



TEZY WALKI z GRUŻLICĄ

BIBLIOTEKA

Szpitala im. Karola i Marii

Dla Dzieci

Nr. 409

NAPISAŁ

Dr. SEWERYN STERLING.



WARSZAWA

SKŁAD GŁÓWNY w KSIĘGARNI E. WENDE i S-ka

1917.

11. 25



www.dlibra.wum.edu.pl

Więzości Odd. VI

TEZY WALKI z GRUŻLICĄ

NAPISAŁ
Dr. SEWERYN STERLING.



WARSZAWA

SKŁAD GŁÓWNY w KSIĘGARNI E. WENDE i S-ka

1917.



www.dlibra.wum.edu.pl

IV. 1917

1917

ODBITO w ZAKŁADZIE GRAFICZNYM
Z. TERAŁOWSKIEGO w ŁODZI.

**blioteka Główna
WUM**

24.12.18

30,00

Cenzurowane oraz wywóz dozwolony przez Niemiecki Urząd Prasowy
w Łodzi, dnia 18.X 1917 roku za № 14909.

Tezy walki z gruźlicą.

Walka publiczna z gruźlicą ma zadania zapobiegawcze i lecznicze.

Organizacja tej walki oprzeć się winna na pewnych tezach, które stają się linjami wytycznymi kierunku walki.

Zgodzić się więc należy na pewną platformę, teoretyczną i stosowaną; ustalić treść (i mianownictwo) pewnych pojęć zasadniczych w dziedzinie nauki o gruźlicy; ustalić wartość praktycznych zabiegów przy walce z gruźlicą stosowanych.

To wszystko uczynić należy z całą świadomością braków, jakie istnieją w nauce o gruźlicy, i niedoskonałości środków stosowanych w walce z gruźlicą.

PHTISIOGENESIS.

I. Wielorakość czynników etiologicznych. Powstanie gruźlicy zależy od obecności kilku warunków.

Warunkiem niezbędnym, t. j. niedającym się zastąpić, jest obecność lasecznika Kocha (*Infectio*).

Inne warunki są zamiennie; mogą być jeden przez inny zastąpione (substytuowane).

II. *Infectio tuberculosa* spotyka wielokrotnie każdego mieszkańca kraju kulturalnego.

Lasecznik Kocha najęściej się skupia w bliskości ludzi wydzielających płwociny z ognisk gruźliczych.

Affectio tuberculosa spotyka większość mieszkańców kraju kulturalnego.

Większość; nie wszystkich, jak tego chcą statystyki (Naegeli, Burkhardt) oparte na materiale szpitali miast wielkich, więc tyczącym się głównie proletariatu miejskiego. Nowsze statystyki szpitalne odsetek odpowiedni podają na 62% (Lubarsch) do 68% (Orth) ogółu zwłok poddanych ścisłemu badaniu pośmiertnemu. Dla ogółu ludności odpowiednia odsetka jest, pewnie, niższa.

Affectio tuberculosa recidivans może być skutkiem *infectionis endogenes (autoinfectionis)* i *infectionis exogenes (heteroinfectionis)*.

Spór o to, czy powstanie suchot wieku dojrzałego zależy od samozakażenia przerzutowego, czy od ponownego zarażenia z zewnątrz, rozstrzygają w chwili obecnej na korzyść teorii ostatnio wymienionej. Traci wobec tego na mocy zasada, jakoby każda gruźlica płuc ludzi dorosłych była „końcem piosnki nuconej nad kołyską“.

Nierozwiązaniem jest pytanie, czy samo zetknięcie się zarazka z organizmem zwierzęcym, bez wywołania zmian histologicznych, (*microbismus latens*), pozostawia po sobie jakieś ślady humoralne.

Affectio tuberculosa powstaje wtedy dopiero, kiedy powstają zmiany histologiczne. Rozbieżność — w ocenie częstości gruźlicy — istniejąca między wynikami badań histologicznych a wynikami badań humoralnych może być zrozumiana, jeśli przypiszemy rolę czynną stanowi zwanemu *microbismus latens*: sama *infectio, sine affectione cellulari*, musiałaby wystarczyć do wywołania zmian humoralnych (allergii).

III. *Infectio aërogenes* jest najpospolitszą postacią zarażania się gruźlicą, a *człowiek chory* — najpospolitszym źródłem.

Infectio aërogenes, jak i infectio lymphogenes i haematogenes, prowadzi najczęściej do powstania *gruźlicy płuc*. (Ta postać gruźlicy jest tak częsta, że, mówiąc o gruźlicy, na uwadze mamy głównie, a czasem i wyłącznie, gruźlicę płuc). Gruźlica *krtani* powstaje—za nielicznymi wyjątkami — wskutek zarażenia przez wyksztuszone plwociny. Toż samo powiedzieć wolno o *migdałkach*. (Mało ma zwolenników pogląd na migdałki jako na częste wrota zakażenia gruźliczego). Gruźlica *kiszek* powstaje najczęściej wskutek polykanej plwociny, rzadziej — wskutek spożywania pokarmów, zawierających laseczniki. W pierwszym przypadku (dorośli; typus humanus) powstają częściej owrzodzenia, w drugim (dzieci; typus bovinus) zarazki przechodzą poprzez ścianki kiszek do gruczołów krezkowych. Gruźlica *gruczołów oskrzelowych i płucnych* powstaje na skutek cierpienia płuc. Z trzech postaci gruźlicy *skóry* wilk i gruzełek anatomiczny stanowią gruźlice izolowane, trzecia grupa, zmiany wrzodziejące, jest skutkiem przetrzutu z ognisk w narządach wewnętrznych.

IV. *Bacillus Koch* należy do drobnoustrojów morfologicznie zmiennych; ważny jest fakt istnienia postaci niekwasoodpornych.

Bacillus K. należy do drobnoustrojów wielopostaciowych; najważniejszym objawem tego jest fakt istnienia jego odmian, z których w patologii ludzkiej rolę grają: typus humanus i typus bovinus.

W plwocinie gruźlików znajdujemy zawsze (wyjątki są wątpliwe) laseczniki typu ludzkiego; one znajdują się w pyłach, one w kropelkach rozpryskiwanej plwociny. Laseczniki typu bydłowego znajdować się mogą w mleku (10% prób), maśle (12%) serze (4%); mogą być przyczyną gruźlicy dzieci.

Bacillus K. należy do drobnoustrojów na wpływy zewnętrzne bardzo odpornych; żyć może w plwocinach przez

wiele miesięcy, w ognisku chorobowym otorbionem (nieczynny) przez wiele lat. (*Microbismus quiescens*).

Światło zabija laseczniki K. w ciągu paru dni, jeśli nie są one pokryte zbyt grubą warstwą płwocin. W masach gnijących (kanały), w wodzie, gruncie żyć może rok i dłużej. Zimno (10° C.) znosi dobrze: pod śniegiem nie ginie. Potrzeba ciepłoty 70° C. przez 20 minut, lub 80° C. przez 5 minut do zabicia lasecznika K. W płwocinach zostaje zabity przez gotowanie w ciągu 5 minut. Kw. karbowy rozcieńczony zabija laseczniki K. w płwocinach po upływie 24 godzin.

V. Epidemiologia. Gruźlicę nazywa epidemiologia chorobą rodzinną i mieszkaniową.

Pod tem określeniem rozumieć należy, że niebezpieczeństwo zarażenia grozi przede wszystkim rodzinie chorego, t. j. ludziom stale przebywającym w jego otoczeniu i blisko z nim się stykającym. Najwięcej laseczników zawierają płwociny wyksztuszone rano, po obudzeniu się chorego.

Mieszkania ciasne zmuszają do stałego i bliskiego stykania się zdrowych z chorym (niebezpieczeństwo ze strony rozpryskiwanych przy kaszlu kropel płwocin); mieszkanie brudne i ciemne potęguje niebezpieczeństwo ze strony wyschniętych płwocin zawartych w pyłe.

VI. *Infectio tuberculosa* pociąga za sobą *Affectio nem tuberculosam* przy stałej lub czasowej obecności warunków, zależnych od konstytucji i skłonności osobniczej. Niema jednak ani konstytucji swoistej, ani skłonności swoistej. Nie znamy żadnej bądź anatomicznej, bądź fizjologicznej cechy, której możnaby przypisać znaczenie *bezw warunkowo* uspasabiającej do gruźlicy.

Constitutio. Konstytucja jest sumą cech wrodzonych, zależnych od plazmy zarodkowej rodziców, cech danych w sperma i ovulum.

Jako cechy konstytucyjne, uspasabiające do gruźlicy wymieniają: *Status degenerativus*

(Zieliński — Polański). Dystrofje wyrażające się w budowie tkanek, w ich czynności, wydzielaniu, a czyniące organizm mało odpornym na wszelkie wpływy zewnętrzne. Taki stan może być też zależny i od gruźlicy rodziców; może być zależny od ich zbyt późnego (lub zbyt wczesnego) wieku, od różnych zatruc chro nicznych.

Postać szczególną konstytucji mamy w *Asthenia universalis* (c. costa decima fluctuans).

Cechą konstytucyjną, uspasabiającą do gruźlicy, jest wąska aorta, wogóle pośledniość narządów krążenia. Uspasabiać ma do gruźlicy dziedziczna mała odporność tkanki elastycznej.

Cechy konstytucji mogą wystąpić w dzieciństwie, lub też o wiele później, np. w okresie dojrzewania płciowego. (Te cechy występujące późno bywają mylnie uważane za nabyte).

Cechy konstytucyjne nie dają się zmienić przez czynniki sztuczne (zapobiegawcze, lecznicze).

Istnieją cechy konstytucyjne mające warunkować łagodny przebieg gruźlicy; tu zaliczają: status lymphaticus i t. zw. artretyzm (wzgl. t. zw. diathesis fibrosa—skłonność tkanki łącznej do bujania).

Dispositio. Skłonność do gruźlicy jest swoistą „gotowością chorobową“, zależną od warunków wrodzonych lub nabytych.

Cechy skłonności wrodzonej (do suchot płucnych): wadliwa budowa klatki piersiowej i od niej zależne zmiany czynności organów klatki; zwężenie wrodzone górnego otworu klatki piersiowej, względnie wrodzone nietypowe tendencje rozwojowe czynników ten otwór tworzących; wrodzona wrażliwość pewnych odcinków płuc; wrodzona skłonność płuc do schorzeń przy dojściu do pewnego wieku.

Skłonność nabyta ogólna powstaje jako

skutek: głodu; niedokrwistości; pewnych zatruc i chorób przemiany materji; narażania się na nagłe zmiany temperatury; chorób wyniszczających; nadużycie płciowych; przemęczenia fizycznego i umysłowego; wstrząśnień nerwowych; ciąż szybko po sobie następujących; zbyt długiego karmienia piersią i t. p. wpływów wyczerpujących.

Słonność nabyta miejscowa (w płucach) powstaje jako skutek: zmian w tkance płucnej wywołanych przez inne czynniki zakaźne; uszkodzeń mechanicznych przez pył; spraw kataralnych; urazu jednorazowego lub ucisku stałego, wywieranego na pewne okolice płuc n. p. przez guzy, zgrubienia; nieczynności pewnych okolic płuc na skutek ich wzrostu z opłucną; nieczynności (inactivitas) pewnych grup mięśni oddechowych.

Dispositio jest wielkością zmienną; ulega wpływom zapobiegawczym.

Tuberculosis congenitalis. Gruźlica wrodzona (co nie znaczy: odziedziczona) powstaje na skutek zarażenia płodu przez zarazek Kocha.

Zdarza się bardzo rzadko i dla tego nie odgrywa ważniejszej roli. Bywa skutkiem, najczęściej, gruźlicy łożyska.

VII. *Immunitas.* Genus humanum niema wrodzonej odporności do laseczników gruźlicy. Dostateczna ilość zarazka zawsze może wywołać affectionem.

Allergia. Anaphylaxis. Immunitas relativa. Objawy odporności, immunobiologiczne, znajdują swój wyraz w zmianach humoralnych i histologicznych.

Allergia humoralna. Pod wpływem zakażenia gruźliczego — pierwotnego i powtórnego — organizm podlega (w ciągu lat długich) wahaniom wrażliwości swoistej na zarazek gruźlicy. Po okresie wrażliwości normalnej, przeciętnej, następuje okres nadwrażliwości, dający objawy t. zw. *Anaphylaxis*; okres trzeci jest okresem wrażliwości stopionej, okresem odporności względnej.

Objawy alergji ulegają we wszystkich okresach wahaniom czasowym, zależnym od czynników nieswoistych (np. od choroby zakaźnej, ostrej) i swoistych (np. od wpływu wprowadzonej do organizmu tuberkuliny).

W stosunku do patogenezy gruźlicy płuc znaczenie zmian alergicznych dwójako tłumacza.

Teorja Behringa—Römera: Przebyte w dzieciństwie zakażenie gruźlicze daje odporność względną na zakażenia następne. Wyrazem głównym tej odporności względnej jest rzadkość ostrej gruźlicy u ludzi dojrzałych, w przeciwieństwie do dzieci, które na nią zapadają często; t. zw. przewlekle suchoty płuc są skutkiem masowego samozakażenia (Auto-reinfectio metastatica) organizmu, który w dzieciństwie przebył gruźlicę; odporność nabyta względna jest przyczyną swoistego, powolnego przebiegu tej postaci gruźlicy.

Teorja Ortha: T. zw. suchoty płuc powstają jako jedyne umiejscowienie zakażenia lub jako objaw częściowy zakażenia pierwszego. Przebycie gruźlicy w dzieciństwie zdaje się sprzyjać powstawaniu suchot płucnych—drogą Reinfectionis exogenes. Ogólna Immunitas relativa nabyta nietłumaczy nam powstania postaci zwanej suchotami płuc. Przeciwnie, przebycie zakażenia jest powodem powstania dispositionis *localis*, jest szkodliwością obniżającą odporność tkanki płucnej na laseczniki Kocha.

Allergia histologiczna (Ranke). Kolejność stała charakteryzuje pewne typowe kompleksy zmian tkankowych w przebiegu gruźlicy płuc; jest ona wyrazem histologicznym trzech okresów allegji zakażonego organizmu. Te trzy okresy histologiczne nazywa Ranke: Affectus primarius. Tuberculosis generalisata. Phtisis isolata. Okresy są od wieku chorego niez-

leżne. Nie wszystkie okresy przeżyć chory musi. Po okresie pierwszym może (po latach utajenia choroby) nastąpić okres trzeci. Taki właśnie przebieg mają przypadki charakteru łagodnego.

Bodźcem rozwoju alergji jest drobniotkie ognisko płucne, ognisko zapalno-wysiękowe.

1. *Affectus primarius*. Zmiany swoiste prawie wyłącznie wytwórcze, nieunaczynione, ubogie w limfocyty; otaczają się z czasem tkanką łączną, ulegającą zwyrodnieniu: włóknisto-szklistemu, w pośrodku którego leżą ogniska zserowaciałe, ulegające też z czasem zwapnieniu. Gruczoly, naczynia chłonne, otaczające ognisko, ulegają zarażeniu (którego natężenie maleje z oddaleniem od ogniska płucnego); obszar układu chłonnego zajętego schorzeniem przewyższa obszar głównego ogniska płucnego. Cały taki „kompleks“ rozrasta się sam z siebie, per infectionem homologam.
2. Okres drugi, acme rozwoju postępowego. *Tuberculosis generalisata*. Jeśli sprawa gruźlicza postępuje—zarazek szerzy się z ogniska pierwotnego drogą krwi. W warstwach zewnętrznych ogniska okresu pierwszego—występują sprawy zapalne, wysiękowe; zapalenie wytwórcze jest zahamowane. Tkanka powstała w okresie pierwszym bywa nacieczoną przez limfocyty, przyczem może uleść zserowaceniū. To rozmiękczenie tkanek prowadzi do przebijania się ognisk (ale też może prowadzić do rozsysania się ognisk). Skutkiem przebiccia się ogniska zarazek szerzy się nie tylko drogami chłonnymi i krwionośnymi, ale też i przez kanały i jamy (oskrzeli, kiszek, jamy opłucnej i t. p.): *metastasis intracanalicularis*. Objawy alergji są w tym okresie najwyraźniejsze; tu najwyraźniej występują objawy anafilaktyczne.

3. Okres trzeci jest obrazem pospolitych suchot przewlekłych, stale lub skokami postępujących. Pod względem alergji humoralnej odpowiada okresowi odporności względnej, czego dowodem jest charakter objawów przerzutowych w gruczołach: łaseczniki, pozbawione zjadliwości, wywołują zmiany właściwe ciału obcemu; zmiany gruczołowe są o wiele mniejsze niż w okresie pierwszym; zmienione gruczoły nie wapnieją. Gruźlica nie szerzy się już drogą limfy lub krwi; istnieje rozrastanie się ognisk *per contactum* lub *per canaliculos*. Wkoło nowopowstających w płucu ognisk gruźliczych niema odczynu zapalnego (nie daje też, jak się zdaje, odczynu miejscowego zastrzyknięcie tuberkuliny). Łaseczniki gruźlicze najlepiej się tam mają, gdzie nie dochodzi krew ani limfa, np. w świetle oskrzelików; stąd właśnie powstają nowe ogniska. Jest to okres, w którym panuje skłonność chorobowa oddzielnych okolic. (*Phtisis isolata*).

VIII. Czynniki mechaniczne. Istnieje szereg czynników charakteru fizykalnego, wpływających na powstanie, wzgl. umiejscowienie się gruźlicy.

Płuca wzgl. oskrzeliki są dostępne bezpośrednio dla zarazków (*infectio aërogenes*). Błona śluzowa oskrzelików, pęcherzyki płucne, są też dostępne bezpośrednio dla urazów mechanicznych przez pył, a miejsca uszkodzone mechanicznie, jak i kataralnie zmienione, są *locus minoris resistentiae* tkanki w stosunku do zarazka gruźlicy. Przez płuca przepływa wszystka krew żylna, zbierająca zawartość całego układu chłonnego, w którym właśnie osadzają się ciała obce. W płucach mamy dużą sieć naczyń włoskowatych, przez które krew przepływa wolno, co sprzyja osadzaniu się zarazków.

Szczególne skłonność wierzchołków płucnych do gruźlicy zależy wogóle od następują-

cych momentów mechanicznych. Wierzchołki nie są pokryte szkieletem kostnym, skutkiem tego amplituda oddechowa wierzchołków jest mniejsza, niż reszty płuc, a wraz z tem prąd powietrza jest w nich słabszy, krążenie krwi i chłonki leniwsze, osiadanie zarazków z powietrza łatwiejsze. Tę skłonność ogólną potęgują jeszcze; zwężenie górnego otworu klatki piersiowej, dzięki czemu szkielet uciska na podstawę wierzchołka, utrudniając w nim ruch powietrza, krwi, chłonki.

Zmiany chorobowe uspasabiające płuca do gruźlicy. Istnieje, jak wspominałem, szereg zmian w tkance płucnej mechanicznie uspasabiających do gruźlicy. Są to: Pylice. Lymphangoitis chronica. Induratio per collapsum. Pneumoniae chronicae. Bronchiectasiae. Ucisk przez guzy.

Charakter zmian histologicznych wywoływanych przez laseczniki Kocha:

Sprawy wytwórcze: Nieunaczyniony gruzełek. Unaczynione ziarniniaki. Rozrosty nabłonkowe.

Sprawy zapalno-wysiękowe, których wytwory ulegają zserowaceni (obok zserowacenia produktów sprawy wytwórczej). Sprawy nekrotyczne bezpośrednie (obok nekrotyzacji wtórnej innych produktów gruźlicy). Ropienie (obok ropienia zależnego od zakażeń wtórnych).

Charakter tak różnorodny zmian histologicznych, wywoływanych przez lasecznika K., zależy od biologicznych właściwości organizmu nieswoistych (konstytucji, dyspozycji) i swoistych (allergja) i od zmian, jakim ulega zarazek roślinny pod wpływem działania sił organizmu zwierzęcego. Tę różnicę niektórzy badacze przypisują też różnej zjadliwości odmian lasecznika (*bacillus humanolongus* i *b. humanobrevis*).

Z gruzełka sensu strictiori nie powstaje nigdy postać najczęstsza, rozpadowa, zwana przewlekłymi suchotami płuc.

Wyjątek stanowi wrzodziejący gruzełek na błonie śluzowej oskrzelika, który, drażąc, dać może sam przez się rozpadowe suchoty płuc.

CLINICA.

I. Postęp gruźlicy w każdym okresie może uleść zawieszeniu lub przerwaniu.

II. Nawrot gruźlicy nie rozpoczyna się od tego stanu, w którym nastąpiło zawieszenie choroby, ponieważ w okresie braku objawów zachodziły w organizmie zmiany (humoralne i histologiczne), wywierające wpływ możny na charakter nawrotu.

III. Jeśli sprawa chorobowa doszła do pewnego rozwoju, to jej rozwój dalszy nie zależy już od czynników, które uwarunkowały jej powstanie.

IV. Rozpoznając klinicznie zmiany gruźlicze w płucach, pamiętać musimy, że na odpowiednie objawy miejscowe składają się zmiany następujące: ogniska serowate; owrzodzenia; blizny łączno-tkankowe; ogniska zwapnienia; ogniska zropienia; tkanka ziarninowa; nacieczenia rozlane; gruźelki; oedema collaterale w koło ogniska czynnego; tkanka mięsisto-stwardniała—obok zmian nieswoistych w postaci: ognisk zapalenia nieswoistego; niedodmy; rozedmy ograniczonej, rozedmy ogólnej wtórnej.

Jeśli dodamy do tego cały szereg znanych objawów ogólnych i zmian wtórnych w organach pozapłucnych, zrozumimy, jak dalece ubogiem jest w treść ścisłą określenie danego przypadku chorobowego jako: suchot płucnych, jako: gruźlicy płuc.

V. Tuberculosis pulmonum. Phtisis pulmonum. Oba te terminy są używane jako synonimy. Należałoby korzystać z nich dla ściślejszego oznaczenia dwu, a nie jednego, pojęć.

Terminem suchot, przy oględniejszem używaniu tego określenia, jedni oznaczyć chcą zanik czynnej tkanki płucnej; inni—zanik organizmu, jako najjaskrawszy objaw choroby, wywołanej przez laseczniki Kocha.

Termin gruźlicy jest, jak wiadomo, wogóle niefortunnie dobrany. Gruźelek dominuje w jednej postaci— przy prosówce; częściej przeważają zmiany niemające cech histologicznych, jakie pod gruźelkiem rozumiemy. (Pierwsze ognisko w płucach ma mieć zawsze charakter zapalenia wysię

wego śródpecherzykowego). Przy suchotach przeważają sprawy zapalne, rozpadowe, nekrotyczne.

Lasecznikiem gruźlicy nazwał Koch zarazek wykryty w gruźelku; sprawy wysiękowo-zapalne, które ten sam zarazek może wywoływać, nazwano, z kolei, sprawami gruźliczemi. Termin ten się przyjął i nie wywołuje nieporozumienia.

Dla ustalenia zakresu dwu różnych pojęć, do których użyć można terminów *Phtisis* i *Tuberculosis*, proponuję:

Terminem *Phtisis* oznaczać charakter choroby, jako całość objawów.

Można rozpoznać *Phtisis incipiens latens* wówczas nawet, kiedy badanie fizykalne żadnych wyraźnych objawów zmian umiejscowionych w płucach wykazać jeszcze nie zdoła.

Terminem *Tuberculosis* oznaczać charakter zmian swoistych w płucach.

Używać go należałoby przy określe- niu umiejscowienia zmian w płucach (wzgl. innych narządach). Więc pełne rozpoznanie brzmiałoby np. tak: *Phtisis incipiens manifesta. Tuberculosis apicis sinistri.*

(Bardzo poważni badacze każą chorobę organizmu nazywać: *Tuberculosis*, a zmiany miejscowe, schorzenie organu, nazywać: *Phtisis*. Mówią więc o *Phtisis pulmonum* i *Phtisis renum* w przebiegu *Tuberculosis*. Jednocześnie zaś mówią o *Phtisis tuberculosa* i *Phtisis exsudativa*, by odróżnić sprawy wytwórcze od spraw wysiękowych, więc dla odróżnienia różnego typu zmian miejscowych. Również w klasyfikacji anatomopatologicznej używają raz terminu: *Phtisis*, innym razem: *Tuberculosis* dla określenia różnego typu, zmian histologicznych, miejscowych).

Klasyfikacja dla celów klinicznych. Przypominam podaną przed laty klasyfikację przewlekłych postaci suchot płucnych, tu uproszczoną.

I. *Phtisis pulmonum incipiens*:

a) *Latens*

b) *Manifesta*: a) *Stationaris*

- b) Regrediens
- c) Progrediens (acute, chronice).

II. Phtisis pulmonum declarata.

- a) Stationaris
- b) Regrediens
- c) Progrediens (acute, chronice).

III. Phtisis pulmonum consumptiva.

Takie określenie kliniczne choroby opiera się *na całokształcie objawów miejscowych i ogólnych*. Dopiełnić je należy określeniem umiejscowienia.

Terminy: stationaris, progrediens, regrediens są niezbędnym najskromniejszym określeniem bliższym przypadku. Rzecz prosta, jednorazowe badanie niewystarcza do postawienia bliższego rozpoznania.

W razie zastosowania dla celów rozpoznawczych skiągrafji, razem z umiejscowieniem podać można bliższe anatomo-patologiczne określenie domniemanych zmian tą metodą spostrzeżonych.

Ta röntgenologiczna klasyfikacja odróżnia (Gerhartz):

- a) Tuberculosis nodulosa. Obraz roentg. odpowiada następującym zmianom: T. miliaris. Peribronchitis submiliaris tub. disseminata. Peribronchitis nodulosa fibrosa chronica. Peribronchitis disseminata tub. senilis.
- b) Tuberculosis nodosa (fibrosa, ulcerosa).
- c) Tuberculosis focalis homogenes.
- d) Tuberculosis a hilo incipiens.
- e) Tuberculosis cirrhotica (fibrosa).
- f) Tuberculosis atypica.

Klasyfikacja dla celów zapobiegawczych.

A. Gruźlica płuc zamknięta, niezaraźliwa.

- a) Gruźlica płuc początkowa.
- b) Gruźlica płuc podgojona, niedająca objawów ze strony dróg oddechowych

c) Gruźlica płuc podgojona, wzgl. zagojona, dająca objawy ze strony dróg oddechowych nieswoiste (Emphysema pulm., Bronchitis chronica etc.).

B. Gruźlica płuc otwarta, zaraźliwa.

a) Gruźlica płuc, której zejścia śmiertelnego oczekiwac można w ciągu najbliższych miesięcy.

b) Gruźlica płuc, której podgojenie, wzgl. zagojenie, jest prawdopodobne.

c) Gruźlica płuc, powoli postępująca, trwać mogąca przez lata (niepozabawiająca, często, zdolności do pracy).

Klasa Aa. Ustalenie rozpoznania bywa trudne. Potrzeba w tym celu często obserwacji (1—2 tygodniowej) na oddziale szpitalnym. Jej celem: wykluczyć zarówno sprawy niegruźlicze, jak i sprawy gruźlicze zagojone. W razie rozpoznania pozytywnego: leczenie zakładowe, w sanatorium.

Klasa Ab. Ustalenie rozpoznania nie przedstawia trudności. Leczenie zakładowe zbyteczne.

Klasa Ac. Należy ustalić nieswoistość objawów ze strony dróg oddechowych. Jeśli leczenie zakładowe potrzebne, to w szpitalu ogólnym.

Klasa Ba. Izolacja niezbędna. Pobyt dozgonny w zakładzie: w szpitalu, w przytułku.

Klasa Bb. Dla ustalenia charakteru choroby może być potrzebna obserwacja szpitalna. Leczenie zakładowe, w sanatorium.

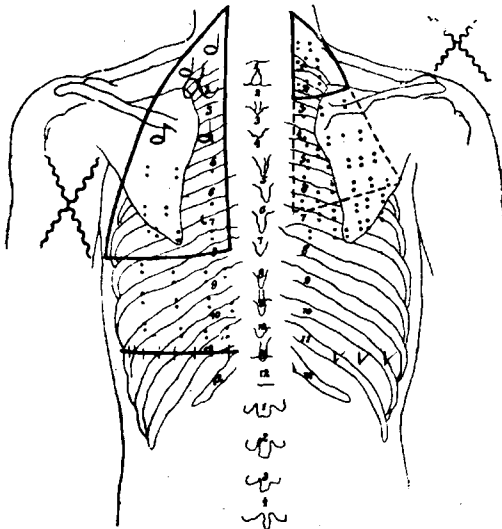
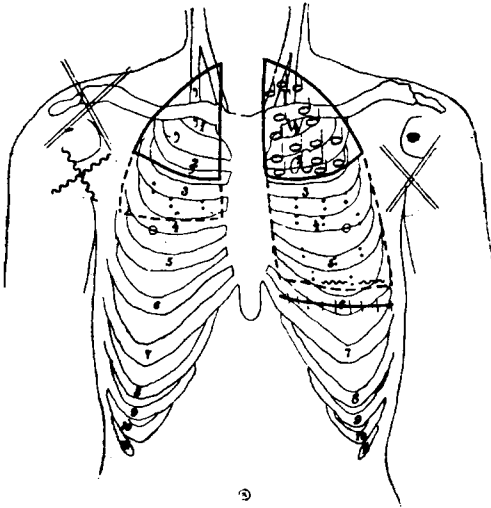
Klasa Bc. Izolacja w rodzinie. Czasowy pobyt w zakładzie, na oddziałach specjalnych, w szpitalu specjalnym. Stała opieka Towarzystw przeciwgruźliczych po opuszczeniu lecznicy.

Notowanie wyniku badań. W historjach choroby, w sprawozdaniach o wynikach leczenia używa się (dla wygody i ściłości) bądź umówionych skrótów, bądź metody graficznej *).

*) Z wielu proponowanych— uważam za najlepszą tu podaną.

SKRÓCENIA (system międzynarodowy).

d.	Dexter	ves.	vesicularis
s.	Sinister	bronch.	bronchialis
a.	anterior	amph.	amphoricus
p.	posterior	sacc.	saccatus
sup.	superior	prolong.	prolongatus
inf.	inferior	fort.	fortis
C.	Costa	dim.	diminutus (osłabiony)
C ₂	Costa II		
interc.	spatium intercostale	R. L.	Rzężenia grubobańkowe
Cl.	Clavicula	RI.	„ „ średniobańkowe
Pap.	Papillula mammae	rl.	„ „ drobnobańkowe
Sp.	Spina scapulae	()	Słyszalne dopiero po od- kastnięciu
Ang.	Angulus scapulae	(RI)	Rzężenia średniobańkowe słyszalne po odkastnięciu
1/2 Sc.	medio scapulae		
—	usque ad	sicc.	siccus
Th.	Thorax	cons.	consonans
applan.	applanatus	crep.	crepitans
dilat.	dilatatus	subcrep.	subcrepitans
retard.	retardatus	craq.	trzaskanie
Margo	margo pulmonis	rh.	rhonchi
mobil.	mobilis	frict.	frictio (tarcie)
immob.	immobilis	Frem.	fremitus vocalis
M.	Mutitio (Tępość)	Brph.	Bronchophonia
M ₁ M ₂ M ₃			Wszelkie stosunki ilościowe wy- raża się dodaniem cyfr 1, 2, 3.
Tymp.	Tympanismus	Np. tępość:	M ₁ słaba
Met.	metallia		M ₂ mocna
Resp.	respiratio		M ₃ zupełna
Insp.	inspiratio		
Exsp.	exspiratio		



Próby znaków graficznych.

THERAPIA.

Wielorakie są warunki powstawania gruźlicy; wielorakie są też warunki *przebiegu* choroby.

Nie znamy szczegółów mechanizmu, jakim się posługuje organizm zwyciężający zarazek; tyle jest dotąd pewnem, że:

- 1) Organizm walczy przy pomocy środków swoistych.
- 2) Sprawność czynników swoistych (humoralnych i histologicznych) zależy w stopniu najwyższym—ale nie jedynym—od ogólnej dzielności biologicznej organizmu (wrodzonej, nabytej).
- 3) W walce organizmu z zarazkiem rolę pewną odegrywają też warunki miejscowe, natury fizykałnej (mechanicznej).

Od leczenia gruźlicy sensu strictiori odzielić należy wpływ leczniczy na schorzenia nieswoiste, wtórne (zapalenia kataralne i inne).

Dalszym okresem gruźlicy towarzyszą zmiany paratuberkuliczne (zwyrodnienie mięszone, zwyrodnienie skrobiowate), — o czem należy pamiętać przy ocenie wartości metod leczniczych.

I. Środki lecznicze jakimi rozporządzamy:

A. Nieswoiste: 1. *Powietrze*. Chory stale przebywa w powietrzu czystem (niezależnie od ciepłoty; zależnie od stopnia wilgotności powietrza), w pokoju lub poza mieszkaniem.

2. *Odżywianie*. (Przekarmianie chorych na gruźlicę coraz mniej ma zwolenników).

3. *Spokój* wzgl. *ruch*, dawkowane stosownie do stanu chorego.

4. *Wpływy psychiczne*, wywierane przez „milieu“, w którym chory przebywa, przez lekarza, służbę pielęgniarską.

5. Ujęcie leczenia w pewien *system*, regulujący bieg życia chorego.

B. Swoiste: 1) *Światło* słoneczne lub sztuczne.

2) *Tuberkulina* w jej odmianach różnych i różnych sposobach wprowadzania do organizmu.

3) *Środki mechaniczne*, operacyjne.

II. Miejsce leczenia. 1. *Mieszkanie chorego*, jeśli daje choremu wszystkie (nie wyłączając psychicznych) przewidziane warunki lecznicze.

2) *Szpital ogólny*, w którym dla gruźliczych istnieją oddziały odpowiednio urządzone (możność kuracji powietrznej, możliwość izolacji).

3. *Szpitaly specjalne. Sanatorja.*

4. *Przytulki. Domy izolacyjne.*

5. *Pólsanatorja.* (Stacje dzienne letnie).

PROPHYLAXIS.

I. Stwierdzony w krajach kulturalnych spadek śmiertelności od gruźlicy nie tyczy równomiernie wszystkich grup wiekowych. Zmniejszenie wykazują grupy wiekowe starsze; w grupach dzieci śmiertelność od gruźlicy (w stosunku do 100 zmarłych danej grupy wogóle) wzmożła się.

II. Nie uczy nas dotąd statystyka spadku śmiertelności od gruźlicy, czy ten spadek zależy od rzadszej dziś infekcji (t. j. czy liczba zarażonych się zmniejszyła), czy też przy tej samej ilości zarażonych—*affectio* stała się łagodniejsza (t. j. gruźlica częściej goi się dosyć wczesnie i nie doprowadza do powstania typowych suchot).

Przytoczony wyżej wzrost przypadków zgonu wśród dzieci przemawia za rolę *infectionis familiaris*, dla złagodzenia której najmniej dotąd uczyniono.

III. Statystyka dowodzi, że na 100 gruźlików jest wielokrotnie więcej takich, którzy byli wystawieni na stałe stykanie się z chorymi (*Expositio*), niż na 100 niegruźlików.

IV. Zadania zapobiegania idą dwiema drogami. Inne są zadania w stosunku do *Infectio*, inne—w stosunku do *Affectio*.

Affectio, o ile tyczy zapobiegania skłonności ogólnej — jest zadaniem higieny ogólnej.

Zapobieganie powstawaniu i rozwojowi *dispositionis specificae* jest zadaniem profilaktyki swoistej.

Do zadań profilaktyki swoistej należy przede wszystkim zapobieganie *infectionis*.

V. Infectio. 1. Niszczenie zarazka.

Niezwykłe mało czyni się u nas w kierunku niszczenia laseczników K. w wydzielnich chorych. Nawet szpitale nie mają urządzeń do unieszkodliwiania zarazków, a służba szpitalna nie stosuje żadnych środków ostrożności, manipulując naczyniami zawierającymi plwociny gruźlików. Nic się nie czyni w celu niszczenia zarazka przywartego do ścian, podłóg, pościeli, sprzętów, naczyń (nawet spluwaczek), bielizny (nawet kołder), odzieży (nawet szlafroków)—ani w mieszkaniu chorego, ani w szpitalach (za nielicznymi wyjątkami).

Panuje w tym zakresie tak karygodna obojętność, jak chyba nigdzie.

2. Uświadamianie ludności.

Korzyść pouczania ludności o drogach szerzenia się zarazka i sposobach unikania go jest funkcją stopnia inteligencji tej ludności — z obu krańców. Brak inteligencji będzie przyczyną niedbania o wykonanie odpowiednich przepisów. Brak inteligencji będzie przyczyną przesadnej obawy stykania się z gruźlikiem.

W danych warunkach korzyść z pouczania wtedy będzie owocna, kiedy ogół zrozumie całość zadań profilaktyki osobniczej, *we wszystkich jej szczegółach*. Kiedy będzie odróżniał niebezpieczeństwo ze strony gruźlicy otwartej, a zupełną nieszkodliwość gruźlicy zamkniętej. (Rzecz prosta, dostępność wielokrotnego badania plwocin jest składową częścią tak rozumianej profilaktyki).

Bezpośrednie *pouczanie chorego i jego rodziny* jest wielką misją Przychodni (Dyspensatorjów) towarzystw przeciwgruźliczych.

Najdzielniejszym środkiem w kierunku unieszkodliwiania gruźlików jest przykład: *wszyscy* plujący muszą mieć prawem nakazane takie obchodzenie się z plwocinami, jakie chcemy mieć stosowane do plwocin gruźlików. Wte-

dy wszyscy przyzwyczajają się do unikania zetknięcia się z płwocinami, a gruźlik nie będzie się sam uważał za wydalonego ze społeczności, ani też nie będzie budził obawy przesadnej w otoczeniu.

3. Odosobnianie chorych z gruźlicą otwartą.

Wobec przeważającej roli gruźlicy płuc sprawa laseczników K. zawartych w moczu, kale, ropie—jest mało ważną. Chorzy z gruźlicą płuc otwartą nie powinni stale przebywać w jednym pokoju z ludźmi zdrowymi, szczególnie z dziećmi. Nie powinni sypiać w tym samym pokoju, tem bardziej—w tem samym łóżku.

4. Unieszkodliwianie zarazków w pokarmach.

Nie tylko mleko krów perlicowych (i produkty mleka) w grę tu wchodzi. Wszelki pokarm w otoczeniu chorego może zostać zanieczyszczony płwocinami; zanieczyścić go też mogą płwocinami muchy.

VI. Dispositio specifica. Obok przepisów higieny ogólnej ludzie z „gotowością chorobową“ mają:

1. Unikać pracy w pomieszczeniach zamkniętych.
2. Podlegać szczególnej pieczy w okresie zdrowienia po chorobach zakaźnych.
3. Niepracować w warunkach narażających na nieswoiste (kurz, zaziębienie) choroby dróg oddychowych.
4. Ćwiczyć od dzieciństwa mięśnie klatki piersiowej (*gimnastyka oddychowa, śpiew*).
5. Jako dzieci z usposobieniem do gruźlicy—uczęszczać do szkół odpowiednio urządzonych.
6. Jako młodzież—liczyć się ze swoim usposobieniem przy wyborze zawodu.

Organizacja walki z gruźlicą.

Do walki z gruźlicą są powołane: 1) państwo; 2) gmina; 3) zrzeszenia społeczne.

- Państwo:**
- 1) Reguluje prawodawstwo w myśl zasad higieny rasy.
 - 2) Zarządza środki ochrony pracy od szkodliwości gruźlicy właściwych (niezależnie od środków ogólnych).
 - 3) Organizuje — pośrednio lub bezpośrednio—przymusową pomoc wzajemną grup socjalnych (ubezpieczenia na wypadek choroby i na wypadek utraty zdolności do pracy z powodu gruźlicy).
 - 4) Przyczynia się — przez zapomogi—do walki z gruźlicą, podejmowanej przez gminy materialnie niewydolne.
 - 5) Wykonywa inspekcję mieszkaniową.
 - 6) Zarządza walką z gruźlicą w wojsku, szkołach, więzieniach.
 - 7) Zarządza walką z gruźlicą bydłą.

Zrzeszenia społeczne. Rola tych zrzeszeń nie maleje w chwili podjęcia walki z gruźlicą przez państwo i gminę; potrzebne one będą zawsze. Tembardziej ważną jest ich rola obecnie. W planie organizacyjnym wyznaczone być muszą zadania określone towarzystwom przeciwgruźliczym i instytucjom pokrewnym.

Gmina. Plan organizacji, którego szczegóły podaje, ma na względzie miasta.

Ośrodkiem walki gminnej z gruźlicą będzie *Wydział do walki z gruźlicą*, przydzielony do Wydziału Zdrowotności Publicznej Magistratu.

Zadaniem Wydziału jest: koordynowanie wysiłków gminy na polu walki z gruźlicą; centralizowanie pracy wszystkich (istniejących i powstać mogących) urządzeń miejskich; współdziałanie z instytucjami społecznymi, mającymi cele te same lub pokrewne.

Praca bezpośrednia Wydziału pójdzie w trzech kierunkach:

1. *Regestracja* wszystkich przypadków gruźlicy mieszkańców potrzebujących pomocy ze strony gminy i wszystkich wogóle przypadków gruźlicy otwartej.

Meldowanie wszystkich wogóle przypadków gruźlicy nie jest możliwe już z tego powodu, że samo rozpoznanie choroby nieposuniętej jest często wątpliwem. Jedynie tam, gdzie lekarz wie o fakcie gruźlicy otwartej, wolno odeń żądać doniesienia. Zgóry więc liczyć wolno na regestrację tych wszystkich przypadków, w których chory—jako gruźlik, chce korzystać z pomocy gminy (lub zrzeszeń społecznych).

Ponieważ zapobieganie ma na względzie gruźlicę otwartą, a o tej wiedzy będziemy, więc brak wiadomości o wypadkach gruźlicy zamkniętej ludzi nieubogich, będzie stratą jedynie dla ścisłej statystyki.

2. *Izolacja* chorych zaraźliwych. *Umieszczanie* chorych w lecznicach.

3. *Dezynfekcja* mieszkań, sprzętów.

Organizacja Wydziału. W skład Wydziału wchodzi: a) Biuro, b) Poradnia, c) Pracownia rozpoznawcza, d) Stacje obserwacyjne, e) Stacja światłolecznicza, f) Stacja leczenia swoistego.

Na czele Wydziału stoi Rada.

A. Biuro Wydziału: 1) Pośredniczy między urządzeniami przeciwgruźliczemi miejskimi a wszystkimi istniejącymi instytucjami społecznymi, które z tych urządzeń korzystać chcą.

Do instytucji tego rodzaju zaliczam: ambulatorja; szkoły; ochrony; „krople mleka“; kolonie letnie; towarzystwa walki z gruźlicą i t. p.

2) Informuje każdego zgłaszającego się o istniejących w mieście urządzeniach walki z gruźlicą, o przeznaczeniu każdego z nich i o warunkach pod jakimi można z każdego korzystać.

3) Wykonywa technicznie polecenia poradni, kierując chorych do lecznic, prowadząc korespondencję z instytucjami pokrewnymi i t. p.

4) Prowadzi dział statystyki.

5) Zawiaduje sprawą dezynfekcji (wykonywanej przez Miejski Zakład Dezynfekcyjny).

B. Poradnia. Chorzy nieobłożni, do Wydziału jako chorzy na gruźlicę (lub o tę chorobę podejrzani) skierowani przez lekarzy wolno-praktykujących, lekarzy ubogich, szkolnych, kolonijnych, przez lekarzy towarzystw do walki z gruźlicą i t. p. są badani przez lekarzy poradni.

O chorych obłożnych lekarz kwalifikujący przesyła Wydziałowi informacje, podającą dane o charakterze choroby. Do pomocy lekarzom poradni dane są sanitarki, które odwiedzają chorych, czyniąc wywiad o warunkach ich bytu (podług schematu przyjętego w Przychodniach Towarzystw przeciwgruźliczych).

Na podstawie danych badania osobistego lub danych zakomunikowanych przez lekarza polecającego i na zasadzie wywiadu sanitarki—lekarz poradni kwalifikuje chorego do jednego z zakładów leczniczych, lub stacji obserwacyjnej, względnie poleca go opiece instytucji (filantropijnej-miejskiej lub społecznej) pomocy ludziom ubogim.

Do obowiązków poradni należy badanie stanu zdrowia kandydatów na urzędników gminnych, (przedewszystkiem kandydatów na stanowiska służby szpitalnej).

C. Pracownia rozpoznawcza. Pracownia rozpoznawcza bada płwociny (i inne wydzieliny)—stosownie do polecenia lekarzy poradni.

Prócz badania płwocin chorych kandydujących do lecznic, pracownia bada płwociny pochodzące od chorych leczonych na mieście przez lekarzy ubogich—zawsze jednak z polecenia poradni.

D. Stacje obserwacyjne. W przypadkach trudności rozpoznawczych kandydaci do lecznic są umieszczani w specjalnych oddziałach szpitalnych w celu siedmio—do czternastodniowej obserwacji.

Stacji takich powinno być dwie: dla dorosłych i dla dzieci.

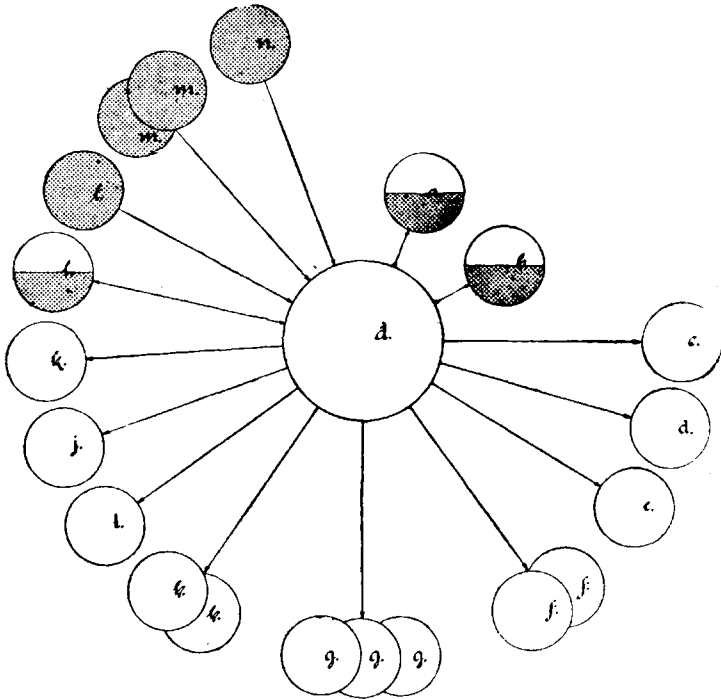
O wynikach obserwacji lekarz stacji zdaje dokładne sprawozdanie poradni.

E. Stacje światło-lecznicze.

Korzyści tej metody leczniczej powinny być dostępne ogółowi chorych ubogich.

D. Stacja leczenia swoistego.

Leczenie tuberkuliną nie jest stosowane w szpitalach, nawet przez zwolenników tej metody dla tego, że kuracja swoista wymaga czasu dłuższego, aniżeli trwa przeciętny pobyt chorego w lecznicy. Stacja miejska będzie to leczenie prowadziła dalej. Lekarz stacji musi być przygotowany do prowadzenia



leczenia różnemi metodami, by móc dostosować się do kuracji rozpoczętej. Poza tem, stacja może—z polecenia lekarzy poradni—prowadzić leczenie tuberkuliną chorym nieszpitalnym.

Stosunek Wydziału walki z gruźlicą i jego organów do innych instytucji dobra publicznego uwidoczni diagram.

A.—Poradnia. a.—Pracownia rozpoznawcza. b.—Stacja obserwacyjna w szpitalu. c.—Stacja światło-lecznicza. d. Stacja leczenia swoistego. e.—Zakład dezynfekcyjny. ff.—Szpitale specjalne ggg.—Szpitale ogólne. hh. Sanatorja i domy izolacyjne. j.—Przytułek dla oseków odłączonych od matki z otwartą gruźlicą. k.—Półsanatorja letnie. l.—Liga przeciwgruźlicza i inne instytucje walki z gruźlicą. ł.—Lekarze instytucji opieki nad dziećmi, lekarze szkolni. mm.—Ambulatorja miejskie, szpitalne, dobroczynne n.—Lekarze wolnopraktykujący.

Ad a, b, l. Te organy Wydziału i instytucje odsyłają chorych z powrotem do poradni. Inne—albo tylko przyjmują z poradni, albo tylko nadsyłają chorych do poradni.

Ad c. d. Chorzy nie mogą być bezpośrednio kierowani do tych stacji, muszą zawsze przejść przez poradnię.

Ad d. Zakład dezynfekcyjny miejski mieć musi służbę do dyspozycji Wydziału walki z gruźlicą.

Ad i. Domy izolacyjne będą—wobec trudności założenia potrzebnej ilości szpitali dla ciężko chorych—przytułkami prowizorycznymi.

Ad. j. Noworodki matek z gruźlicą otwartą stają się prawie zawsze ofiarami zarażenia. (Ztąd głównie pochodzi powszechne przekonanie o dziedziczności choroby). Jedynym na to środkiem jest natychmiastowe odłączenie dziecka. (Dzieci nieco starsze, roczne, są wielokroć mniej na zarazek wrażliwe).

Ad. k. Półsanatorja letnie. W lesie podmiejskim, do którego jest łatwy dojazd, przebywają, w miejscu ogrodzonym, chorzy dzień cały.

Ad. l. Z chwilą otwarcia Wydziału rola Towarzystw do walki z gruźlicą będzie miała i nadal ogromne pole działalności: Opie-

ka nad chorym przebywającym w domu (przed szpitalem, po szpitalu). Sprawdzanie stanu zdrowia otoczenia chorego, by wykryć gruźlicę w jej początkach, kiedy ludzie nie czują się jeszcze dotknięci chorobą. Pouczanie chorych i rodziny o sposobach uniknięcia niebezpieczeństwa zarazy. Dostarczanie chorym sopluczek i środków dezynfekujących. Ułatwienie oczyszczania i dezynfekcji mieszkania i sprzętów w czasie choroby. Dopomaganie chorym przez wydawanie środków odżywczych (mleko, kefir, masło, tran i t. p).

Ad ł, mm, n. Instytucje i lekarze tu wymienieni będą mieli ułatwione zadanie w każdym przypadku podejrzenia o gruźlicę, kierując interesowanych do Wydziału walki z gruźlicą.



Biblioteka Główna WUM

KS.1339



21000001339



www.dlibra.wum.edu.pl

SZPITAL IM. KAROLA I MA



B409

