkujących chorych. Metoda ta, zdaniem mojem, o ile ma pewne korzyści w niektórych przypadkach, o tyle, szablonowo stosowana u wszystkich gorączkujących chorych, trafia na pewno poważne zarzuty i przede wszystkim nie może być we wszystkich porach roku stosowana; powtórze chorzy, często poddawani stałemu leżeniu, tracą apetyt, a przez to chudną; wreszcie u wielu leżenie ciągle wywołuje stan nadmiernego podrażnienia nerwowego, bezsenność i t. p. objawy. Również nadmierne stosowanie alkoholu u wszystkich chorych, jak to ma miejsce

w Falkensteinie, nie jest zdaniem naszym we wszystkich przypadkach w zupełności odpowiednim; zresztą, jak to wyżej wspomniałem, zakład jest urządzony wzorowo i ma tę wielką zaletę, że chorzy w nim przez cały rok przebywać mogą. Do drugiej, a wprost przeciwnej kategorii zaliczyć należy zakłady o podstawie, jeśli tak nazwać można, klimatyczno-górskiej, w nich bowiem zasadę główną leczenia stanowi wpływ przypuszczalnie specyficznie leczniczy klimatu *par excellence* górskiego, naturalnie obok leczenia higieniczno-dyetycznego, odgrywającego rolę czynnika drugorzędnego. Typem tego rodzaju zakładów jest szereg sanatoryjów, urządzonych w znanej miejscowości kuracyjnej Davos w Szwajcaryi, wzniesionej na 1700 metrów nad poziom morza. Miejscowość ta obok swej wyjątkowej pozycji górskiej, wybornie przytem zasłoniętej od wiatru i mocno słonecznej, posiada szereg urządzeń w wysokim stopniu higienicznych i realizujących wszystkie warunki właściwe dla terapii klimatyczno-dyetycznej. Wielka wyniosłość miejscowości nad poziom morza, a tem samem doniosłość jej rzeczywista przy leczeniu suchot płucnych [o czem jeszcze poniżej pomówię], obok wzorowych urządzeń i pewnej tradycyi leczniczej wytworzyła z Davos, zdaniem mojem, jedną z najznakomitszych i pierwszorzędných stacyi klimatycznych dla suchotników. Tak znakomitych rezultatów, jakie w ciągu ostatnich dziesięciu lat spostrzegałem u bardzo licznych moich chorych, wysyłanych do tej miejscowości, nie widziałem w żadnej innej stacyi klimatycznej. Toż samo spostrzeżenie zrobili i inni lekarze, a przedewszystkiem angielscy, którzy, idąc za radą znanego lekarza londyńskiego Hermana WEBER'a, setkami chorych corocznie zasypują Davos. W Davos obok zamkniętego zakładu d-ra TURBAN'a b. asystenta d-ra DETWEILER'a, w którym to zakładzie leczenie odbywa się na sposób Falkensteinowski, istnieje cały szereg sanatoryjów nie ściśle zamkniętych, wybornie i z komfortem urządzonych, a kierowanych przez biegłych i sumiennych szwajcarskich lekarzy. Ujemną stroną Davos, jako też i innych świeżo powstałych obok Davos zakładów [Arosa, Clawadel, Lising i t. p.] stanowi ta okoliczność, że mają one sezon ograniczony, nie przekraczający czasu od 6 do 8 miesięcy na rok, miesiące bowiem wiosenne, poczynając od Marca do połowy Czerwca, stanowią tamże epokę topnienia śniegów, podczas której panują stale mocne, suche górskie wiatry, usposabiające chorych do świeżych katarów oskrzelowych, krwiopłuc i nawet ostrych zapaleń płuc tak zwanych *Alpenstich* i t. p. objawów, ztąd też chorzy w tym okresie muszą wędrować do innych bardziej na południe położonych miejscowości, co, jak to wyżej wzmiankowałem, jest dla nich rzeczą mniej pożądaną. Trzecim wreszcie typem zakładów leczniczych dla suchotników,

są sanatoria o podstawie mieszanej, w których obok leczenia klimatem górskim, dzięki dość znacznemu wzniesieniu nad poziomem morza, współzręcznie z nim idzie leczenie dyetetyczno-odżywcze. Do tej kategorii zaliczyć należy zakłady lecznicze Görbersdorfu Brehmerowski i Remplerowski, które stanowią prototyp wszystkich zakładów leczniczych. Görbersdorf, leżący w górach Olbrzymich [na Szląsku pruskim niedaleko Wrocławia], na wysokości około 1800 stóp, obok swego wzniesienia górskiego, posiada znakomicie pod względem komfortu urządzone zakłady, położone we wspaniałym obszernym sosnowym lesie. Obok powyższych, rzeczywiście niemal jedynych w świecie urzędzeń, przechował on dotychczas wiernie tradycję leczniczą, przekazaną mu przez swego pierwotnego twórcę i właściciela: a więc ścisły nadzór i rygor niemal wojskowy, bardzo obfite odżywianie, w którym potrawy mleczne i tłuste wielką rolę odgrywają [co jednakże nie wszyscy chorzy równie dobrze znoszą]. Dodatknią stroną Görbersdorfu stanowi ta okoliczność, że sezon w nim trwa cały rok, roztopy bowiem wiosenne są nieznaczne, nie wywołują żadnych bardziej ujemnych wpływów na chorych. Na wzór Görbersdorfu, w Niemczech i Szwajcaryi powstał cały szereg zakładów, mniej lub więcej znanych, jak Reuboldgrün w Saksonii, Südoredo w Harzu, Sanct. Blasien w Schwarzwaldzie i t. d. Rodziłoby się teraz mimowolne pytanie, jaki z tych typów zakładów stanowi bardziej pożądaną dla terapii suchot miejscowość. Zdania pod tym względem różnych autorów są podzielone. W ostatnich czasach szereg autorów neguje doniosłość leczniczą klimatu górskiego i li tylko leczeniu powietrzno dyetetycznemu w zdrowo położonej miejscowości przypisuje całą wartość. Przeciwnie inny szereg równie doświadczonych lekarzy, jako warunek konieczny zakładu leczniczego kładzie powietrze górskie. Co mnie się dotyczy, to na podstawie mojego osobistego doświadczenia skłaniałbym się bardziej do poglądu tych ostatnich autorów, oddając przede wszystkim pierwszeństwo zakładom, w wysokich górach położonym, których doniosłość przy leczeniu różnych przewlekłych postaci suchot płucnych nie ulega najmniejszej wątpliwości.

ROZDZIAŁ V.

Jak to już wyżej wielokrotnie wspominaliśmy, leczenie powietrzne, *resp.* klimatyczne jest jednym z najważniejszych czynników

przy leczeniu suchot płucnych, stąd też należy nam obecnie pokrótce rozebrać doniosłość tego czynnika, wskazać główne kategorie klimatów, oraz specjalne dla tychże wskazania i przeciwwskazania. Naturalnie ze względu na zbyt szczupłe ramy niniejszej pracy możemy to uczynić w formie tylko ogólnikowej, szczegóły bowiem znajdzie czytelnik w podręcznikach specjalnych klimatoterapii.

Klimatów działających specyficznie leczniczo na suchoty płucne w ścisłym słowa tego znaczeniu nie znamy; są jednakże takie, które działalność środków higieniczno-dietetycznych w wysokim stopniu wspomagają, stąd też jedno klimaty bardziej, a drugie mniej kwalifikują się do tak zwanych kuracji powietrznych. Jednym z klimatów, który, jak to już wyżej wspomniałem, najbardziej swe własności dodatnie w tym kierunku realizuje, jest tak zwany klimat górski, na którego wartość leczniczą w ostatnich trzydziestu latach wielką zwrócono uwagę. Pierwsi badacze [JOURDANET, MIRHY, LOMBARD, WEBER, BREHMER, SPENGLER i wielu innych] doniosłość leczniczą klimatu górskiego widzieli przedewszystkiem w nieobecności lub też niesłychanej rzadkości suchot płucnych w wysoko położonych alpejskich miejscowościach, nawet w miastach bardzo wysoko położonych [Meksyk, Santa-Fe de Bogota i t. d.]; stąd też podstawą teorii była tak zwana *immunitas* gór dla suchot płucnych. Badania jednakże późniejsze, a szczególnie piękno prace komisji szwajcarskiej w r. 1886 podjęte, wykazały, że chociaż rzeczywiście częstość suchot płucnych maleje w stosunku odwrotnym do wzniesienia nad poziom morza, to jednakże fakt ten nie da się li tylko samą wysokością wyjaśnić, a współzrędnie z nim działają inne wielce ważne czynniki, jako to mniejsza gęstość zaludnienia, brak fabryk, zajęcie ludności rolnicze, a nie przemysłowe i t. d. Sam klimat górski jednakże, nie będąc tym sposobem sam przez się specyficznym, posiada w swym składzie szereg czynników w wysokim stopniu dodatnio w tym kierunku działających. Działanie to klimatu górskiego na organizm ludzki wogóle, a suchotników w szczególności było przedmiotem w ciągu ostatnich lat 30 bardzo wielu szczegółowych prac różnych poważnych badaczy [FRANGLAND, JOURDANET, P. BERT, H. WEBER, VATERS, VOLLAND, JAWORSKI, i wielu innych]. Nie mając możliwości nawet w streszczeniu podawać poglądów różnych autorów, nadmienię, że w ogólnych tylko zarysach wpływ klimatu górskiego da się zredukować do następujących punktów, i tak: klimat górski wykazuje: 1) wpływ wybitny na wzmocnienie czynności serca i oddechania, wzmocnienie odżywiania płuc i tkanek wogóle przez przyspieszenie w nich obiegu krwi i lepsze wypełnianie naczyń obwodowych. Działanie to, niesłychanie ważne na system cyrkulacyjny, jest ściśle zależnem i proporcjonalnem do

zmniejszonego ciśnienia atmosferycznego; 2) czystość niemal absolutna powietrza, brak pyłu i drobnoustrojów na wysokich górach [MICHEL na wysokości 2000 metrów nie znajdował już żadnych drobnoustrojów w powietrzu], a wreszcie niesłychane natężenie światła słonecznego i wielka ilość ozonu; 3) również ważnym czynnikiem jest znaczna suchość powietrza; tym sposobem skóra, utraciwszy znaczną ilość wody w postaci pary, nie poci się, przewód pokarmowy jest więc w możności więcej płynu w siebie wchłonąć i strawić, np. mleka. Suchość powietrza, jako złego przewodnika, tłumaczy nam znany fakt, że chorzy w górach znoszą wybornie nawet bardzo niskie stopnie ciepłoty, bez zaziębnienia się mogą dłuższy przeciąg czasu przebywać na świeżem powietrzu. Oprócz tego zaznaczyć należy, że natężenie słońca bywa tamże niesłychanie mocne, tak dalece, że nawet przy bardzo niskich temperaturach jak 20° C., chorzy, ze względu na znaczne ogrzanie powietrza, mogą w dni słoneczne godzinami całemi przebywać na świeżem powietrzu. H. WEBER zwraca również słusznie uwagę na ten punkt, że płuca w suchym powietrzu oddają dużo wody, przedstawiając powierzchnię bardziej suchą, a tem samem, jak to się dzieje z wrzodami powierzchownymi, nabierają skłonności do zablźniania lub zwapnienia. 4) Fakt jest powszechnie znany, że pobyt w wysokich górach wzmaga łaknienie nie tylko u zdrowych, ale i u suchotników, którzy poprzednio pozbawieni byli apetytu. JAWORSKI zwraca uwagę, że i czynność kiszek staje się bardziej prawidłową, przez zmniejszenie bowiem ciśnienia zewnętrznego powietrza rozdymają się nagromadzone w jelitach gazy, pobudzają je do ruchów robaczkowych i wypierają szybko ich zawartość, przez co stolce w górach bywają częstsze i obfitsze niż w nizinach, nawet bez używania jakiegokolwiek ruchu. 5) Układ nerwowy i sfera psychiczna bywa w górach również znacznie pobudzona, przemiana zaś materji wogóło, jak to wykazały badania FRANKLAND'a, ma ulegać przyspieszeniu.

Oto są w zarysie czynniki niesłychanie doniosłe, którym zawdzięczają góry swój zbawienny wpływ na suchoty płuc. Jeśli do tego dodamy dobre higieniczno-dietetyczne warunki, to zrozumiałem w wysokim stopniu będzie, dlaczego klimat górski poszczycić się może tak zasłużoną sławą terapeutyczną i dlaczego rzeczywiście ma tyłu za sobą zwolenników. Nie wszyscy jednakże chorzy dobrze znoszą, szczególnie zimą, klimat wysokich sfer, stąd też nie wszyscy suchotnicy hurtem kwalifikują się do tejsze kuracyi, do której również istnieją specjalne wskazówki. Najpiękniejsze wyniki z klimatu górskiego, a na co szczególniejszy kładę nacisk, osiągają osobniki młode, posiadające tak zwane dziedziczne lub też nabyte usposobienie do suchot płucnych [o czom szczegółowo mówiłem poprzednio]. Przez pobyt ich długotrwały w gó-

rach [nieraz lata całe], zmienia się niemal w zupełności wadliwa konstytucya ich organizmu, klatka piersiowa płaska zmienia swą formę, mięśnie wzmacniają się, cyrkulacya staje się prawidłową, usposobienie do katarów i kaszłów znika w zupełności. Znam cały szereg młodych ludzi, którzy przez podobny długoletni pobyt w górach stali się zupełnie w następstwie zdrowymi i zdolnym do życia w wielkomięskiej atmosferze.

Jeśli jednakże pobyt w górach, jako środek profilaktyczny u tego rodzaju indywiduów ma być w zupełności pożytecznym, to dążyć należy, aby w innych miejscowościach w wysokich górach, na podobieństwo Davos, powstały zakłady wychowawcze dla tego rodzaju chorych, gdzie nie tylko rozwój fizyczny, lecz i umysłowy, może jednocześnie być osiągniętym.

W rozwiniętych już suchotach płucnych klimat górski nada się w wysokim stopniu w tych wszystkich przypadkach, gdzie sprawa niszcząca nie jest jeszcze zbyt daleko posuniętą, gdzie nie mamy do czynienia z wybitną trawiącą gorączką, gdzie brak ważniejszych powikłań ze strony kiszki, krtani lub też innych narządów i wszędzie tam, gdzie stan ogólny chorego przedstawia jeszcze jakie takie odżywianie, a tem samem dość znaczną odporność dla zniesienia dość zimnego klimatu. Klimat górski źle znoszą zazwyczaj, a szczególnie zimę, osobniki mocno anemiczne, a tem samem mocno wrażliwe na zmiany temperatury, osoby, które obok zmian w płucach, przedstawiają różno wady cyrkulacyjne, osoby mocno nerwowe, a wreszcie suchotnicy ze skłonnością do spraw lokalizowanych w krtani. Nieznaczne natężenie gorączki, a szczególnie gorączki występującej tylko w pewnych okresach dnia, a dochodzącej nawet do wysokich stopni, bynajmniej, przy innych odpowiednich danych, nie jest przeciwwskazaniem do kuracyi klimatem górskim, jak też i wogóle do kuracyi klimatycznej, jest bowiem fakt powszechnie znany, że wielokrotnie tacy chorzy tygodniami i miesiącami całymi gorączkujący w domu, szybko na świeżem powietrzu przestają gorączkować. Toż samo się tyczy chorych z usposobieniem do krwawień i krwotoków płucnych, dla których, wbrew opinii wielu autorów, na mocy osobistego doświadczenia, leczenie klimatem górskim nie uważam za przeciwwskazane. Zresztą powyższe dla kuracyi klimatem górskim przeciwwskazania są również bardzo względne, gdyż widywałem niejednokrotnie i tej kategorii chorych wybornie w górach się poprawiających.

Posiadamy w Europie ogromną ilość stacyi leczniczych klimatycznych górskich. Podzielić by je można na dwie kategorie, t. j. takie,

w których leczenie odbywa się tylko w czasie sezonów letnich, oraz takie, gdzie pobyt chorych ma miejsce niemal w ciągu całego roku.

Do stacy tej ostatniej kategorii, a tem samem, z motywów wyżej omawianych, najważniejszych, zaliczyć należy, jak to już wyżej wspominałem, w pierwszej kategorii te miejsca, w których istnieją odpowiednie zakłady lecznicze, a więc Davos, St. Moritz, Arosa w Szwajcaryi, w ostatnich zaś czasach powstaje w tejsze Szwajcaryi jakoteż i Francyi szereg innych podobnych zakładów, np. Lysin ponad jezierzem Genewskiem i t. d..

Do drugiej kategorii stacy klimatycznych górskich zaliczamy to miejscowości, które aczkolwiek posiadają *par excellence* klimat górski, urządzone są jednakże tylko dla pobytu letniego; stąd też i doniosłość ich leczenia dla suchot płucnych z wyżej określonych motywów jest mniejszej wagi. W każdym jednakże razie i w tych miejscowościach, posiadających sezon około 3-ch miesięcy trwający, mogą z korzyścią przebywać suchotnicy, dla których klimat górski jest wskazanym, u których zmiany są stosunkowo niewielkie, stan ogólny dobry; suchotnicy, którzy poprzednio już przebyli dłuższą kurację na południu i poprawili się tam znacznie, wreszcie chorzy, u których sprawa po przebytych poprzednio długotrwałych kuracjach w górach przyszła do zupełnego spokoju, a więc formy włókniste suchot. Dla tych to osobników rokroczny pobyt w górach, chociażby krótkotrwały, okazuje się wielce pożytecznym. Z bardzo licznego szeregu tej ostatniej kategorii i miejscowości, przedewszystkiem zasługują na uwagę miejsca, położone w Szwajcarskich Alpach; dobre warunki klimatyczne obok wybornych mieszkań i dobrze urządzonych pensyonatów przy cenach względnie umiarkowanych, stawiają te miejscowości na pierwszym planie, a jedyny zarzut, jakiby tu zrobić można było, jest ten, że są od nas zbyt odległe i narażają naszego chorego na daleką, męczącą i kosztowną drogę. Z ogromnego szeregu miejscowości wyliczam tu tylko niektóre ważniejsze: Samaden, Beatenberg [3766 stóp], Les-Avantes [3200 st.], Seewis [3000] w Szwajcaryi i t. d.; w Niemczech: St. Blasien w Szwarzwaldzie [2500], Semering [3000] w Austrii, Aussee w Styrii [2200], Bergtesgaden w Bawaryi, Cotteret, Loucho, Bagnères de Bigorre w Pireneach i wiele innych jeszcze w Alpach Tyrolskich, Bawarskich i innych górach Europy. W naszym kraju posiadamy jedyną tylko miejscowość realizującą w sobie warunki klimatu prawdziwie górskiego; miejscowością tą jest Zakopane, położone w Polskich Tatrach, a wzniesione około 3000 stóp ponad poziom morza. Miejscowość ta, na którą słuszną zwrócił uwagę niezapomniany CHAŁUBIŃSKI, posiada w rzeczywistości kwalifikacye na dobrą stację klimatyczną dla całorocznego pobytu su-

chotników. Zakopane, położone na północno-zachodnim stoku Tatr, na najwyższym tarasie doliny Nowo-Targskiej, poprzerzynanej licznymi strumykami górskimi, niejako na równinie, zamkniętej od północy okazałymi wzgórzami, jest wsią rozległą na kilometr wzdłuż, a 6 wszerz; najniższe punkta tej wsi wzniesione są na 780, najwyższe na 1000 metrów ponad poziom morza. Wnosząc ze sprawozdań meteorologicznych dotychczas tamże prowadzonych, a ogłoszonych w broszurce D-ra PONIKŁY, w Zakopanem posiadamy mniej więcej te same warunki meteorologiczne, które spotykamy w innych szwajcarskich górskich miejscowościach, a więc niskie ciśnienie [średnie 674], znaczne promieniowanie słońca, czystość wielką powietrza, dużo ozonu. Obok tego okres topnienia śniegów, jako w miejscowości niezbyt wysoko wzniesionej, nie jest tak wybitnym, stąd też chorzy bez wszelkiego szwanku, przy pewnych warunkach ostrożności, mogą pozostawać tamże w ciągu całego roku. Obok powyższych teoretycznych wywodów doświadczenie lekarskie w ciągu kilku lat ostatnich wykazało, że rezultaty otrzymane z długiego pobytu w Zakopanem, a szczególnie z pobytu zimowego, nie ustępują bynajmniej rezultatom otrzymanym w Gorbardsdorfie lub też Davos. Ja sam znam cały szereg chorych suchotników w różnych okresach suchot płucnych będących, dla których klimat górski wydawał mi się wskazanym, a którzy rzeczywiście przez dłuższy pobyt w Zakopanem znakomitej doznali w swem cierpieniu poprawy. To samo dotyczy młodych osobników, których w celach profilaktycznych tamże na dłuższy pobyt wysyłałem. O ile jednakże Zakopane pod względem czysto klimatycznym ma wyborne warunki, o tyle urządzenia miejscowe pozostawiają wiele i wiele jeszcze do życzenia. Należałoby przedewszystkiem pomyśleć o zbudowaniu zakładu zamkniętego, odpowiednio prowadzonego, w którymby opiekę znaleźć mogli ciężej chorzy, którzy, jak wszędzie, tak i do Zakopanego, przedewszystkiem licznie ściągają i ściagać będą; dalej należy pomyśleć o urządzeniu dobrych pensjonatów na wzór szwajcarskich, asenizacji wsi i tym podobnych koniecznych, a dziś od dobrze urządzonej stacji klimatycznej niezbędnie wymaganych warunków. Sądząc z tego, co w Zakopanem w ostatnich kilku latach, zawdzięczając dobrej woli i energii nowego właściciela, zrobionem zostało, jest wszelka nadzieja, że i w dalszym ciągu reformy niezbędne stale wprowadzane będą i że miejsce, niezwykle bogato i uroczo od natury uposażone, stanie się naszą stacją *par excellence* klimatyczną, a tem samem zadośćuczyni palącej całego naszego kraju potrzebie.

R O Z D Z I A Ł VI.

Większość stacyi klimatycznych, do których dotychczas w ciągu lata bywają tradycyjnie wysyłani na mniej lub więcej dłuższy pobyt suchotnicy w różnych okresach będący, położone są w tak zwanym klimacie podalpejskim, t. j. na wzniesieniu od 1000—2000 stóp. Pod względem klimatycznym miejscowości te, aczkolwiek nie posiadają klimatu *par excellence* górskiego, z jego wymienionemi czynnikami terapeutycznymi, jednakże po większej części posiadają powietrze czyste, lekko pobudzające system cyrkulacyjny i nerwowy. Obok tych właściwości klimatycznych niemal wszystkie one posiadają jeszcze dodatkowe, nieraz nawet na pierwszym planie stawiane czynniki lecznicze pod postacią różnorodnych wód mineralnych [szczawy, alkaliczno-solne, alkaliczne, szczawy żelaziste, solanki czyste, siarczane i t. p.], dalej w niektórych z nich istnieją urządzenia dla kuracyi serwatkowych lub mlecznych, w innych urządzenia hydroterapeutyczne. Chociaż, jak to wyżej wzmiankowałem, tradycyą, uświęconą całemi dziesiątkami lat, do miejscowości takich, a szczególnie do niektórych z nich [Ems, Gleichenberg, Szczawnica, Salzbrunn, Reichenhall i inne] bywają wysyłani suchotnicy, to jednakże, zdaniem mojem, miejscowości te, o ile okazują się wielce pożytecznymi w różnorodnych cierpieniach dróg oddechowych niegruźliczego pochodzenia, o tyle znów suchotnicy w ścisłym słowa tego znaczeniu z pobytu w tych miejscowościach odnoszą korzyść stosunkowo niowielką, źródła zaś tego szukać należy w następujących okolicznościach: 1) jak to już wyżej przy znaczeniu zakładów leczniczych wzmiankowałem, leczenie suchot, owej choroby *par excellence* chronicznej, winno być konsokwentnem i długiem, w miejscowościach zaś tych cały ich ustrój jest obliczony na termin krótki, na tak zwane sezony; chory kończy swój, od 4-eh do 6-iu tygodni trwający sezon i musi robić miejsce innemu; ztąd też całe leczenie jest ściśle do owego pojęcia sezonu skryształizowane, a nawet sam pacjent uważa się za zbytecznego po wybyciu owego terminowego cyklu. Dużo trzeba czasu zaiste, aby pogląd ten tradycyjny mógł się wykorzystać; 2) jak to tylko co nadmienilem, w miejscowościach tych istnieją wody mineralne różnorodnego składu lub też zakłady hydropatyczne, i tu tradycya mieć chce, aby każdy z pacjentów temu leczeniu został poddany, o ile zaś te różnorodne swym składem wody w innych cierpieniach okazują się pożytecznymi, o tyle przy leczeniu suchot płucnych wartość ich jest wielce problematyczną, a nieraz nawet wprost szkodliwą [przez to, że upośledzają nieraz znacznie trawienie suchotników

np. wody alkaliczno-glauberskie]. Nieraz, a co niestety zbyt często się widzi, chorzy, niezadowoleni z zakazu picia wód lub też ze zbyt małej dozy takowych, samowolnie zmieniają kurację, piją zbyt wiele wody, a stąd wyrządzają sobie różnorodne niepożądane skutki, nad ilością bowiem wypijanej wody kontroli niema tutaj absolutnie żadnej; toż samo dotyczy i procedur hydropatycznych, które chorzy nieraz z daleko posuniętymi zmianami każą sobie służyć sami stosować, zależnie od ich własnego poglądu, bo i pod tym ostatnim względem w wielu miejscowościach, *horribile dictu*, nie ma żadnej kontroli.

3) Cały ustrój życia podobnych kurortów, gdzie jednocześnie obok pacjentów różnorodnych kategorii przebywa i masa osób zupełnie zdrowych, żadnych zabaw i uciech światowych w wysokim stopniu, stanowi atmosferę najmniej przydatną dla spokojnego wypoczynku przeciętnego suchotnika. Nadmierne i męczące wycieczki w towarzystwie osób zdrowych, bale i reuniony w dusznych i zacieśnionych salach, życie restauracyjne z licznymi wybrykami *in Baccho* a nawet nieraz i *in Venere*, wywołują te niestety zbyt często spostrzegane zjawisko, że chorzy gruźliczy, zamiast się poprawić, wracają ze znacznym pogorszeniem swego stanu, obwiniając swych lekarzy o nietrafny wybór miejscowości. Lekarz zaś, sam nieraz niekrytycznie badający istotę rzeczy, na podstawie tych ujemnych wyników również do podobnych wniosków dochodzi. Niestety jednak, nie zły klimat, nie wyjątkowo złe lato (!!), lecz wadliwy ustrój życia kurortowego, niewłaściwego dla danego chorego—oto istotna przyczyna zawodu, pogorszenia zdrowia, zmarnowania nieraz z wielką ofiarą poświęconego grosza. Wreszcie do ujemnych stron zaliczyć należy brak jednolitego kierunku lekarskiego, co zresztą, nawiasowo mówiąc, jest rzeczą do urzeczywistnienia w miejscowościach tej kategorii niemożliwą, stąd też pacjent, który nie widzi zbyt szybkiej w swem chronicznem cierpieniu, a tak oczekiwanej poprawy, przechodzi z rąk jednego lekarza do drugiego, z których każdy zależnie od swoich indywidualnych poglądów odpowiednią stosuje terapię, nieraz niestety czysto farmaceutyczną. Wreszcie zniechęcony zupełnie leczy się na własną rękę lub też, co ma częściej miejsce, jedzie dalej do innej miejscowości, na próżno szukając straconego zdrowia. Pomimo jednak tych ujemnych danych, miejscowości tej kategorii mogą w niektórych przypadkach być pożytecznymi i dla chorych gruźliczych. Chorzy spokojnego temperamentu, nieco starsi wiekiem, kobiety, lub też ludzie młodzi, pod opieką osób starszych będący, dotknięci niezbyt rozległymi sprawami, nie gorączkujący, bez powikłań w innych organach, wreszcie chorzy dotknięci różnorodnymi postaciami włóknistych form suchot w połączeniu ze znaczną rozrodą, a nieznoszący klimatu *par excellence* górskiego, suchotnicy

mocno anemiczni, a wreszcie z mocno wrażliwymi błonami śluzowymi górnego odcinka dróg oddechowych—mogą i w tych miejscowościach w ciągu kilku miesięcy letnich osiągnąć znaczną poprawę w swym stanie.

Łamy niniejszego odczytu są zbyt szczupłe, abym mógł wyliczać chociaż pobieżnie znaczne szeregi powyższych miejscowości leczniczych, a które ciekawy czytelnik znajdzie szczegółowo opisane w każdym podręczniku balneologicznym. Chcę tylko pokrótce zwrócić uwagę na najważniejsze i nas stosunkowo najbliżiej obchodzące miejscowości i tak:

I. **Szcza w n i c a** jest zbyt dobrze znaną miejscowością, abym ją potrzebował bliżej opisywać lub zachwalać; realizuje ona w sobie wszystkie dodatnie i ujemne strony wyżej scharakteryzowane. Wzniesiona na 1500 stóp przeszło nad poziom morza, w uroczej miejscowości, posiada typ klimatu podgórskiego, lekko tonizującego; w ostatnich czasach powstał tamże zakład hydropatyczny oraz zakład inhalacyjny. W formach suchot płucnych włóknistych, wikłanych rozedmą i suchym katarzem oskrzelowym, w formach wikłanych katarami krtańno-gardzielowymi może być pożyteczną narówni z innymi renomowanymi zagranicznymi miejscowościami, jakoteż stanowić miejsce przejściowe do klimatu czysto górskiego.

II. **K r y n i c a**, położona nieco wyżej [1800 st.], posiada urządzenia dobre, oraz bardzo dobrze urządzonego zakład hydropatyczny; istnieje tam również od dwóch lat założony specjalny zakład dyetetyczny, dobrze prowadzony przez d-ra SKÓRCZEWSKIEGO. Chorzy ze zmianami w płucach nieznaczными, a potrzebujący jednocześnie obok leczenia górskiego pewnych wodoleczniczych zabiegów, mogą z korzyścią przebyć kilka miesięcy letnich w Krynicy.

III. **R a b k a** wzniesiona około 1500 stóp, posiada obok dobrych źródeł solnych położenie zdrowe, klimat podgórski wyborny, wskazaną będzie w postaciach suchot płucnych, szczególnie u dzieci, powstałych na tle skrofulozy, w katarach szczytowych u dzieci gruźliczego pochodzenia przy jednoczesnym mocnym zajęciu gruczołów szyjowych. Pobyt w Rabce, przy użyciu umiarkowanej ilości tamtejszej solanki wewnętrznie, jakoteż pod postacią bardzo ostrożnie stosowanych kąpiel, okazał się w wielu przypadkach, przezemnie spostrzeganych, bardzo pożytecznym. Naturalnie, że pobyt winien być nie sezonowy lecz wielomiesięczny, a użycie kąpeli i wody winno być tylko środkiem pomocniczym. Rabka, hojnie uposażona od natury, lecz mająca niezwykle pierwotne dotąd urządzenia, kwalifikuje się, zdaniem mojem, w wysokim stopniu na założenie sanatorium dla gruźlicą dotkniętych dzieci, potrzeba którego jest u nas równie ważną i pilną

jak i powstanie sanatorium dla dorosłych. To, co o Rabce, da się również powiedzieć i o Iwoniezu.

Z zagranicznych miejscowości wymienię tylko niektóre, bardziej bliskie, a tem samem dla naszych chorych więcej dostępne, i tak: na Szlązku Pruskim Reinerz [1800 stóp], miejsce dobrze urządzone, posiada liczne cieniste leśne spacerki, dobre urządzenia hydropatyczne.

Salzbrun [1300], miejsce spokojno z dobrymi źródłami alkaliczno-solnemi, posiada podobne wskazania, jak i nasza Szczawnica.

Grefenberg na Szlązku austriackim [1500] ze znanymi powszechnie zakładami hydropatycznymi, położony wśród obfitych sosnowych lasów.

Różnowo na Morawach, oddawna znane miejsce klimatyczno-serwateczane [1100 stóp].

Gleichenberg w Styryi około 1100 stóp, miejscowość dobrze urządzona, posiada klimat podalpejski łagodny, oraz wody alkaliczno-muriatyczno-żelazne; u chorych suchotników z powikłaniami krtaniowemi, mocno wrażliwemi na zmiany temperatury, może być z korzyścią zalecana, szczególnie w wczesnych letnich miesiącach [Maj, Czerwiec], jakoteż stanowić miejsce przejściowe do kuracyi górskiej.

Te same zalety i wskazania posiada już dalej, w Bawaryi położona miejscowość Reichenhall [1400]; lekkie solanki.

Z dalszych miejscowości tej kategorii w Austrii, również nadających się do leczenia klimatycznego, należy wymienić Ischl, uroczo położone miejsce [1500 stóp]; dalej Aussen [2000 stóp], miejsce, posiadające wyborne warunki klimatyczne, wspaniałe i rozległe wśród lasów sosnowych promenady. Gmunden [1300 stóp].

Z dalszych miejscowości zasługują na uwagę rozliczne miejsca w Szwajcaryi, z których główne wyliczamy: Interlaken, Vevey, Glion, Montreux i bardzo wiele innych.

Z miejsc położonych w Niemczech, wspomnieć wypada dawniej wielce słynnem przy leczeniu suchot płucnych EMS w Nassauskiem. Miejsce to, stosunkowo nisko położone [około 300 stóp zaledwie], zbyt upalne latem, pomimo wspaniałych urządzeń mało się kwalifikuje jako stacya klimatyczno-lecznicza dla suchot płucnych; chyba jedynie w suchotach, niezbyt daleko posuniętych, a wikłanych sprawami krtaniowemi, może mieć podobne jak i Gleichenberg wskazania. Z innych miejscowości wspomnę mimochodem o licznych stacyach klimatycznych położonych w Turyngii, z których najbardziej uczęszczane, a przytem bardzo dobrze położone są Friedrichsroda, Ta bartz, Ruhla, Eggelsberg i wiele innych.

Do francuskich miejscowości, o których chyba tylko dla całości obrazu wspomnieć wypada, są one bowiem od nas zbyt daleko położone, a nadto się bardzo kosztowne, zaliczyć należy: *Mont Dore*, *Bourboule*, źródła słabo arsenikalne [2500 stóp]; w *Pireneach* zaś: *Eaux Bonnes*, *Bagnères de Luchon*, *Cauterets*, *Barèges*; te ostatnie miejscowości, położone stosunkowo wysoko w górach, posiadają jednocześnie źródła siarczane i są przez wielu autorów francuskich bardzo zalecane, szczególnie w początkowych okresach suchot płucnych.

R O Z D Z I A Ł VII.

Wychodząc ze spostrzeżenia czysto empirycznego, jakoby w rozległych stepach kirgiskich, oraz tak zwanych *Prairies* północno-amerykańskich, nie miano wcale spostrzegać u tubylców, a specjalnie u Kirgizów, suchot płucnych, wyniesiono przekonanie, że klimat stepowy może być środkiem specyficznym przy leczeniu suchot płucnych. Te właściwości klimatu również dzielnie wspomagać miał używany przez tamecznych mieszkańców jako pożywienie i napój, dziś powszechnie znany i słusznie ceniony środek odżywczy *kumys*. I rzeczywiście klimat stepów, posiadający czyste, podobnie jak i góry, powietrze, mógł przy użyciu środków mocno odżywczych być dzielnie pomocnym przy leczeniu szczególnie początkowych okresów suchot płucnych. Nadzieje jednakże pokładane w specyficzności tych czynników zawiodły, niestety; brak bowiem suchot u mieszkańców stepów, podobnie jak i u zamieszkałych w wysokich górach, jest w związku z szeregiem innych warunków życiowych tych mieszkańców, doświadczenie zaś bliższe kliniczne wkrótce pokazało, że u suchotników nie zawsze klimat suchy i zmienny stepowy jest pożytecznym, przeciwnie, wielokrotnie, szczególnie w dalszych okresach suchot, staje się nawet szkodliwym, a sam pobyt w stepach wśród życia niewygodnego, mogli zność jedynie chorzy mocnej konstytucji i to w niedaleko posuniętych okresach choroby.

Co się tyczy zakładów leczniczych, istniejących w gubernii Samarskiej i Orenburskiej, to te, bardziej obliczone na leczenie specyficzne kumysem, aniżeli klimatem, stosunkowo mało przedstawiają warunków dodatnich, o ile to z relacji licznych moich chorych, którzy tam na kuracji wielokrotnie przebywali, dowiedzieć się mogłem. Przytem są od nas zbyt odległe, narażają chorych na bardzo męczącą, długą i kosztowną podróż, sezon zaś w nich ze względu klimatyczny

cznych trwa zbyt krótko. Nie przeczę jednakże, że dla niektórych suchotników, a szczególnie w okresach wczesnych choroby będących, mogących znieść dobrze długą i męczącą podróż, powietrze stopowo obok kumysu może być środkiem bardzo pożytecznym; sam nawet widziałem chorych, którzy jedynie tej kuracyi zawdzięczają zatrzymanie się w rozwoju sprawy gruźliczej w płucach.

R O Z D Z I A Ł VIII.

Klimat, *respective* powietrze nadmorskie, było również przez niektórych uważanem za swoiście działające przy leczeniu suchot płucnych. LAENNEC, a w przeszło pół wieku po nim BENEKE, starali się nawet bliżej wyjaśnić i podać pewne hipotezy, objaśniające ową skuteczność; naturalnie bliższe i szczegółowo badania kliniczne nie wykazały słuszności poglądów tych autorów, pozostał jednakże fakt kliniczny, że wielu bardzo suchotników w niezbyt posuniętych okresach choroby, doznaje z pobytu letniego nad morzem mniej lub więcej znacznej poprawy. Wskutek tego należy nam obecnie pokrótce i ten rodzaj klimatycznego leczenia bliżej omówić. W ogólnym zarysie klimat nadmorski odznacza się nieznacznymi wahaniami ciepłoty i wilgotności, wysokim stopniem ciśnienia barometrycznego z nieznacznymi wahaniami, peryodycznymi prądami wiatrów, a przedewszystkiem niezwykłą czystością powietrza, pozbawionego wszelkich przymieszek organicznych, obfitą ilością soli, oraz pownemi nieznacznymi i niestałymi domieszkami soli bromu i jodu. Własności fizyologiczne klimatu nadmorskiego zostały zbadane w licznych i pięknych pracach BENEKE'go, w ciągu całego szeregu lat dokonanych w Norderney. Zasłużony ten autor wykazał, że utrata ciepłota przez ciało nad morzem jest większa, aniżeli na równinach, dalej, że przemiana materji odbywa się szybciej [zwiększone wydzielanie mocznika i siarczanów, zmniejszone fosforanów].

Dalej, w przeciwstawieniu z powietrzem górskim, zauważył on zmniejszenie się ilości oddechów i tętna, obok ogólnego uspakajającego wpływu na cały system nerwowy, szczególnie u mocno nerwowo rozdrażnionych osobników. Z wyżej powiedzianego, wskazania do użycia klimatu nadmorskiego u suchotników dałyby się ogólnikowo sformułować w następujący sposób: klimat nadmorski, mojem zdaniem, wskazanym byłby u osobników, u których klimat *par excellence* górski uważam za przeciwwskazany, a więc w formach włókniстых, połączonych ze znaczną rozedmą płuc, u suchotników z niedaleko posuniętymi

zmianami, anemicznych, a tem samem mocno wrażliwych na szybkie zmiany ciepłoty; u suchotników zo znaczną domieszką elementu neura-stenicznego, jak również w gruźlicy płuc, wikłanej zaburzeniami cyr-kulacyjnymi, wywołanemi czy to przez zmiany organiczne zastawek, czy też przez niedostateczność funkcyonalną mięśnia sercowego. Zresztą wskazanie względne mieć będziemy i u takich chorych, którzy pomimo pozornego wskazania dla nich klimatu górskiego, w rzeczywistości jednakże z pobytu tamże nie odnieśli należytej korzyści. Wreszcie nawet w suchotach daleko posuniętych, pobyt nad morzem la-tem, dla jego łagodzących warunków okazuje się wielokrotnie pożytecznym, przynosząc i tym nawet chorym pewną poprawę. Naturalnie u tej ostatniej kategorii chorych mieć należy na wzglę-dzie tylko miejscowości niezbyt odległe. Obok dodatnich warunków klimatu nadmorskiego, powyżej skreślonych, ruch bierny w postaci przejażdżek po morzu również zaliczyć należy do czynników dodatnich. Klimat nadmorski posiada również i pewne ujemne strony; do nich zaliczyć należy przedewszystkiem okoliczność, że w razie lata dżdży-stego, co, nawiasowo mówiąc, na wybrzeżach morza Bałtyckiego i Pół-nocnego dosyć często się zdarza, występują bardzo przykre, wilgotne i zimne dni, dla suchotników niekorzystne, grunt staje się mocno wil-gotnym, uniemożliwia spacer i przejażdżki po morzu, usposabia do cierpień reumatycznych, świeżych katarów oskrzeli i innych spraw, związanych z tego rodzaju zmianami atmosferycznymi; stąd też przy wysyłaniu suchotników nad morze, bardzo z możliwością tych osta-tnich czynników liczyć się należy.

Do liczby stacyi klimatycznych nadmorskich, a dla naszych cho-rych bardziej dostępnych, zaliczyć należy cały szereg miejscowości, le-żących nad Bałtykiem i morzem Północnem, a więc: Połąga, która obok powietrza morskiego jest otoczona bardzo rozległymi lasami so-snowymi; wadą tej miejscowości jest zbytńia, bo przeszło 10 mil wyno-sząca odległość od kolci, Dubeln pod Rygą, miejscowość zdro-wa, otoczona pięknymi lasami, z dobrze urządzonei mieszkaniami i wygodnymi warunkami życiowymi. Dalej, w stosunkowo bliższej od nas odległości leżą liczne miejsca nadmorskie w Prusiech Wschodnich i Zachodnich oraz na Pomorzu, a więc: Kołobrzeg, wyspa Rugia porośła bujnymi lasami i t. d.. Na morzu Północnem istnieje wyborna stacya *Orderney*, gdzie nawet od lat kilku, z inicjatywy *BENEKE*'go, istnieje sanatorium dla dzieci suchotniczych. Z pobytu letniego tam-że *BENEKE* widział w różnorodnych postaciach suchot bardzo dodatnie wyniki, które mu posłużyły za temat do napisania znanych powszechnie prac, odnoszących się do suchot płucnych. Na dalszych wybrzeżach, w Anglii i Francyi, istnieje szereg miejscowości szczególnie ładnie

położonych w Bretanii i na południowym brzegu Anglii, a których, jako zbyt od nas odległych, nie wyliczam szczegółowo. Daleko większe znaczenie przy leczeniu suchot płucnych posiadają stacje klimatyczne nadmorskie, leżące na południu, o których jednakże szczegółowo wspomnę, mówiąc o leczeniu klimatem południowym.

Niektórzy autorowie, szczególnie Anglicy [WILLIAMS, THAUER, LINDSAY] zalecali, jako bardzo korzystny czynnik przy niezbyt daleko posuniętych suchotach, dalekie podróże morzem, szczególnie żaglowcami, a więc podróż do Australii, lub do Przylądka Dobrej Nadziei. Pobyt na morzu w ciągu kilku miesięcy, wśród idealnie niemal czystego powietrza strefy cieplej, u wielu chorych miał rzeczywiście wywierać dodatni wpływ na przebieg sprawy suchotniczej, spostrzeżenia jednakże dalsze wykazały, że tego rodzaju podróże, pominiawszy już ich wygórowane koszty, mało przystępne dla naszych przeciętnych chorych, nie są równie dobrze przez wszystkich znoszone. Brak ruchu przy mało urozmaiconem jedzeniu u wielu z nich wielce niekorzystnie wpływał na stan przewodu pokarmowego, rujnując szybko stan ogólny chorych: stąd też wskazania do takiej podróży muszą być robione z wielką ostrożnością; szczególnie należy mieć na widoku stan kanału pokarmowego chorego. Że jednakże takie podróże u wielu chorych niechybnie wpływ dodatni wywierać mogą, o tom świadczy spostrzeżenie lekarzy amerykańskich, którzy chorych osłabionych krwotokami płucnymi, zależnymi od gruźlicy, wysyłają w podróż do Europy. Sam w swoim czasie widziałem w Niemczech kilku takich chorych, którzy po pobycie dwutygodniowym na morzu, po przybyciu do Europy, już znacznej ulegali poprawie, ciągły bowiem pobyt na świeżem powietrzu, przy ruchu biernym i znacznem wzmożeniu apetytu, jest w stanie jasno nam wytłumaczyć ten rezultat dodatni.

R O Z D Z I A Ł IX.

Pod pewnymi względami nieco analogicznym do klimatu morskiego jest klimat tak zwany łośny, który również w celach leczniczych w ostatnich czasach bywa suchotnikom zalecany. Naturalnie, że przeszczerzenie łośne muszą być ogromne, aby wpływ prawdziwie łośnego klimatu mogły realizować. Lecznicze działanie klimatu łośnego polega więc równie jak i klimatu morskiego na stosunkowo niewielkich wahaniach ciepłoty, pewnym znacznym stopniu wilgotności powietrza, jego czystości, obfitości ozonu oraz podczas lata obecność

wyziewów żywicznych. Stąd też latem suchotników, szczególnie w okresach niodaloko posuniętych, z podobnemi co i nad morzem wskazaniemi, z korzyścią do miejscowości leśnych wysyłać można. Ujemne strony klimatu leśnego są te samo co i klimatu nadmorskiego, t. j. znaczna wilgotność i zimno w latach obfitujących w częste deszcze. Istnieją liczne miejscowości, które jako stacje klimatyczne leśne bywają przez chorych spożytkowywane. U nas do nich przede wszystkim zaliczyć należy Sława i tę z bardzo pięknymi i niezwykle obszernymi przestrzeniami leśnemi; w miejscowości tej obok leczenia klimatycznego istnieje i zakład leczenia kumysem. Kierownik tej stacji, D-r DOBRZYCKI, w sprawozdaniach swoich zaznacza dobro wyniki ze skombinowania tych metod leczniczych. Z innych miejscowości wymienić można: Krasnobród w Lubelskiem, Otwock pod Warszawą, gdzie również leczenie kumysowe w ostatnich czasach zostało wprowadzone, Nieklau i inne. W Niemczech w bardzo obszernych przestrzeniach tak zwanego Turyngskiego lasu istnieje liczny szereg stacji klimatycznych, o których już wyżej wspominaliśmy [Friedrichsroda, Schwarburg, Blankenburg i t. d.].

R O Z D Z I A Ł X.

Ze szczegółowego rozbioru warunków i wskazań do leczenia klimatem górskim doszliśmy do wniosku, że istnieje pewna kategoria chorych, dla których pobyt zimą w górach jest nieodpowiedni, natomiast bardziej właściwe okazało się dla nich spędzenie zimy w klimacie południowym; mówiliśmy także, że liczna kategoria suchotników, przebywająca z korzyścią latem nad morzem, lub na płaskowzgórzach, potrzebuje jeszcze dalszego leczenia zimą, i że, o ile niektórzy z nich po doznanej poprawie w czasie letniego pobytu w tych miejscowościach mogą następnie z korzyścią przebyć zimą w górach, o tyle inna kategoria chorych musi się udać na zimowe leże na południe. Należy więc nam obecnie pomówić nieco o doniosłości i wartości leczniczej przy suchotach płucnych, tak zwanych stacyi południowych. Pojęcie ważnego znaczenia ciepłej atmosfery ma za sobą tradycję wielu bardzo wieków. CELSUS już bowiem uważał klimat południowy jako jedyne niemal lekarstwo na suchoty płucne; nie więc dziwnego, że ta tradycya wielowiekowa wyrobiła nietylko w opinii lekarzy, lecz i szerokiego ogółu mnicmanio, jakoby ciepłe powietrze, *respective* pobyt we Włoszech zimą był niemal specyficznym

środkom przy leczeniu suchot płucnych. Stąd toż i przez całe dziesiątki lat dyskutowano szeroko nad tem, która ze stacy klimatycznych południowych jest lepszą przy leczeniu omawianej choroby; punkt zaś ciężkości kładziono przeważnie na przeciętny stopień temperatury zimowej; inne warunki omijano, doprowadzając w tym kierunku poglądy lekarskie do prawdziwych absurdów, zalecających między innymi pobyt suchotników w wysoce niehygienicznych miastach włoskich, Neapolu lub Palermo. Dopiero w ostatnich kilku dziesiątkach lat, dzięki przedewszystkiem pięknym pracom klimatycznym LOMBARD'a i innych, zaczęto zwracać uwagę i na inne czynniki atmosferyczno-telluryczne oprócz ciepła, formułując ściślej warunki dobrej stacy klimatycznej południowej; a więc, oprócz ciepła zwrócono uwagę na brak zbyt silnych wiatrów, grunt przepuszczalny, brak kurzu, stopień wilgoci, na dobre i wygodne urządzenie mieszkań i tym podobne niezbędne warunki. Tą drogą olbrzymią ilość stacy klimatycznych, szczególnie włoskich, zredukowano znakomicie, tak, że dzisiaj możemy mówić o bardzo niewielkiej ilości miejsc, na południu położonych, którym pod każdym względem przysługuje miano stacy klimatycznych południowych. Wszystkie stacy południowe, dzięki ich różnorodnym do pewnego stopnia warunkom klimatycznym, dają się podzielić na dwie kategorie. Po pierwsze stacy, w których mamy do czynienia z kuracją *par excellence* powietrzną w miejscowości zdrowej, położonej na równinie lub też płaskowzgórzu południowym; tu więc alfa i omega leczenia będzie ciepłe i czyste powietrze, przy jednocześnie innych dobrych warunkach higieniczno-dietetycznych. W drugim szeregu miejscowości, położonych w klimacie południowym nadmorskim, mamy do czynienia jednocześnie z działaniem swoistem, o czem wyżej mówiliśmy, ciepłego powietrza morskiego. Wspólnym dla obu klimatów, niesłychanie ważnym czynnikiem, jest słońce południowe, ów niezwykle doniosły czynnik biologiczny, który na każdego chorego, a szczególnie na mieszkańca północy dziwnie, uroczy a na stan psychiczny dodatni wpływ wywiera, potęgowany jeszcze bardziej przesłoneczną roślinnością południową. Ma jednakże południe swoje liczne i wielkiej doniosłości strony ujemne: do nich zaliczyć należy dla naszych chorych przedewszystkiem wielką odległość; wiele dni trwająca jazda wymaga wcale znacznego zapasu sił, stąd też widzi się nieraz, że słabsi chorzy po odbyciu męczącej drogi niesłychanie upadają na siłach, powrót do których trwa nieraz wiele tygodni. Podróż i pobyt na południu, dwóch przynajmniej osób [mam tu na względzie osobę towarzyszącą, co dla bardziej chorego jest rzeczą niezbędną] stanowi w naszych warunkach społecznych rzecz bardzo kosztowną, o czem nieraz lekarze nie

chęcią pamiętać. Doświadczenie wielokrotne przekonywa niostety, jak całe rodziny zostały zrujnowane lub wpadły w ręce lichwiarskie przez lekkomyślne wysłanie na południe chorego, nie przedstawiającego, jak to wiadomem było *à priori*, najmniejszych szans poprawy. Zapewne, że nawet na suchotnika z daleko posuniętymi zmianami zima przebyta na południu wśród zupełnego dostatku i południowego komfortu, w otoczeniu najbliższej rodziny, wpływa dodatnio i jest w stanie nawet przedłużyć nieraz smutną egzystencję, nie należy jednak zapominać o tem, że pobyt taki kosztuje tysiące, co w naszych warunkach jedynie dla wyjątkowych ludzi jest dostępne. Kto tak, jak ja, widział nieszczęśliwych suchotników, mieszczących się w ciasnych izdebkach na wysoko położonych piętrach w nędznych włoskich hotelach, wyrzekających gorzko na swych lekarzy za wysłanie ich zdala od kraju do miejscowości niesłychanie dla nich drogiej, które im zamiast przyobiecanego polepszenia tylko pogorszenie samo przyniosły—temu obrazu podobnie smutno, nigdy z pamięci wyjść nie mogą i zawsze przy ordynacyi wyjazdu na południe, u ludzi średniej zamożności, zniewolą do gruntownego i wielokrotnego zastanowienia się, ażali przez ów wyjazd skutek rzetelny osiągnąć będzie można. I same warunki klimatyczne przedstawiają w wielu razach ujemne czynniki: szybkie przejścia z gorąca do zimna, lodowe niemal wieczory po zachodzie słońca, wiatry, które szczególnie na wybrzeżu morza południowego w miesiącach wiosennych nabierają niezwykłego natężenia, a wreszcie w większości stacyi klimatycznych, źle urządzone mieszkania bez pieców, jedzenie mało higieniczne i nieodpowiadające warunkom właściwego leczenia dyetetycznego, — oto czynniki ujemne i paraliżujące znacznie doniosłość leczniczą tych stacyi. Wprawdzie w wielu stacyach już dzisiaj braki te powoli bywają usuwane, powstają nowe wspaniałe i z komfortem urządzone hotele, jak to ma miejsce szczególnie na Rywierce, komfort ten jednakże jest zbyt drogiem dla naszego przeciętnego chorego, wszędzie zaś brak zakładów leczniczych, które byłyby istotnem dobrodziejstwem dla chorych, w tych od przyrody hojnie uposażonych miejscowościach.

Lekarze dawniejszych czasów, a wielu i dzisiejszych, uważając klimat południowy jako, *par excellence*, czynnik leczniczy w suchotach płucnych, wszystkie postaci i wszystkie okresy suchot uważali dla niego za wskazano. Dopiero przed niespełna laty dwudziestu, gdy klimat górski wytworzył potężną i słuszną konkurencję klimatowi południowemu, zwolonnicy *par excellence* którego widzieli go również wskazanym we wszystkich postaciach i okresach suchot, powstała żywa wieloletnia dyskusya, owocem której były bliżej określone

wskazania dla jednego, jakoteż i dla drugiego czynnika. Wyżej przy opisie wskazań dla klimatu górskiego rozebrałem także przeciwskazania dla niego; ci to więc chorzy, a mianowicie osobniki mocno anemiczne, tem samem bardziej wrażliwe na zmiany temperatury, osoby przedstawiające obok suchot płucnych różne zmiany cyrkulacyjne [zastawkowe, wady mięśnia sercowego, bicia serca nerwowe], dotknięte chociażby lekkim stopniem białkomoczu, wreszcie suchotnicy ze skłonnością do spraw lokalizowanych w krtani, czy to pod postacią katarów, czy też spraw wrzodziejących natury gruźliczej, najbardziej kwalifikują się, zdaniem naszym, do leczenia zimą w klimacie południowym. Ta ostatnia kategoria, t. j. suchoty płucne, wikłane sprawami krtaniowymi, uważaną bywa powszechnie za najbardziej kwalifikującą się do tegoż klimatu; stąd też w tych stacyach spotykamy całe legiony suchotników krtaniowych nawet z mocną dysfagią, a nieraz i znacznym stopniem zwężenia krtani, napróżno wyczekujących przyobiecawanego im zbawienia od słońca południa. Tutaj należy przyjąć za prawidło, że o ile zmiany gruźlicze krtani niedaleko posunięte, przy znośnym stanie ogólnym, rzeczywiście przy jednocześnie ostrożnem stosowaniu leczenia miejscowego lub też częściej i bez takowego, znakomicie się poprawiają, a nieraz nawet w zupełności zagajają, o tyle urojeniem i grubą przesadą są zdania lekarzy kurortowych, jakoby i daleko posunięte zmiany, którym towarzyszy gorączka mogły się równie często znakomicie poprawiać, a nawet wyleczać. Naturalnie wyjątkowe przypadki nigdy nie mogą służyć za podstawę do wskazań, chorych zaś tej kategorii, nie chcąc ich narażać na gorzki zawód, siebie zaś na odpowiedzialność, najlepiej pozostawiać w domu. To samo dotyczy i innych postaci suchot płucnych. Nieraz zdarza się wprawdzie, że chorzy z daleko posuniętymi zmianami, którym nieraz nawet towarzyszy dość znaczna gorączka, rzeczywiście pod wpływem klimatu południa poprawiają się, a tem samem przedłużają często na lata całe swoją smutną egzystencję; ogromna jednakże większość tych chorych, mocno i stale gorączkująca, przy lichym stanie ogólnym, w południowym klimacie gorączkuje dalej i szybko ulega stopniowemu wyniszczeniu; takich więc chorych na zimę najlepiej pozostawiać w domu, najwłaściwszemi bowiem będą dla nich w tym okresie spokój, wygody domowe, opieka i otoczenie najbliższych. I tu naturalnie wyjątkowe przypadki nigdy podstawą wskazania istotnego być nie mogą. Że powikłania suchot sprawami kiszkowymi, wysiękami gruźliczemi w błonach surowicznych nie mogą być przedmiotem podobnych klimatycznych leceń, rzecz zdaje się jasno zrozumiała, a jednak i tego rodzaju kategoria chorych nie rzadko również wysyłaną bywa na południe. Naturalnie wskazania powyżej skreślone, podobnie, jak na to

zwracałem uwagę przy leczeniu klimatem górskim, podlegają rozmaitym indywidualnym modyfikacyom, rzecz jasno zrozumiała, a liczni chorzy, nio znoszący najbardziej dla nich wskazanego apriorystycznie klimatu są najlepszym tego dowodem. Widywałem bowiem nieraz suchotników z rozległemi zmianami w krtani, poprawiających się w górach, a przeciwnie źle czujących się na południu. Widziałem astmatyków, czujących się bardzo dobrze w bardzo wysokich górach i naodwrot chorych, dla których naprzód klimat górski był wskazanym, czujących się źle w górach, nato miast znajdujących poprawę na południu; stąd też i zadaniem racjonalnego lekarza kurortowego będzie odpowiednio modyfikować apriorystyczne zdanie lekarza ordynującego i skierowywać chorych, rzeczywiście nie znoszących danego klimatu, do innej właściwszej stacyi klimatycznej.

Łamy niniejszego odczytu zbyt są krótkie, abym mógł nawet pobieżnie wyliczyć ogromną ilość różnorodnych stacyi klimatycznych południowych; czytelnik ciekawy znajdzie je wyszczególnione w każdym podręczniku klimatycznym, ja zaś chcę wzmiankować tylko o najważniejszych, a dla naszych chorych najdostępniejszych miejscowościach.

W ogólnym zarysie, stacye klimatyczne południowe dadzą się podzielić na 3 kategorye. Do pierwszej z nich zaliczamy miejscowości, położono na płaskowzgórzu południowego Tyrolu. Z ich liczby na pierwszym planie postawić należy znaną od bardzo dawna miejscowość *M e r a n*. Położony na wysokości około 1000 stóp, w uroczej górskiej miejscowości, łączy on w sobie warunki klimatu górskiego z klimatem południowym. Wprawdzie miesiące zimowe, Styczeń i Luty bywają nieco chłodne, nieraz nawet mroźne, jednakże Meran posiada dużo słońca; mając zaś wybornie urządzone mieszkania z dobrymi piecami, zabezpiecza dobrze chorych w dni wyjątkowo zimne; natomiast miesiące wiosenne i jesienne są zazwyczaj ładne, tak że, dzięki temu, chorzy wiele godzin z rzędu są w stanie przebywać na świeżem powietrzu. Tym sposobem chory może w jednej i tej samej miejscowości spędzić około 8-u do 9-u miesięcy, co, jak to wyżej wzmiankowałem, stanowi przy leczeniu suchot rzecz wielkiej doniosłości. Dodatnią również stronę Meranu stanowi dobro urządzenie pensyonatów na wzór szwajcarskich, przy cenach stosunkowo niezbyt wygórowanych, dalej, tradycją uświęconą dobra pomoc lekarska, a wreszcie stosunkowo niezbyt daleka podróż w wielu przypadkach ma również dla chorych i ich rodziny niepoślednie znaczenie. Nieco bardziej na południe, także w Tyrolu, leży miejsce kuracyjne *A r c o*, również dobrze jak i Meran położone; sezon w niem nieco krótszy, urządzenia w ostatnich czasach bardzo dobre. W obu tych miejscowościach, bardzo do siebie zbliżonych, istnieje szereg urządzeń pomocniczych, bardzo pożyte-

cznych w wielu razach przy loczeniu różnych postaci suchot, jako to: zakład hydropatyczny, zakłady inbalacyjne, pneumatyczne, zakład leczenia kefirem i t. p. Analogiczną nieco miejscowość przedstawia *Montreux* w Szwajcaryi nad jeziorem Genewskim położone [przeszło 1600 stóp]. Miejscowość ta wybornie urządzona, z pysznymi, dobrze utrzymanymi spacerami, o ile jest dobrą w miesiącach jesiennych, a nawet zimowych, o tyle ma przykrą wiosnę z powodu sąsiedztwa jeziora, a ztąd ma wiele dni mocno wilgotnych i mglistych, bardzo źle oddziaływających na większość chorych. Dla tego też stacyę tę bardziej za jesienną i przejściową, aniżeli za zimową, uważaćby należało. Do dalszych miejscowości tej kategorii zaliczyć należy: *Paul*, *Amélie les Bains* w Pireneach; miejscowości to jednakże, jako zbyt odległe, są mniej dostępne dla naszych chorych.

Do drugiej kategorii miejscowości zaliczam tak zwane *par excellence* stacye klimatyczne południowe, leżące na wybrzeżu morza Śródziemnego, zwanem „*Riviera di Ponente*“. Z licznego szeregu tych miejscowości, posiadających prawie niemal identyczne warunki klimatyczne, wyliczyć należy: *Nicea*, *Cannes*, *Hyères*, *Mentona*, *Bordigherra*, *Monte Carlo*, *San Remo*, dalej jeszcze *Pegli*, *Nervi* i wiele innych. Wszystkie powyższe stacye, jak tylko co wzmiankowałem, posiadają klimat niemal identyczny, i łączą w sobie obok klimatu prawdziwie południowego [brak niemal zupełny mrozów i śniegu, które tylko w wyjątkowych latach występują], a przytem wpływ niemniej doniosły ciepłego powietrza morskiego. Stacye te posiadają wszystkie to kapitalne dodatnie i ujemne strony klimatu południowego, o których wyżej wspominałem, każda z nich nadto posiada pewne jeszcze odrębne właściwości. I tak: *Nicea*, jako miasto wielkie, aczkolwiek posiada wspaniałe urządzenie i promenady, ze względu na warunki życia wielkomiejskiego, mniej właściwą jest dla suchotników; w innych za to cierpioniach, dla których wskazanym jest klimat południowy, jest stacyą wyborną. Natomiast *Mentona* i *San Remo*, jako miejsca spokojne, dla chorych naszej kategorii są bardziej odpowiednie. *Monte Carlo*, jako stacya klimatyczna, jest położona wspaniale, a urządzona wybornie, obecność jednakże w nim domu gry, a z nim związane życie gwarne i tłumne, bardzo obniża doniosłość leczniczą tej miejscowości. Do ujemnych stron Riwieri zaliczyć należy krótkość względną sezonu [zazwyczaj od Listopada do Kwietnia], mocne i suche wiatry (*sirocco*), panujące zazwyczaj w połowie Lutego i Marca, wielką drożyznę, brak zakładów leczniczych i wogóle dobrze uorganizowanej pomocy lekarskiej.

Wybrzeże południowego Krymu, t. j. *Jałta* i jej okolice od lat przeszło dwudziestu również zaczyna być z korzyścią zalecano

przez wielu rosyjskich lekarzy, jako stacya klimatyczna jesien-
na i zimowa. Sądząc z tablic spostrzeżeń meteorologicznych, zestawio-
nych przez DMITRIEWA [1872 — 1881], miejscowości te posiadają bar-
dzo łagodną zimę i wszystkie warunki, przypominające mniej więcej
Rivierę. Również spostrzeżenia klimatyczne, ogłaszane w różno-
rodnych pracach, między innymi w obszerniej pracy SZTANGIEJEWĄ
[1886 r.], zdają się także przemawiać na korzyść tych stacyi, w któ-
rych obok klimatu ciepłego i nadmorskiego może być jesie-
nią stosowane w odpowiednich przypadkach leczenie winogronami,
a w ciągu całego roku leczenie tatarskim kumysem. Dodatnią stronę
Krymu stanowi długotrwałość sezonu, chorzy bowiem mogą tam
przebywać niemal rok cały, a letnie miesiące upalne, ze względu
na sąsiedztwo morza i bujną roślinność, mają się niezbyt dawać chorym
we znaki. Widziałem znaczną ilość chorych suchotników, w różnych
okresach choroby będących, którzy po pobycie tamże wrócili z mniej
lub więcej znaczną poprawą swego stanu. Wskazania dla Krymu są
takież same, jakie wyżej dla klimatu południowego skreśliłem. W osta-
tnich czasach miały tam również powstać i zamknięte zakłady leczni-
cze, co naturalnie doniosłość leczniczą tych miejsc, o ile zakłady dobrze
będą urządzone i prowadzone, podniosłoby jeszcze bardziej. Ujemną
stronę Krymu stanowi przedewszystkiem dla naszych chorych bardzo
odległa droga, połączona z dość długą, bo przeszło 24 godzin trwającą
podróżą morską, dalej wielką drożyzną istosunkowo brak odpowiednich
dla średnio zamożnych ludzi dogodnych urządzeń. Sądząc jednak
z szybkiego w ostatnich latach rozwoju tych miejscowości, ostatnie
z wymienionych ujemnych stron mogą być z czasem z łatwością
usunięte.

Wreszcie do trzeciej grupy stacyi klimatycznych południowych
zaliczyć wypada na dalekiem południu położone miejscowości bądź
nadmorskie, bądź lądowe, a które w swoim czasie przy leczeniu suchot
płucnych cieszyły się wielką reputacją. Miejscowości te z biegiem czasu
straciły swą pierwotną sławę, szczegółowe bowiem klinicznie spostrze-
żenia nie wykazały ani ich specyficznego działania przy suchotach, ani
też wyższości ich nad innymi stacyami klimatycznymi południa, wyżej
wzmiankowanymi. O tych więc stacyach z powyższych względów,
jako też i dlatego, że są one dostępne dla wyjątkowych osobników,
wspomnę dla pełności obrazu li tylko w paru słowach. Wyspa Madera
uchodziła kiedyś za idealne miejsce pobytu dla suchotników. Posiada
ona ciągłą jednostajną temperaturę rok prawie cały; lepszych jednakże
wyników w suchotach płucnych, podług szczegółowych licznych spo-
strzeżeń autorów, przeważnie angielskich, aniżeli w analogicznych miej-
scowościach Europy bynajmniej nie otrzymano, skąd też w ostatnich

czasach kontyngens chorych, tam przebywających, stale się zmniejsza. To samo da się powiedzieć i o Algierze, który podług licznych spostrzeżeń autorów francuskich, obok pewnych dodatnich właściwości klimatu, zresztą nie wiele lepszych od Rivieri, posiada zbyt krótki sezon, często wiejące mocne wiatry afrykańskie (*sirocco*), szybkie zmiany temperatury i wiele innych ujemnych warunków lokalnych. W ostatnich czasach powstał w Algierze już na pustyni w Biskra szereg miejscowości, w których chorzy przebywają na pustyni w prawdziwie idealnie czystym powietrzu, pobyt zaś w tych miejscowościach miał się okazać w niektórych przypadkach bardzo pożytecznym. Pobyt w Egipcie zalecany również od wieków suchotnikom, daje możliwość pobytu chorym wśród oaz na pustyni [Holouan, Louqsor, Faioum] w pobliżu Kairu, gdzie mamy do czynienia z powietrzem pustyni ciepłym, zupełnie czystym obok dobrych urządzeń; pobyt jest tu bardzo kosztowny. Pobyt w tych odległych miejscowościach, aczkolwiek o zbyt krótkim sezonie, może być w odpowiednich razach wszakże pożytecznym, o czem sam w kilku przypadkach mogłem się przekonać; jednakże powyższe stacye tylko w bardzo wyjątkowych okolicznościach mogą być wzięte pod uwagę przy leczeniu klimatem południowym.

Wszystko wyżej przezemnie powiedziane o stacyach klimatycznych południowych przedstawia je może w zbyt ujemnym świetle, a tem samem redukuje bardzo ich doniosłość leczniczą. Moje jednakże przekonanie sformułowałbym w ten sposób, że stacye południowe klimatyczne, o ile zbyt przecenione zostały przy leczeniu suchot płucnych, o tyle przez lekarzy stosunkowo rzadziej bywają zalecane w innym szeregu cierpień dróg oddechowych, w których z wielkim pożytkiem mogą być stosowane. Chroniczne katary dróg oddechowych, oskrzeli, a szczególnie gardzielo-krtaniowe, rozedma płuc, pozostałości po wysiękach opłucnej, dalej stany anemiczne, przewlekłe cierpienia nerok, serca i t. p. zaburzenia stanowią materyał, w którym leczenie klimatem południowym daje nieraz, stosunkowo po krótkim pobycie, znakomite wyniki lecznicze; ujemne przytem strony tych miejscowości, wyżej wymienione przy leczeniu tych chorób, daleko mniejszą aniżeli przy leczeniu suchot odgrywają rolę.

ROZDZIAŁ XI.

Z wyżej wyłożonego widzieliśmy, że drogą racjonalnego klimatyczno-dyetycznego leczenia jesteśmy w stanie w wielu przypadkach

suchot, we wczesnych okresach będących, a nieraz nawet u chorych z dalej posuniętymi zmianami, otrzymać bardzo zadawalające wyniki, jako to: zupełnie zatrzymanie, lub też mniej lub więcej trwale ograniczenie sprawy w rozwoju. Widzieliśmy również, na co szczególną zwracałem uwagę, że leczenie to, jeśli ma być uwieńczone pomyslnym skutkiem, winno być konsekwentnie wiele miesięcy, nieraz i lata całe prowadzone, a prostym tego wynikiem będzie, że kuracye takie muszą być bardzo kosztowne i niestety mało lub wcale dla ogółu suchotników niedostępne. Rodzi się więc kwestya niesłychanie doniosła, co pozostaje robić choremu mniej zamożnemu lub też zupełnie biednemu? czy za obrębem owych szczegółowo opisanych klimatycznych leczęń nie w stanie nie jesteśmy zrobić, by ulżyć smutnej doli tysięcy suchotników? W Anglii już od bardzo dawna, bo od lat przeszło trzydziestu, zajęto się bardzo gorliwie tą sprawą, a grono licznych sumiennych klinicystów doszło do stanowczego wniosku, że i klimatem zwykłym, tak zwanym klimatem swojskim, przy jednoczesnem dobrem odżywianiu chorych, można w wielu bardzo przypadkach osiągać wcale dobre wyniki; stąd też w Anglii w wielu miejscowościach, a w szczególności na południowem jej wybrzeżu [Ventnor, Torquay i inne], powstały liczne wzorowo szpitale, przeznaczone specjalnie dla leczenia suchotników; wyniki otrzymane tam, aczkolwiek może ustępują tym jakie widzimy w górach, jednakże, podług sprawozdań lekarzy ordynujących, są w stanie u wielu chorych, szczególnie w początkowych okresach, dawać rezultaty bardzo zadawalające. W ostatnich czasach sprawą tą zaczęto bliżej zajmować się w Niemczech i Francji i w obu tych krajach powstają również szpitale dla biednych suchotników na wolnem powietrzu. Już przeszło dziesięć lat temu w piśmiennictwie naszym podnosiłem doniosłość leczenia klimatem swojskim [Gazeta Lekarska 1882 r.], wykazawszy na całym szeregu chorych rezultaty dodatnie, otrzymane z leczenia konsekwentnego powietrzem swojskiem przy jednoczesnem stosowaniu różnych metod dyetetyczno-odżywczych [kumys, kefir, lekka hydropatya i t. p.]. Zachęcałem wówczas w pracy tej ogół lekarzy do stosowania tej prostej i wszędzie niemal dostępnej metody leczniczej, powołując się słusznie na słowa HERMANA WEBER'a, że: „przez odpowiednie zużytkowanie danych warunków ziemi ojczystej, w wielu przypadkach możemy osiągnąć też same wyniki, co i przez leczenie w odległych miejscach kuracyjnych“. Niestety, dotychczas nie powstał u nas ani jeden zakład na świeżem powietrzu, w którym mógłby znaleźć opiekę mniej zamożny suchotnik. Chorzy więc ci, dawnym zwyczajom, zebrawszy, a nieraz wyżebrawszy u rodziny bardzo skromny fundusik, najczęściej 100 do 200 rubli wynoszący, udają się na lato do jakiejś renomowanej stacyi

klimatycznej. Rzecz prosta, że fundusz ton wystarcza za ledwie na kilka tygodni [gdyż często jeszcze osobie chorej towarzyszy i zdrowa]; chory przytem ogranicza się bardzo, je mało i w lichych restauracjach, mieszka źle i naturalnie w ogromnej większości przypadków powraca z utratą na wadze, a nieraz i z pogorszeniem stanu miejscowego, a pieniądze, przeznaczony na ratowanie zdrowia, idzie zupełnie na marne. Chorym podobnej kategorii, a których naturalnie jest ogromna większość z liczby radzących się nas w kwestyi wyjazdów letnich, winno się bezwarunkowo zalecać leczenie klimatem naszym, warunki atmosferyczne którego nie są tak złe, jak to niektórym lekarzom zdawać się może. W kraju naszym posiadamy bardzo liczne, piękne i zdrowe miejscowości. Im dalej od wielkich miast, im większa gęszcza, tem i warunki lecznicze stają się lepsze i o wiele tańsze; należy tylko choremu dokładnie wyłożyć doniosłość długiego pobytu na świeżem powietrzu, określić ściśle, jak się leczyć powinien, wyłożyć doniosłość leczenia odżywczego, dobrej wentylacji mieszkania i t. d., a nie ulega najmniejszej kwestyi, że nawet chory rozporządzający małym stosunkowo funduszem, w głuchej wsi polskiej przebywszy kilka miesięcy, stanowczo większą odniesie korzyść, aniżeli z czterotygodniowego pobytu nawet w najbardziej renomowanej stacyi klimatycznej. Wyżej powiedziane opieram na podstawie bardzo licznych doświadczeń, u bardzo wielu bowiem chorych, stosujących się do moich przepisów: długotrwały pobyt na wsi latem, a nawet zimą, często nawet w okresach daleko posuniętej sprawy zdumiewające dawał wyniki. Naturalnie, że w wysokim stopniu bardziej pożądanem byłoby, aby dla tej kategorii chorych powstały zakłady lecznicze, gdzie całe leczenie powietrzno-dyetetyczne pod ścisłą kontrolą lekarską byłoby prowadzonym, nie sądzę jednakże aby ta sprawa tak prędko doszła u nas do skutku z rozmaitych powodów; tymczasem więc leczenie klimatem swojskim w sensie przezomnie opisanym, latem i zimą wytrwale chorym zalecać należy. Wyniki zaś dodatnie takiego leczenia, tak dla lekarzy jak i dla pacyentów, będą silnym bodźcem do nicopuszczania rąk chorych mniej zamożnych, szczególnie w wielkich miastach mieszkających, wobec groźnie rozwijającej się sprawy, do zużytkowania konsekwentnego higieniczno-dyetetycznej terapii na gruncie swojskich warunków klimatycznych i zaprzestania bezcelowego przerzucania się z jednego do drugiego modnego preparatu farmaceutycznego, które, zawsze pożyteczne dla wynalazcy, dla chorego jednak wątpliwy bardzo mają pożytek, a często nawet szkodę przynoszą.

R O Z D Z I A Ł XII.

Suchotnicy zupełnie biedni, szukający pomocy w naszych szpitalach, dają się podzielić na dwie kategorie: przedewszystkiem kolosalna większość ich znajduje się w ostatnim okresie choroby, i tak: z liczby 100 suchotników, znajdujących się w ciągu roku zeszłego i w początkach bieżącego na moim oddziale szpitalnym było 59 w okresie ostatecznym choroby [rozległe zniszczenia, ciągła gorączka, liczne powikłania]; z nich zmarło 35, reszta zaś wypisała się bez poprawy, aby naturalnie smutnemu losowi uleż wkrótce w domu lub w innym szpitalu. Dalej znajdowało się 37 ze zmianami stosunkowo mniejszemi, bez wybitnych oznak rozpadu i trwającej gorączki; z tej liczby 7-u zmarło w szpitalu, pozostała liczba z mniejszą lub większą czasową poprawą została wypisana; wreszcie zaledwie u 4-ch tylko chorych znajdowaliśmy objawy sprawy płucnej w okresie poczynającym się i to u takich, którzy przybyli do szpitala z powodu innej przypadkowej choroby [reumatyzm, ostra niestrawność i t. d.]. Tym sposobem z liczby 100, przeszło 40% chorych przyszło do szpitala nie po to, aby się leczyć, lecz po to, aby tam umrzeć. Podobny fatalny stosunek istnieje we wszystkich szpitalach warszawskich, i tak: ze Sprawozdania Rady Miejskiej Dobroczyńności Publicznej miasta Warszawy za rok 1890 dowiadujemy się, że we wszystkich szpitalach, z wyjątkiem dziecinnego, znajdowało się w ciągu roku 1411 suchotników, z których zmarło 526, t. j. około 40%; pozostała liczba suchotników, nie zmarłych, wykazywała również zmiany rozległe przy ogólnym lichym stanie; wypisywali się zaś oni ze szpitala najczęściej dla braku miejsca, lub też aby powędrować do innych szpitali, przechodząc powoli w okresy ostateczne choroby. Taki fatalny kontyngens suchotników, w ostatnich okresach choroby będących, widzi się nie tylko w naszych szpitalach; to samo ma miejsce w innych wielkich miastach, jak to się sam wielokrotnie przekonałem w Wiedniu, Paryżu, Berlinie, przyczyny zaś tego szukać należy w niesłuchanie nędznych warunkach, wśród których żyje proletaryat miejski. Chory biedny rzemieślnik, najczęściej zaś tak zwany wyrobnik dzienny, całe miesiące, a nieraz lata, boryka się z chorobą; na leczenie ani czasu, ani środków nie posiada, a do szpitala udaje się tylko wówczas, kiedy już pada i staje się przez to ciężarem dla biednej reszty rodziny. Naturalnie warunki biedy socjalnej, coraz jaskrawiej występujące w wielkich miastach, stale dostarczać będą tak wielkiego zastępu suchotników, którzy pomocy szpitalnej, z przyczyn od nich niezależnych, dopiero w osta-

tnich okresach poszukiwać będą. W terażniejszych warunkach wiedzy w szpitalach naszych tej kategorii suchotnikom absolutnie nie pomódz nie jesteśmy w stanie, leczenie bowiem symptomatyczne, a przede wszystkim morfina, jest jedyną dla nich cutanazyą. Chorzy jednakże tacy, o ile dla nich szpital jest tylko ostatniem schronieniem przedśmiertnem, swoją obecnością mogą się stać nieraz źródłem zakażenia dla innych chorych, przebywających w tychże salach, a obok nich leżących; wprawdzie przypadki zarażenia się tego rodzaju są stosunkowo bardzo rzadkie, sam jednakże na moim oddziale spostrzegąłem je, a w podobnych razach nawet pojedyncze fakta wystarczają w zupełności do dezyderatu stanowczego, aby w szpitalach naszych chorych tych bezwarunkowo odrębnie pomieszczać, jak to w ostatnich czasach zrobiono w niektórych szpitalach berlińskich (*am Urban*). Wprawdzie sale takie, mające na sobie piętno „*lasciate ogni speranza*“, mogą budzić wstręt, a nawet niechęć ze strony chorych, sądzę jednakże, że względ ten nigdy nie powinien nas wstrzymywać w widokach dobra innych, tembardziej, że w Anglii szpitale takie, stale przepełnione, mają prosty tytuł „*for consumption*“, t. j. szpitali dla suchotników. W tego rodzaju oddziałach, które z bardzo różnorodnych względów, a przede wszystkim z powodu ciężkiego stanu chorych w miastach przy wielkich szpitalach pozostać muszą, jak to już wspominałem, żadna terapia nie dla chorych nie jest w możności uczynić; to też zwrócona być tu winna baczniejsza uwaga na wentylację i odpowiedniejszą dyetę, niż to ma miejsce w naszych szpitalach, rzecz, która zdaje się, bliższego nie wymaga omawiania.

Jak już wyżej wzmiankowałem, w naszych szpitalach znajduje się bardzo mały procent [w moim oddziale zaledwie 4%] suchotników przedstawiających zmiany mało posunięte, a u których racjonalne leczenie higieniczno-dyetyczne jest w stanie przynieść mniejszy lub większy rzetelny pożytek. Powiedziałem zaś wyżej dlaczego suchotnicy z nieznaczniemi zmianami leczyć się nie chcą i nie mogą, a zresztą w szpitalach w terażniejszej ich organizacji tej kategorii chorzy z pewnością prędzej pogorszenie, aniżeli poprawę znaleźćby mogli. I rzeczywiście w naszych obecnych szpitalach brak dwóch zasadniczych środków, stanowiących, jak to wyżej wzmiankowaliśmy, kardynalną podstawę racjonalnej terapii suchot płucnych, t. j. świeżego powietrza i obfitego pożywienia. Sale szpitalne, chociażby najlepiej wentylowane, przy ciąglem przepełnieniu ciężkimi chorymi, mają atmosferę bynajmniej nieodpowiednią dla suchotników. Brak przytem jest odpowiednio urządzonych spacerów pośród murów szpitalnych, niezbędnych wogóle dla chorych wśród lata; sal jadalnych, brak odpowiedniego ubrania, w któremby chorzy przy nieco chłodniejszej temperaturze

mogli swobodnie spacerować po korytarzach lub też w ogrodzie, a wreszcie odżywianie zupełnie nieodpowiednie dla suchotników, co zresztą jest rzeczą zupełnie zrozumiałą, gdyż etat naszych szpitali jest w stanie zaledwie 13 kopiejek dziennie wyznaczyć na życie pojedynczego chorego. Te to ujemne warunki wpływają, że suchotnicy, dotknięci zmianami mniej rozległymi, wcale się do szpitali nie zgłaszają, lub też przybywszy, bardzo szybko się z nich wypisują, gdyż stan ich zamiast poprawy najczęściej się pogarsza; ordynatorowie nawet sami, widząc ów wpływ ujemny na innych chorych, tej kategorii suchotnikom radzą, jeśli to tylko jest możliwe, opuszczać czempredzej mury szpitalne. Zresztą nie ulega dla mnie najmniejszej wątpliwości, że nawet szpital najlepiej urządzony wśród wielkiego miasta, w którym powyższo braki zostałyby rzeczywiście usunięte, nigdy nie może stanowić miejsca leczniczego w ścisłym tego słowa znaczeniu dla suchot płucnych. Nawet najlepsze odżywianie, dobra wentylacja, szerokie werendy i tym podobne warunki nigdy nie zastąpią szpitala na wolnom, i jeśli to możliwe, wśród lasów położonem powietrzu. Ztąd też dla naszych biednych chorych suchotników w okresach poczynających lub też nie daleko posuniętych suchot będących, istnieje paląca potrzeba utworzenia sanatoryów na świeżem powietrzu o ile można w najszybszym czasie. Szpitale takie naturalnie tylko kosztem państwowym powstać mogą. Baraki drewniane, z obszernymi werendami, wśród obszernech ogrodów lub lasów, na liczbę chorych ograniczoną mniej więcej 50-u, o konstrukcyi prostej nie mogą być kosztownymi. Organizacya ich i ustrój winny być wzorowane na podobnych szpitalach angielskich, etat ich winien oznaczać normę na życie chorego o wiele wyższą, niżli to mamiejsce w zwykłych obecnych szpitalach, punkt bowiem główny na dobre odżywianie chorych winien być skierowany. W sanatoryach takich powinni być przyjmowani li tylko ci chorzy, którzy przedstawiają widoki zupełnego wyleczenia lub znacznej poprawy i tacy winni zostawać tamże długo, zazwyczaj przeciętnie 3 do 6-u miesięcy. Chorzy, nie poprawiający się w pierwszych miesiącach pobytu, lecz przeciwnie przedstawiający wyraźne tendencye do spraw rozpadowych, winni być wypisywani, aby dać możność pomieszczenia innym odpowiedniejszym kandydatom. Zapewne, że w szpitalu takim, na podobieństwo szpitali dla obłąkanych, o miejsca z początku będzie bardzo trudno, gdyż pojedyncze sanatoria nie będą mogły dać przytułku całym tysiącom biednych suchotników, znajdujących się w kraju, rzetelny jednakże pożytek, jaki z tego rodzaju zakładów bardzo szybko się ujawni, będzie stanowić impuls dla władz państwowych, jakoteż i dobroczynności pry-

watnej do organizacyi coraz to nowych zakładów, których powstanie w jaknajszybszym czasie, jako jednej z najbardziej palących potrzeb naszego społeczeństwa, z niecierpliwością oczekiwac będziemy.

Z powyższego zestawienia, sądzę, czytelnik mógł łatwo wynieść przokonanie, że w walce z suchotami płucnemi, tym najgroźniejszym wrogiem ludzkości, racjonalnem loczeniem higienicznodyotetycznem jesteśmy w stanie u wielu chorych osiągnąć wyleczenie lub też na długi okres czasu zatrzymać sprawę w swym groźnym rozwoju. Zapowne, że wyniki owenie mogą w żaden sposób nas zadowolić, a dążenia nasze stale skierowane być winny ku obmyśleniu metod, mogących o wiele w wyższym stopniu te dodatnie wyniki lecznicze spotęgować. Miejmy nadzieję, że nowoczesny kierunek eksperymentalno-patologiczny i pod tym względem wyda pomyslnie wyniki, realizując pamiętne słowa VIRCHOW'a wypowiedziane przed laty czterdziestu przeszło: że zadaniem ludzkości jest zwalczenie gruźlicy.

Warszawa, Marzec 1893.

Biblioteka Główna WUM

KS.1407



210000001407



www.dlibra.wum.edu.pl



1034/1580

ODCZYTY K

(Zbiór wykładów tłumaczonych i oryginalnych, poświęconych
przeważnie medycynie praktycznej).

wydawane przez

REDAKCYJĘ GAZETY LEKARSKIEJ,

wychodzą w odstępach miesięcznych, objętości średnio 2 ark. druku

Dotychczas wyszły:

- | | |
|---|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Heubner, Dyfteryi szkarlatynowy i jego leczenie. [Wyczerpany]. 2. Struempell, Service pochodzenia traumatycznego. 3. Luewefeld, Nowoczesne metody leczenia neurastenii i histeryi. [Wyczerpany]. 314. Dürrssen, O pomocy skuszeryjnej w przypadkach zwężki miednicy. 5. Schaufa, O leczeniu tylo-poehylenia i tylo-egzocla macicy. 6. Horz, Gruczlica płuca u dzieci. 7. Sattler, O stosunku narządu wzroku do cierpienia nerwicy i oczniczanu. 8. Króweżyński, Leczenie trypra ostrego i przewlekłego. [Wyczerpany]. 9110. Oertel, Dyjetetyczno-mechaniczne leczenie chorób serca. 11. Malłakowski, Tęoczesny sposób operowania raka sutki. 12. Unverricht, Metody terapeutyczne w medycynie wewnętrznej. 13. Sokolowski, Skryte postacie snuhot płucnych. 14. Dürrssen, Leczenie krwotoków poporodowych. 15, 16 i 17. Beard, Neurastenja, jej objawy, istota, skutki i leczenie. 18, 19 i 20. Gajkiewicz, Syfilis układu nerwowego. 21, 22 i 23. Eisenberg, Leczenie syfilisu. 24. Dunin, O halofinancem zaparcia stołca. 25. Saenger, Zakazenie trypyrowe u kobiet. 26. Grassel, O zawraciu głowy zależnym od zmian w naczyńach, oraz o stwardnieniu tętnia w ogólnosci. 27. Rydygier, O leczeniu ran. | <ol style="list-style-type: none"> 28. Struempell, O istocie i leczeniu wjadu rdzenia kręgowego (<i>tubas dorsalis</i>). Kahler, O wczesnych objawach wjadu rdzenia kręgowego. 29. Moynert, <i>Paralysis intercostalis progressiva</i>. 30 i 31. Kiewski, Frontalica u człowieka (<i>oclinomyocia frontalis</i>). 32 i 33. Goldflam, O przymocie rdzenia. 34. Rejchman, Kilka słów o powstawaniu, objawach i leczeniu kamicy żółciowej (<i>Cholelithiasis</i>). 35. Arnstein, O biegnące letniej u dzieci. 36. Nussbaum, O nalożeniu spraw patologicznych. 37. Hirschfeld, Zasady fizjologia chorych. 38. Burgonzo, Technika hydroterapii. 39. Olshausen, O drgawkach porodowych. 40. Przewoski, Działalność naukowa Rudolfa Virchow'a. 41. Hebra, Leczenie przyszczyt. 42 i 43. Loewenfeld, Choroby nerwowe na tle zaburzeń płciowych powstałe. 44, 45 i 46. Talgmon, O zapaleniu wyrostka robaczkowego i tkanek okolo kieszki ślepej (<i>Appendicitis et Perityphlitis</i>). 47. Kramsztyk Z., Jaskra (<i>glaucoma</i>). 48. Krajewski, O chirurgicznem leczeniu pęknięć macicy. 49. A. Frankel i O. Vierordt, Dusznica bolesna (<i>Angina pectoris</i>). 50, 51 i 52. Gilles de la Tourette, Historia (Część I). 53. Sokolowski, Leczenie klimatyczne snuhot płucnych. |
|---|---|

Następujące zeszyty zawierać będą:

54. Rydygier, O sposobie chloroformowania.

Cena pojedynczego zeszytu kop. 30. Nadsyłający z góry pieniądze
za 12 zeszytów płaci tylko Rs. 3.

Nabywać można

w ADMINISTRACYI GAZETY LEKARSKIEJ (Marszałk. 116)
i we wszystkich księgarniach.

W razie nieotrzymywania regularnego Odczytów przez prenumeratorów na prowinicy, reklamacye adresować należy do Drukarni K. Kowalewskiego, gdzie się mieści Ekspedycja Odczytów.

Wydawca D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny D-r Wł. Gajkiewicz.

