

Biblioteka Główna
M UW

BIBLIOTEKA
Szpitalna - Hospita i Marii
ul. Długa
1133



Serya XVIII

Zeszyt 6.

ODCZYTY KLINICZNE,

WYDAWANE PRZEZ

REDAKCJĘ GAZETY LEKARSKIEJ

N^o 210.

NOWOCZESNE METODY ROZPOZNAWANIA I LECZENIA

GRUŹLICY PŁUCNEJ.

PODAŁ

D-r Med. Alfred Sokołowski.

WARSZAWA

Skład główny w księgarni E. Wondego i S-ki
(T. Hiż i A. Turkuł).

1909.



www.dlibra.wum.edu.pl

ODCZYTY KLINICZNE,

wydawane przez Redakcję GAZETY LEKARSKIEJ

Dotychczas wyszły:

SERYA I.

1. Heubner: Dyfteryt szkarlatynowy i jego leczenie. (Wyczerpany)
2. Struempell. Nerwice pochodzenia traumatycznego.
14. Loewenfeld. Nowoczesne metody leczenia neurastenii i histeryi. (Wyczerpany).
- Duehrssen. O pomocy akuszerzynej w przypadkach zwężeń miednicy. (Wyczerpany).
- Schauta. O leczeniu tyło-pochylenia i tyłozgięcia macicy. (Wyczerpany).
6. Herz. Gruźlica płuc u dzieci.
7. Sattler. O stosunku narządu wzroku do cierpień ogólnych organizmu.
8. Krówczyński. Leczenie trypra ostrego i przewlekłego. (Wyczerpany).
- 9 i 10. Oertel. Dyetytyczno-mechaniczne leczenie chorób serca. (Wyczerpany).
11. Matlakowski. Tegoczesny sposób operowania raka sutki.
12. Unverricht. Metody terapeutyczne w medycynie wewnętrznej. (Wyczerpany).

SERYA II.

13. Sokolowski. Skryte postacie suchot płucnych. (Wyczerpany).
14. Duehrssen. Leczenie krwotoków poporodowych. (Wyczerpany).
15. 16 i 17. Beard. Neurastenia (Wyczerpany).
18. 19 i 20. Gajkiewicz. Syfilis układu nerwowego (Wyczerpany).
21. 22 i 23. Eisenberg. Leczenie syfilisu. (Wyczerpany).
24. Dunin. O labitalnem zaparciu stołka. (Wyczerpany).

SERYA III.

25. Saenger. Zakażenie tryprowe u kobiet.
26. Grasset. O zawrocie głowy, zależnym od zmian w naczyniach, oraz o stwardnieniu tętnic wogółności. (Wyczerpany).
27. Rydygler. O leczeniu ran. (Wyczerpany).
28. { Struempell. O istocie i leczeniu wiądu rdzenia kręgowego (*tabes dorsualis*). (Wyczerpany).
- { Kahler. O wczesnych objawach wiądu rdzenia kręgowego. (Wyczerpany).
29. Meynert. *Paralysis universalis progressiva*.
- 30 i 31. Kijewski. Promienica u człowieka.
- 32 i 33. Goldflam. O przymiocie rdzenia.
34. Rejchman. Kilka słów o powstawaniu, objawach i leczeniu kamicy żółciowej (*Cholelithiasis*). (Wyczerpany).
35. Arnstein. O bieguncie letniej u dzieci. (Wyczerpany).
36. Nusbaum. O natężeniu spraw patologicznych.

SERYA IV.

37. Hirschfeld. Zasady żywienia chorych.
38. Burgonzio. Technika hydroterapii.
39. Olshausen. O drgawkach porodowych.
40. Przewoski. Działalność naukowa Virchow'a.
41. Hebra. Leczenie pryszczycy. (Wyczerpany)
- 42 i 43. Loewenfeld. Choroby nerwowe na tle zaburzeń płciowych powstałe. (Wyczerpany)
- 44, 45 i 46. Talamon. O zapaleniu wyrostka robaczkowego i tkanek około kiszki ślepej.
47. Kramsztyk Z. Jaskra (*glaucoma*).
48. Krajewski. O chirurgicznym leczeniu pęknięć macicy

SERYA V.

49. A. Fraenkel i O. Vierordt. Dusznica bolesna (Wyczerpany).
- 50, 51 i 52. Gilles de la Tourette. Histerya. Część 1] (Wyczerpany).
53. Sokolowski. Leczenie klimatyczne suchot płucnych (Wyczerpany).
54. Rydygler. O sposobie chloroformowania.
55. i 56. Filatow. O leczeniu i rozpoznawaniu katarów kiszek u dzieci, głównie u ssawców (Wyczerpany).
- 57; F. Hirschfeld. Leczenie otyłości.
58. Hirschfeld. Leczenie moczówki cukrowej.
- 59 i 60. Lewinson. O dyatezie moczanowej.
61. Mintz. O zabiegach chirurgicznych w chorobach żołądka.

SERYA VI.

62. Sokolowski. O bólu gardła. (Wyczerpany).
63. Aronson. Podstawy leczenia surowicą krwi.
64. Bączkiewicz. Leczenie dyfterytu gardzieli u dzieci.
- 65, 66 i 67. M. Hirsch. Suggestya i hypnoza.
- 68 i 69. E. Biernacki. Afazyja w świetle badań współczesnych.
70. H. Nusbaum. O wpływie czynności duchowych na sprawy chorobowe.
71. F. Legueu. O chirurgicznym leczeniu gruźliczego zapalenia otrzewnej.
72. Wł. Janowski. Obecny stan leczenia błonicy za pomocą surowicy krwi.

SERYA VII.

73. Rabe. Współczesne teorie gorączki. (Wyczerpany).
74. Dunin. O stanach anemicznych. (Wyczerpany)
75. Schlange. O niedrożności kiszek.
- 76 i 77. Determann. Nerwice serca i naczyń.
- 78 i 79. Rydygler. O leczeniu gruźlicy stawów.

(Dalszy ciąg na trzeciej stronie okładki)

BIBLIOTEKA
Szpitala im. Karola i Marii
Dla Dzieci
Nr. 1133

Nowoczesne metody rozpoznawania i leczenia

GRUŻLICY PŁUCNEJ ¹⁾

podał

Dr Med. Alfred Sokołowski.

TREŚĆ. I. Ważność rozpoznawania poczynającej się gruźlicy. — Doniosłość w tym kierunku badania płwociny. — Rozbiór krytyczny ogólnych objawów, towarzyszących poczynającej się gruźlicy (wychudnienie, gorączka). — Przegląd krytyczny metod fizykalnego badania chorych (opukiwanie, wysłuchiwanie). — Badanie promieniami ROENTGEN'a. — Tuberkulina KOCHA. — Reakcja skórna PIRQUET'a, MORO, reakcja oczna CALMETTE'a. — Metoda opsoniczna WRIGHT'a, BORDER'a. — Metoda aglutynacji. — Krytyczna ocena tych metod rozpoznawczych i wnioski.

II. Zastosowanie nowoczesnych metod dyagnostyki gruźlicy do tak zwanych skrytych postaci suchot płucnych (postaci rozedmowej, włóknistej, błednicy rzekomej, zapalenia gruźliczego opłucnej, gruźlicy podostrej). — Znaczenie ich w rozpoznawaniu zapalenia ogniskowego u dzieci, gruźlicy gruczołów okołoskrzelowych.

III. Krytyka terapii nowoczesnej suchot płucnych (metoda Brehmrowska, t. zw. sanatoryjna, jej ujemne i dodatnie właściwości). Bezskuteczność t. zw. rzekomo-swoistych leków. — Przyszłość i wielkie znaczenie leczenia profilaktycznego. Leczenie swoiste zapomocą uodporniania czynnego i biernego. — Tuberkulina KOCHA, jej dodatnie i ujemne właściwości. — Nowe przetwory tuberkulinowe (SAHLI'ego, BÉRAŃECK'a, SPENGLER'a, JACOB'a i innych). — Wewnętrzne stosowanie tuberkuliny i podobnych do niej przetworów. — Uodpornianie bierne (surowice MARAGLIANO i MARMOREA). — Pogląd ogólny na leczenie lekami swoistymi. — Nowoczesna chirurgia gruźlicy płucnej (pneumotomia, metoda FREUND'a, plastyka klatki piersiowej, sztuczna odma piersiowa).

¹⁾ Odczyt wypowiedziany w pracowni Warsz. Tow. Lekarskiego w dniu 7, 14 i 21 października 1909 r.

I.

Rozpoznawanie gruźlicy płucnej mniej lub więcej rozwiniętej nie powinno w dzisiejszym stanie wiedzy przedstawiać dla lekarza praktyka jakichkolwiek poważniejszych trudności. W okresie bowiem tym istnieją już powszechnie znane objawy: wychudnienie, brak łaknienia, gorączka typowa, upadek stopniowy sił i t. p. cechy; jednocześnie charakterystyczne wywiady mówią zazwyczaj o przebytych wielokrotnie zapaleniach płuc, krwiopłuciach, mniej lub więcej obfitych, utracie sił i t. p.; wreszcie istnieją typowe zmiany ze strony narządów oddechowych, jak oto: nasięki wyraźne szczytów, lub kawerny w płucach, następcze zmiany gruźlicze w krtani, kiszkaach i t. p., które z łatwością zapomocą zwykłych metod badania fizykalnego mogą być rozpoznane. Jako uzupełnienie, nieraz nawet zbytne, tego typowego, a, niestety, tak częstego obrazu klinicznego posuniętych dalej w rozwoju suchot płucnych, służy jeszcze wykazanie w płwocinie swoistych łaseczników KOCHA.

Inaczej zupełnie przedstawia się sprawa rozpoznawania poczynających się okresów suchot płucnych, jako też postaci o przebiegu nietypowym, które jeszcze w roku 1891 opisałem, jako „Skryte postaci suchot płucnych“; ich znajomość tak w naszej, jak i zagranicznej literaturze została dostatecznie spopularyzowana wśród ogółu lekarzy praktyków, szczególnie w ostatnim dziesiętku lat.

Na uwagę lekarza praktyka zasługują przedewszystkiem poczynające się okresy gruźlicy płucnej, a to ze względu na dwie następujące ważne okoliczności: 1) Ze względu na los samego chorego: doświadczenie lekarskie wykazało, że wynik dodatni różnorodnych metod leczniczych w ogromnej większości przypadków można przedewszystkiem osiągnąć w poczynających się okresach gruźlicy płucnej; im wcześniej więc ściśle ją rozpoznamy, tem snadniej choremu ratunek skuteczny przynieść możemy. 2) Ze względów ogólnospołecznych: jak wiadomo, w dzisiejszym stanie wiedzy należy przyjąć za pewnik, że gruźlica płucna szerzy się drogą zarażenia; aczkolwiek drogi te i warunki zarażenia się nie są ściśle zbadane, to jednakże dzisiaj nie można zaprzeczyć, że blizkie zetknięcie się osobników zdrowych z cho-

rym gruźliczym, szczególnie w mieszkaniach szczupłych i źle przewietrzanych, stanowi poważną obawę zarażenia się zdrowych. Wynika więc z tego, że im wcześniej istota choroby została ujawniona, chory nią dotknięty usunięty z grona zdrowych, lub otoczenie jego zostało uświadomione o niebezpieczeństwie, a jednocześnie zastosowano odpowiednie przepisy higieniczno-dyetyczne, to tem łatwiej uchronić możemy zdrowe otoczenie od zapadnięcia drogą zarażenia się na gruźlicę. Ten ostatni wzgląd z punktu widzenia ogólnospołecznego jest jedną z najkardynalniejszych podstaw profilaktyki gruźlicy i on sam jeden już wystarczyłby do gruntownego zbadania podstaw rozpoznawczych poczynających się okresów gruźlicy.

Ścisłe rozpoznanie poczynających się okresów suchot płucnych datuje się dopiero od chwili (1882) wiekopomnego odkrycia przez KOCHA swoistego lasecznika gruźlicy; wykrycie w plwocinie lasecznika stanowi niezbitą, stanowczą dowód istnienia u danego osobnika gruźlicy, nawet wtedy, kiedy *a priori* możliwość ta pozornie dawałaby się wykluczać ¹⁾.

Liczne przykłady kazuistyczne wymownie przemawiają za tem. Zdarzało mi się widzieć osobników wybornie zbudowanych, w kwiecie wieku i zdrowia, nie zdradzających niczem możliwości poczynającej się ciężkiej niemocy, którzy z powodu nieznanego kaszlu, połączonego z łatwym odpluwaniem, a noszącego na sobie wszelkie cechy zwykłego nieżyty oskrzeli, dawali do badania lub sami nawet badali swoją plwocinę (studenci, lekarze) i wykrywali w niej ku wielkiemu swemu przerażeniu lub niepomiernemu zdziwieniu lekarza laseczniki swoiste. Zdawało się z początku, że zachodzi jakaś pomyłka analityczna, a jednakże następne badania wykrywały stale owe fatalne pasożyty, dalszy zaś przebieg choroby potwierdzał ścisłość niemal matematyczną wartości rozpoznawczej tej metody.

Są to jednakże przypadki stosunkowo rzadkie; u większości bowiem chorych, dotkniętych poczynającą się gruźlicą płucną,

¹⁾ Naturalnie, o ile nie została popełniona omyłka, to jest nie była wzięta plwocina jednego chorego za plwocinę innego, o ile szkiełka zostały należycie oczyszczone po poprzednim badaniu, a wreszcie przez niewprawnego badacza nie wzięte zostały laseczniki za tak zwane laseczniki rzekomo gruźlicze.

plwocina albo wcale się nie wydziela, albo w wydzielanej skąpej plwocinie laseczników nie wykrywamy, co znowu może dać pocho-
lekarzowi do omyłki w kierunku odwrotnym, to jest do wyklucze-
nia obecności gruźlicy na tej podstawie, czemu jednakże dalszy
rozwój kliniczny sprawy fatalnie zaprzeczy. To doniosłe rozpo-
znawcze znaczenie badania plwociny na laseczniki stanowi
niezwykle ważny moment rozpoznawczy gruźlicy; należy przy-
jąć za stanowczą zasadę, aby w przypadkach, w których podej-
rzywamy gruźlicę płuc u chorych, wykrztuszających plwocinę cho-
ciażby w najmniejszej ilości, badać ją bakteryologicznie,
przy wyniku ujemnym badanie powtarzać kilkakrotnie, a jednocze-
śnie ułatwić wydzielanie plwociny przez podawanie chorym środ-
ków wykrztusnych, co najlepiej osiągnąć można przez niewielkie
dawki jodku potasu (0,05—0,01, 2 do 3 razy dziennie) w ciągu dni
kilku, polecając jednocześnie zbierać całkowitą ilość plwociny.
W przypadkach, w których podejrzujemy gruźlicę płucną,
a w których badanie wielokrotne na laseczniki KOCHA daje wynik
ujemny, bynajmniej jeszcze na podstawie tego jedynie faktu
gruźlicy wykluczyć nie możemy; toż samo w przypadkach, w któ-
rych chorzy, podejrzani o gruźlicę, plwociny wcale nie oddają.
U tej, i to stosunkowo najliczniejszej kategorii chorych, należy
się uciec do ścisłego ich badania przy pomocy całego szeregu
odnośnych klinicznych metod, o których jedynie pobieżnie
wspomnieć mogę, odsyłając po szczegóły do mojego podręcznika,
gdzie je wyłożyłem obszernie w rozdziale „O rozpoznawaniu po-
czynających się okresów suchot płucnych“.

Z punktu widzenia dyagnostyki różniczkowej zastanowię się
tutaj tylko nad ważniejszymi cechami. Z ogólnych objawów jedną
z bardzo częstych oznak poczynającej się gruźlicy płucnej stanowi
stopniowe chudnienie chorego. Jest to objaw nie-
zwykle ważny, przy ocenie jednakże jego w kierunku poczynają-
cej się gruźlicy, opierać się należy nie na opowieści chorego lub
jego otoczenia, że chory chudnie i źle wygląda, lecz na ścisłym
zważeniu dokładną wagą; często bowiem podówczas okaże się,
że chory bynajmniej nie chudnie i ma wagę normalną. Dlatego
wielce jest pożytecznym, jak to obecnie wchodzi w użycie, aby le-
karze posiadali w swoim gabinecie dokładną wagę. Wrazie istotnej
i stopniowej utraty wagi należy przedewszystkiem wykluczyć inne
różnorodne przyczyny, mogące powodować tę utratę, jak oto:
poczynającą się moczówkę cukrową, białkomocz, nienormalne
odżywianie się, a szczególnie, jak to się spotyka u kobiet, chęć

schudnięcia i stosowanie w tym celu ścisłej diety, używanie przetworów tyreoidynowych i t. p.; nadużycia płciowe u mężczyzn, u chłopców onanizm i nasieniotok; brak istotny łaknienia, spowodowany różnorodnymi zaburzeniami żołądka; cierpienia natury moralnej o charakterze przygnębiającym, wreszcie skryty rozwój spraw nowotworowych w narządach wewnętrznych u ludzi starszych i t. p.. Najistotniejszą jednakże przyczynę chudnienia w gruźlicy stanowi obecność gorączki, przebiegającej skrycie, o nasileniach niewielkich południowych lub wieczornych, do $37,1^{\circ}$, nawet $37,5^{\circ}$ wynoszących. Należy więc przyjąć za правило, aby każdemu choremu chudnącemu, a podejrzanemu o rozwój gruźlicy, polecić przynajmniej w ciągu tygodnia mierzyć temperaturę dokładnym termometrem, 3 do 4-ch razy dziennie, najlepiej w jamie ustnej lub nawet w odbytnicy. Najczęściej podejrzenie nasze będzie usprawiedliwione; wykryjemy wahania gorączkowe, które, stanowiąc objaw toksemii gruźliczej, wywołującej gorączkę, skrycie nieraz całe miesiące trwającą, pośrednio przyczyniały się do utraty łaknienia i stopniowego wychudnienia i upadku sił chorego.

G o r ą c z k a o typie nieregularnym, niewysokiego nasilenia stanowi jeden z najistotniejszych i najczęstszych objawów poczynającej się gruźlicy płucnej. A im wcześniej ją rozpoznamy dokładnie i, jeśli tak wyrazić się wolno, ujawnimy jej istotę i doniosłość choremu, tem wcześniej nie tylko sprawę gruźliczą rozpoznamy, lecz zapanować nad nią będziemy w stanie. Wyjątkowo tylko poczynająca się gruźlica przebiega bez gorączki; najczęściej zaś istnieją jedynie okresy niegorączkowe — miesiące; mierząc zaś dokładnie w ciągu kilku tygodni ciepłotę, na pewno wykryjemy okresy gorączkowe i to nieraz wysokie; po całym szeregu dni o zupełnie niskich ciepłotach, przychodzą dni, kiedy najczęściej w południe lub wieczorami gorączka dochodzi do $37,6^{\circ}$ lub $37,8^{\circ}$, aby po kilku dniach przejść w fazę bezgorączkową. Ten brak istotnego typu stanowi jedną z najbardziej charakterystycznych cech gorączki w okresach poczynającej się gruźlicy płucnej. Aby jednakże ową tak zwaną skrytą gorączkę w braku innych cech charakterystycznych (oprócz chudnienia) postawić w zależności od sprawy poczynającej się gruźliczej, należy wykluczyć inne jeszcze sprawy, które przebiegać mogą o typie gorączki skrytej powyższego typu. Do cierpień takich należą niektóre postaci zapalenia w s i e r d z i a (*endocarditis subacuta*), powstałe samoistnie lub w następstwie zapalenia migdałków charakteru złośliwego, lub też

dołączające się do istniejących od dawna spraw zastawkowych serca, szczególnie wad zastawki dwudzielnej. Rozpoznanie różniczkowe tych obu spraw (t. j. poczynającej się gruźlicy i zapalenia wsierdzia) nieraz w początkowych ich okresach natrafia na rzetelne trudności. Przebieg jednakże gorączki w tej kategorii zapaleń wsierdzia jest bardziej typowy, niż w sprawie gruźliczej. Najczęściej brak owych okresów niegorączkowych, nasilenia bywają wyższe, chudnienie mniej wyraźne, a często nawet brak go zupełnie, apetyt bywa najczęściej zachowany, a chory, nieraz już w początkowych okresach choroby skarży się na ból w okolicy serca i bicie serca; tętno bywa stale przyspieszone, często występuje niemiarowość (*arythmia*), a wreszcie dokładne badanie fizykalne serca wykrywa powstające powoli rozszerzenie jego prawej komory, lekki szmer u wierzchołka i t. p. cechy, pozwalające należycie rozeznąć sprawę. Trudniej już zmieszać gorączkę, właściwą poczynającej się gruźlicy, z gorączką zimniczą o typie ciągłym. W tej bowiem sprawie występują od czasu do czasu typowe dreszcze z bardzo wysoką gorączką, istnieją charakterystyczne wywiady (osoby te przebywały długo w okolicy istotnie malarycznej, najczęściej nad Wołgą lub na Kaukazie), a wreszcie badanie krwi na plasmodye zimnicze od razu rozstrzyga sprawę, stanowiąc istotne kryterium rozpoznawcze w tych wyjątkowych przypadkach, w których gorączka w poczynającej się gruźlicy przyjmuje typ gorączki zimniczej, to jest przedstawia napady z poprzedzającymi dreszczami i bardzo wysokim nasileniem (do 40°). Ten wyjątkowy typ skrytej gruźlicy, nazwany przeze mnie postacią rzekomo zimniczą, występuje najczęściej już w dalej posuniętych okresach gruźlicy płuc i może dać pochoop do omyłek rozpoznawczych jedynie u osób, które przebywały niegdyś istotną zimnicę, a u których lekarze na podstawie dawniej panujących poglądów skłonni są do wiązania objawów nie'ze sprawą gruźliczą, lecz zimniczą ¹⁾.

Z nietypowych spraw gorączkowych, które mogą dać pochoop do błędnego rozpoznania gruźlicy, wspomnieć jeszcze muszę o podostrawo przebiegającym zapaleniu miedniczek nerkowych (*pyelitis*), które, występując u ludzi młodych, często nawet dzieci, uprzednio zdrowych, wywołuje długotrwałą nietypową gorączkę i chudnienie przy braku nieraz wszelkich zmian w jakichkol-

¹⁾ Bliższe szczegóły znajdzie czytelnik w moim podręczniku t. III.

wiek narządach wewnętrznych. W tym razie jednakże badanie drobnowidzowe moczu, a szczególnie jego osadu wyjaśnia sprawę należycie. Stąd, jak to już wyżej zaznaczyłem, badanie moczu u osobników chudnących, a bardziej jeszcze u gorączkujących winno być bezwarunkowo zawsze uskutecznione.

U kobiet przy chudnięciu i gorączce trzeba mieć jeszcze na widoku cierpienia ropne narządów płciowych i ich przydatków. a więc: *perimetritis*, *oophoritis* i t. p. sprawy, będące następstwem zakażeń trypowych, popołogowych i t. p.. Sprawy te dość często przebiegają skrycie, doprowadzają do wychudnienia, a jeśli im towarzyszy jeszcze kaszel, to często, jak o tem się wielokrotnie przekonać mogłem, szczególnie jeśli w rodzinie danej kobiety istnieje usposobienie do gruźlicy, całokształt powyższych objawów kładzie się na karb poczynającej się gruźlicy. Tymczasem dokładne badanie ginekologiczne od razu sprawę wyjaśnia, na co najczęściej szczegółowo zebrane wywiady i brak danych wyraźnych ze strony narządów oddechowych już nas *a priori* naprowadzać winny.

Dopiero po uwzględnieniu wszystkich powyższych spraw, wychudnienie i towarzysząca mu najczęściej gorączkę możemy poniekąd wiązać, a właściwie mówiąc, robić przypuszczenie, że ona jest zależna od poczynającej się sprawy gruźliczej. Aby zaś przypuszczenie to było oparte na bardziej pozytywnych danych, lekarz praktyk winien się uciec jeszcze do innych metod badania t. zw. fizykalnego, które aczkolwiek w poczynających okresach gruźlicy płucnej najczęściej daje wyniki ujemne, jednakże nieraz nadspodziewanie wykrywa bardzo charakterystyczne i ważne objawy, potwierdzające przypuszczenie rozwoju gruźlicy płucnej. Nie będę tutaj wyliczał i szczegółowo opisywał tych najróżnorodniejszych metod badania klatki piersiowej, zapomocą których można ujawnić zmiany gruźlicze płuc. Znajdują się one w każdym podręczniku dyagnostyki chorób wewnętrznych i stanowią cenny dokument wytrwałej pracy naukowej klinicyстів niemal całego ubiegłego stulecia. Uważając więc zdobyte tą drogą dane jako powszechnie znane ogółowi lekarzy praktyków, pozwolę sobie tylko wypowiedzieć parę uwag w sprawie znaczenia rozpoznawczego tych różnorodnych metod badania (opukiwanie, wysłuchiwanie, i t. p.) w okresach poczynającej się gruźlicy płucnej.

W ostatnich dwu dziesiątkach lat, to jest od chwili zwrócenia większej uwagi na rozpoznawanie poczynających się okresów

gruźlicy płucnej, wzięto się znowu, że tak się wyrazić mogę, do rewizyi tych dawnych metod, starano się jedne z nich usuwać, inne uzupełniać. Wysunąwszy na plan pierwszy opukiwanie szczytów płucnych, starano się zapomocą ścisłego określania ich granic (KÖRNIG, GOLDSCHIEDER i inni) umożliwić wczesne rozpoznanie zmian gruźliczych. Ja osobiście muszę zaznaczyć, że wogóle metoda perkusyjna wyjątkowo daje nam pewne dane, według których możnaby wczesnie rozpoznać zajęcie szczytu. Zazwyczaj bowiem tam, gdzie zmiana ta występuje wyraźnie, istnieje już szereg innych objawów (wysłuchowe, ogólne, laseczniki), które pozwalają z łatwością rozpoznać gruźlicę. Powiedziałbym natomiast, że ubieganie się o rozpoznanie wczesnych okresów gruźlicy, oparte jedynie na metodzie opukowej, jak tego chcą niektórzy autorowie, często bardzo prowadzić może do wielce ujemnych, a nawet szkodliwych dla chorego wyników. Nieznaczne bowiem stępienie, jakoby wykryte w jednym ze szczytów, jest często zjawiskiem wysoce podmiotowem: rodzaj opukiwania (zbyt słabe lub mocne), wadliwa budowa klatki, nienormalne ułożenie chorego i inne przyczyny mogą spowodować wykrycie pewnego krótszego tonu tam, gdzie inny badacz tego nie wykrywa. Zresztą nawet istotne stępienie może zależeć od sprawy, nie mającej nic wspólnego z gruźlicą (pylice, stwardnienia po zatorach i t. p.); dlatego też ja osobiście nie przywiązuję większej wagi do tak zwanego ścisłego oznaczania perkusyjnego szczytu płucnego, jako objawu, który sam przez się przemawiałby za poczynającą się sprawą gruźliczą szczytu.

To samo mniej więcej powiedzieć można i o objawach wysłuchowych, występujących w tym okresie choroby. Żaden z nich (oddech wydłużony, przerywany, suche rżenia lub świsty) sam przez się nie może stanowić znaku znamiennego, a jedynie wspólnie z innymi objawami może dać podstawę do rozpoznania. O tem zapominają często lekarze praktycy, nadając wielkie znaczenie mocno wydłużonemu oddechowi pod jednym z obojczyków, napotykanemu często, jako objaw normalny u osobników chudych, u dzieci, lub też u takich, którzy niegdyś przebywali zapalenie szczytu (*bronchopneumonia*), niekoniecznie nawet swoistej gruźliczej natury (influenca, odra, ciało obce i t. p.). Z objawów, mających istotną pod pewnym względem cechę rozpoznawczą, wymieniałbym jedynie napotykanie nieraz w bardzo wczesnych okresach choroby rżenia drobne wilgotne, zjawiające się po kaszlu, stale umiejscowione w jednym szczycie płucnym. Jeśli rżę-

nia te występują stale, i to nie u osobnika, który od dawna cierpi na przewlekłą włóknistą postać gruźlicy (*phthisis fibrosa*), należy je uważać za objaw bardzo ważny, poddać chorego szczegółowej obserwacji i badaniu, a niewątpliwie zostaną wkrótce wykryte i inne objawy miejscowe i ogólne, potwierdzające rozpoznanie poczynającej się gruźlicy. Na objaw powyższy kładę zawsze przy badaniu szczytów szczególniejszy nacisk, zalecając od dawna moim słuchaczom, jako prawidło, aby stale wysłuchiwali szczyty płuc podczas kaszlu chorego.

O innych objawach patologicznych, otrzymywanych drogą fizykalnego badania klatki piersiowej, nie będę się dalej rozwodził; jak to już bowiem nadmieniałem, żaden z nich sam przez się nie stanowi znaku znamiennego poczynającej się gruźlicy. Jedyne chcę jeszcze zwrócić uwagę szan. słuchaczy na najnowszą zdobycz w dziedzinie fizykalnego badania klatki, to jest na prześwietlanie jej przy pomocy promieni ROENTGEN'a. Metoda ta nie może być dostępną ogółowi lekarzy praktyków, wymaga bowiem względnie kosztownej instalacji, prądów elektrycznych miejskich, dużej techniki i t. p. warunków; jednak ze względu na to, że w ostatnich czasach rozmaici autorowie, a szczególnie zawodowi rentgenologowie twierdzą, iż drogą prześwietlenia można wykrywać w szczycie płuc najdrobniejsze złogi poczynającej się gruźlicy i że zapomocą tej metody można nawet odróżnić złogi świeżej gruźlicy od starych stwardnień włóknistych, co stanowiłoby ostatecznie najprostszą i, można powiedzieć, najwspanialszą metodę określenia poczynającej się gruźlicy, należy więc parę słów wspomnieć, jak się ta kwestya dziś przedstawia pod tym względem z punktu widzenia krytycznego. Otóż na mocy mojego osobistego w tym kierunku dość obszernego doświadczenia, a bardziej jeszcze na podstawie niezwykle licznych, zwłaszcza niemieckich publikacji sądzę, iż można dziś sformułować tę niezwykle ważną kwestyę w sposób następujący. W istocie, niejednokrotnie (lecz niezawsze) prześwietlanie wykrywa złogi i to nieraz bardzo małe w szczytach lub innych częściach płuc, niedostępne dla innych metod badania fizykalnego; zachodzić jednakże mogą omyłki tej kategorii, że owe cienie mogą być zależne nie tylko od złogów gruźliczych (np.: cień od naczynia krwionośnego przy niespodziewanym głębokim oddechu chorego, od powiększonego gruczołu oskrzelowego i t. p. różnych przyczyn), a powtóre, istotny cień w żaden jeszcze sposób przemawiać nie może za naturą gruźliczą ogniska, ujawnionego przez prześwietlanie; złogi bowiem pylico-

we, włókniste i złogi po przebytych zawałach, po ciałach obcych, promienicy i t. p. sprawach, umiejscowione w szczycie płucnym dają te same obrazy przy prześwietlaniu, co i złogi gruźlicze. O ile więc sądzić mogę, w obecnym stanie wiedzy prześwietlanie samo przez się nie może z wielką ścisłością wykryć poczynającej się sprawy gruźliczej. W każdym jednak razie metoda ROENTGEN'a stale ulepszająca się, obecnie już dająca niezwykle cenne dane rozpoznawcze w rozmaitych cierpieniach narządów wewnętrznych, być może, w przyszłości święcić będzie swój tryumf i w rozpoczynającej się gruźlicy. Dziś prześwietlanie szczytów i wykrywanie złogów tą drogą może tylko służyć jako potwierdzenie danych, otrzymanych drogą innych metod badania, stanowiąc metodę czysto naukowo-fizyczną, że się tak wyrazić można „*ad oculos demonstrandam*”.

Przystępuję obecnie do najnowszych metod badania poczynającej się lub skrytej gruźlicy płucnej zapomocą tak zw. swoistych dla gruźlicy metod badania, które szczególnie w dwu ostatnich latach zyskały w tym kierunku bardzo szeroki rozgłos, t. j. badania z a pomocą tuberkuliny i jej przetworów.

Jak to powszechnie wiadomo, KOCH z chwilą wykrycia tuberkuliny, dziś powszechnie zwanej starą, uważał ów przetwór nie tylko za lek swoisty, ale jednocześnie za wyborny środek rozpoznawczy, szczególnie w skrytej gruźlicy. Tuberkulina, wstrzyknięta pod skórę w pewnym roztworze (od 1/10 mgr. i wyżej), miała jedynie u osobników dotkniętych gruźlicą wywoływać charakterystyczny odczyn pod postacią gorączki mniej lub więcej wysokiej, oraz miejscowej reakcyi, ujawniającej skryte ogniska w płucach (występowanie rzeżeń ograniczonych, oddechu wzmożonego i t. p.). Doświadczenie kliniczne jednakże niebawem wykazało, że aczkolwiek użycie tuberkuliny w tej postaci i dawce w istocie stanowiło w ogromnej większości przypadków ścisły reatyw na sprawę gruźliczą, jednakże z jednej strony narażało bardzo często ustrój na zbytne i wielce szkodliwe objawy odczynu, z drugiej zaś strony ujawnione tą drogą ogniska niekoniecznie były ogniskami gruźliczemi, lecz przeciwnie, często były warunkowane świeżo powstałemi ogniskami zapaleń ogniskowych płuc (*bronchopneumonia acuta*) niegruźliczego pochodzenia. Te właśnie względy, to jest wyraźnie ujemny wpływ tuberkuliny na organizm, zdyskredytowały szybko jej własności rozpoznawcze. Powoli zmieniono i dawki i sposób stosowania, a liczni autorowie zwłaszcza niemieccy, po dziś dzień uważają podskórne wstrzyknięcie

starej tuberkuliny w dawkach bardzo małych, poczynając od 1/100 miligrama, za jeden z najpoważniejszych, niemal niechybnych środków rozpoznawczych w skrytej gruźlicy płucnej. Stosowanie jednakże środka tego natrafia w praktyce na bardzo liczne ograniczenia tak, że w ogóle z punktu widzenia praktycznego przyznać mu należy bardzo mały, zdaniem mojem, nawet wątpliwy wielce pożytek. I tak, przedewszystkiem tuberkulina, jako *diagnosticum*, daje się zastosować jedynie w tych przypadkach, w których przez dłuższy czas stanowczo nie istnieje najmniejsze podwyższenie ciepłoty; w tych razach stosowana podskórnie tuberkulina (1/10 do 2/10 pro dosi) podnosi w ciągu doby ciepłotę o 1/2 stopnia i wyżej, jednakże przy mniej lub więcej ogólnej reakcyi (osłabienie, uczucie rozbicia, często dreszcze), a czasem i odczynie na miejscu istniejącego ogniska (rzęzenia). Często jednakże podniesienie gorączkowe występuje dopiero po drugiej, zdwojonej dawce tuberkuliny. Często znowu występuje od razu odczyn bardzo żywy ze znacznem natężeniem gorączki (nawet do 40) i z ogólnem roz biciem i osłabieniem organizmu. Często oprócz nieco podwyższonej ciepłoty nie występuje wcale reakcyja, ani miejscowa, ani ogólna, która jednakże wedle autorów niemieckich ma być cechą charakterystyczną. Powyższe własności, a zwłaszcza, że nie można nigdy zgóry przewidzieć stopnia nieraz bardzo burzliwej reakcyi i że ostatecznie nawet zjawienie się odczynu bynajmniej nie przemawia za ogniskiem gruźliczem czynnem, gdyż i stare ogniska mogą równie dawać reakcyę (około 80 proc. zupełnie zdrowych osobników, młodych żołnierzy, reagowało na tuberkulinę) — oto główne przyczyny, dla których podskórne wstrzykiwanie tuberkuliny, jako środka rozpoznawczego w poczynającej się gruźlicy, nie może być szeroko stosowane; jedynie w zakładach przy ścisłej obserwacyi może być w wątpliwych przypadkach polecane i to tam, gdzie inne metody badania dały wynik wątpliwy. O różnorodnych teoriach, starających się wyjaśnić owo rozpoznawcze znaczenie tuberkuliny (teorya uczulenia, allergia), nie będę się bliżej rozwodził, teorye te bowiem, mniej lub więcej udalnie sformułowane, stanowią dziś jeszcze tylko niedowiedzione ściśle hipotezy.

O wiele już donioślejsze pod względem praktycznym znaczenie, jako środek rozpoznawczy poczynającej się gruźlicy płucnej, posiadają dwie zupełnie nowe metody, wprowadzone do kliniki w ciągu kilku lat ostatnich, to jest: 1) metoda skórna PIRQUET'a z jej modyfikacyą, zwaną metodą MORO i 2) metoda CALMETTE'a lub

WOLFF—EISNER'a, inaczej reakcją łącznicową zwana. Powyższe dwie metody, niesłychanie proste w zastosowaniu, stały się w krótkim czasie przedmiotem niezwykle szerokiego doświadczenia klinicznego, ogłoszonego w literaturze zagranicznej i naszej, co mnie poniekąd uwalnia od ściślejszego opisywania metodyki i dosyć sprzecznych wyników statystycznych. Ograniczę się więc tylko do krytycznej ich oceny na podstawie ogłoszonego materiału i mojego własnego doświadczenia w ciągu ostatnich dwu lat na moim oddziale szpitalnym ¹⁾.

Reakcja PIRQUET'a polega, jak wiadomo, na wtarciu kilku kropli 25 proc. glicerynowego roztworu tuberkuliny KOCHA w nacięty uprzednio naskórek na podobieństwo szczepienia limfy ospowej, a modyfikacja MORO polega na wtarciu w skórę w ciągu kilku minut 50 proc. maści tuberkulinowej (*Tuberculini Kochi, Lanolini au*). Powyższe procedury wywołują mniej więcej w ciągu doby na skórze osobników gruźliczych w miejscu zastosowania odczynnika swoistą reakcję pod postacią wielce charakterystycznej wysypki, niknącej następnie w ciągu dni kilku, a która to wysypka stanowi wedle PIRQUET'a swoisty odczyn skóry, polegający na t. zw. alergii, t. j. reakcyi organizmu na środek swoisty (gruźliczy), który na dany organizm działanie swoje już wywarł uprzednio, lub w nim jeszcze obecnie istnieje. Reakcja ta powszechnie dzisiaj przez autorów, szczególnie na podstawie badań skóry z miejsc okazujących reakcję, uznana została za istotnie swoistą dla gruźlicy. Reakcje te, sprawdzone szczególnie u dzieci na całych tysiącach przypadków, odznaczają się nie tylko łatwością ich wykonania, ale co najważniejsza, zupełną nieszkodliwością dla organizmu; oprócz bowiem wysypki, ginącej szybko, nie występuje żaden inny odczyn ze strony organizmu; nic więc dziwnego, że próby te tak szybko zyskały rozpowszechnienie. Jeśli jednakże zapytamy się, czy i o ile reakcja ta występuje stale i zawsze u osobników gruźliczych i czy jej brak wyklucza stanowczo obecność gruźlicy w danym organizmie, to pod tym względem nasuwają się dziś jeszcze z punktu widzenia klinicznego poważne wątpliwości. Dotychczasowe wyniki, oparte na dużym materiale klinicznym dają się streścić w następujący sposób: 1) Wynik dodatni reakcyi skórnej występuje, szczególnie u dzieci, w ogromnym stosunku (około 80 proc.) u dotkniętych gruźlicą, co zostało nie tylko klinicznie, lecz i na drodze badania pośmiertnego dowiedzione; statystyka, oparta na 400 próbach u dzieci, wykazała, że na 86 przypadków stwier-

¹⁾ Szczegóły ogłosił w roku zeszłym w „Gaz. Lekarskiej“ kol. Dębiński.

dzonych sekcyą, z 48 gruźliczych 94 proc. dało odczyn dodatni; z 38 wolnych od gruźlicy dodatniej reakcyi nie dało żadne. 2) W pewnym jednakże szeregu przypadków, co zostało również sekcynnie stwierdzone, reakcyja dodatnia, szczególnie u dorosłych (około 10 proc.), występowała u chorych, bynajmniej nie dotkniętych gruźlicą (w moim jednym przypadku wystąpiła reakcyja dodatnia u chorego dotkniętego rakiem). 3) Wynik dodatni reakcyi nie przemawia bynajmniej za obecnością czynnego ogniska gruźliczego, występować on może bowiem, szczególnie u dorosłych, i w ogniskach starych (włóknistych); ujawnienie się przy tem reakcyi nie daje najmniejszej wskazówki o umiejscowieniu ogniska, wskazuje tylko, że dany organizm w danej chwili, lub dawniej był zakażony lasecznikami gruźliczymi. 4) Reakcyja nieraz nie występuje wcale u osobników niechybnie dotkniętych gruźlicą, szczególnie w daleko posuniętych suchotach płucnych; ten ostatni wzgląd z punktu widzenia praktycznego najmniej zasługuje na uwagę. 5) Reakcyja dodatnia absolutnie dawać nie może najmniejszych wskazówek w sprawie rokowania w danym przypadku gruźlicy.

Niezwykle prostą, szybką i również nieulegającą dziś żadnej kwestyi swoistą reakcyę stanowi próba oczna CALMETTE'a. wzgl. WOLFF-EISNER'a, polegająca na wkropleniu w worek łącznikowy chorego, podejrzanego o gruźlicę, 1 do 2 kropli 1/2 do 1 proc. wodnego roztworu tuberkuliny KOCHA; roztwór przytem powinien być za każdym razem świeżo przygotowany (najlepiej z oryginalnych Calmette'owskich preparatów); poczem w ciągu sześciu do 24-ch godzin występuje u osobników gruźliczych niezwykle charakterystyczna reakcyja odpowiedniej łącznicy pod postacią zaczerwienienia, zbrzęknięcia, ustępująca zwykle po upływie jednego lub dwu dni. Próba CALMETTE'a, przyjęta przez cały świat lekarski z niezwykłym entuzjazmem, stała się dziś przedmiotem olbrzymiej literatury na podstawie szerokiego doświadczenia klinicznego, którego wynikiem jest zgodny mniej więcej fakt, że w około 80 proc. przypadków daje wynik dodatni tam, gdzie istnieje tak zwana czynna lub nieczynna sprawa gruźlicza. Reakcyja nie występuje jedynie w rozpadowych okresach gruźlicy płucnej i wyjątkowo (około 10 proc.) zjawiać się może u osobników nie dotkniętych gruźlicą.

Reakcyja ta, również jak i skórna, ujawniona dodatnio, bynajmniej nie przemawia za obecnością ogniska czynnego i również nie może dawać wniosków prognostycznych odnośnie do danego

chorego. Odczynnik jednakże CALMETTE'a w niektórych, na szczęście wyjątkowo rzadkich przypadkach (zwłaszcza u ludzi starszych, uprzednio dotkniętych chorobami łącznicy, a szczególnie przy użyciu u nich mocniejszych roztworów odczynnika, może wywoływać dłuższą i burzliwszą reakcję z mocnym obrzękiem, a nawet ropieniem łącznicy, dłuższy przeciąg czasu trwającym; opisano nawet przypadki powstania po tej próbie powierzchownych owrzodzeń rogówki. Aczkolwiek te smutne przypadki występowały stosunkowo niezwykle rzadko, w każdym jednakże razie postawiły one pewną przeszkodę do szerokiego stosowania w praktyce tej tak prostej i łatwej metody rozpoznawczej. Sądzę jednakże, iż przy ostrożnym jej użyciu, a zwłaszcza stosowaniu słabych roztworów (1/2 do 1 proc.) u osobników młodych i starszych dzieci można polecić reakcję CALMETTE'a; w wątpliwych przypadkach gruźlicy płuc i innych narządów będzie ona stanowiła niezwykle ważny środek rozpoznawczy, znacznie przewyższający u dorosłych swoimi dodatnimi wynikami próby skórne, wyżej opisane. Ja osobiście na licznych materiałach z mojego oddziału szpitalnego i praktyki prywatnej przekonać się mogłem o doniosłości rozpoznawczej powyższej metody; np.: u ośmioletniej dziewczynki, od kilku tygodni gorączkującej, z wątpliwym rozpoznaniem, wahającym się między zapaleniem wśierdzia, a gruźlicą gruczołów oskrzelowych, lub nietypową postacią zimnicy, przy braku jakichkolwiek objawów dodatnich ze strony narządów wewnętrznych, reakcja oczna od razu dała wynik dodatni, a dziecko zmarło wkrótce potem przy objawach gruźlicy opon mózgowych. U chorego z wątpliwymi objawami brzuszными (bole mocne, brak gorączki, nawet podejrzenie symulacji) reakcja oczna dodatnia potwierdziła przypuszczenie poczynającej się gruźlicy otrzewnej, stwierdzonej następnie badaniem pośmiertnym. U 60-letniego chorego, dotkniętego typową rozedmą płuc, dodatnia reakcja potwierdziła rozpoznanie kliniczne przebytej niegdyś gruźlicy szczytu płucnego, zakończonego zabiżnieniem, co również zostało stwierdzone badaniem pośmiertnym i t. p.

W ostatnich czasach MANTROUX i ROUX polecają jeszcze odrębny rodzaj swoistej reakcji, zwanej przez autorów reakcją wśródskórną (intrakutane Tuberkulinreaktion); reakcja polega na wstrzyknięciu jedynie w warstwę powierzchowną skóry jednej kropli bardzo słabego roztworu tuberkuliny (1/100 miligrama), a występująca następnie reakcja ma się ujawniać pod postacią wielce charakterystycznego nacieczenia tej części skóry, w którą

roztwór był wstrzyknięty. Reakcja ta występuje w ciągu pierwszej doby, a ginie w ciągu dwu dni następnych. Podług powyższych autorów próba ta swoją ścisłością i wynikami ma znacznie przewyższać reakcję PIRQUET'a. Dalsze dopiero doświadczenia wykazać mogą, o ile ten pogląd jest słuszny. W każdym razie reakcja ta, jako prosta w użyciu, może obok wyżej omawianych prób znaleźć zastosowanie w praktyce lekarskiej.

Zgoła inaczej rzecz się ma z niektórymi innymi metodami rozpoznawczymi gruźlicy, wymagającymi pewnej znacznej techniki laboratoryjnej, zbyt skomplikowanej, a tem samem mało dostępnej dla lekarza praktyka. Z tych metod wypada mi wspomnieć przede wszystkim o tak zwanej metodzie opsonicznej WRIGHT'a, polegającej na wykryciu w surowicy krwi podejrzanego o gruźlicę chorego tak zwanego wskaźnika opsonicznego, to jest stosunku siły, z jaką leukocyty badanego chorego pochłaniają odpowiednio przygotowane laseczniki gruźlicze, do tejże siły pochłaniającej zdrowego człowieka. Zniżenie wskaźnika opsonicznego do pewnych granic (niżej jednostki uważanej za wskaźnik normalny) przemawia za naturą gruźliczą cierpienia danego osobnika. Pominąwszy niezwykle trudną i zmuśną technikę tego rodzaju badania, muszę dodać, że wyniki prac w tym kierunku nie są zupełnie zgodne, gdyż nawet u normalnego człowieka wskaźnik waha się w dość znacznych granicach; w jednym przypadku, odnoszącym się do chorego, dotkniętego wyraźną gruźlicą płuc, otrzymywaliśmy wskaźnik wyższy od normalnego. Metoda więc ta z powyższych względów nie może być przedmiotem dostępnym dla lekarza praktyka, chociaż z punktu widzenia naukowego przedstawia niezwykle interes, przeważnie, jak twierdzi WRIGHT, w kierunku rokowania, umożliwiając kontrolę poprawy zdrowia chorego przy różnych metodach leczniczych: w miarę poprawy ma jednocześnie podnosić się wskaźnik opsoniczny. To samo można powiedzieć o metodzie BORDER'a i GENGOU, przy pomocy tak zwanego uchylecia komplementu ¹⁾, wreszcie o najnowszej metodzie

¹⁾ Antygen jest to substancja, która przez wstrzyknięcie wywołuje w organizmie tak zwane niweczniki (Antikoerper); w połączeniu z tym niwecznikiem posiada silne powinowactwo do dopełniacza (komplementu) znajdującego się w surowicy normalnej. Mieszanina tych substancji (antygen + niwecznik) połączona z dopełniaczem natychmiast go pochłania. Otóż jeżeli do takiej mieszaniny dodać układ hemolityczny, to jest czer-

CALMETTE'a¹⁾ przez zastosowanie do rozpoznania jadu żmii indyjskiej, Cobra zwanej. Metody te są jeszcze zbyt nowe, a przy tem również skomplikowane (laboratoryjne), tak, że nie uważam za właściwe bliżej ich techniki opisywać²⁾.

Staralem się streścić powyżej najnowsze zdobycze naukowe w dziedzinie dyagnostyki poczynającej się gruźlicy płucnej. Przekonaliśmy się, że nauka lekarska wzbogaciła się pod tym względem kilku bardzo cennymi metodami, przedewszystkiem metodami tak zwanej reakcyi swoistej. Jednakże przy krytycznej ocenie powyższych metod dochodzimy do nieuniknionego wniosku, że i one nie mogą być uważane za bezwarunkowo pewne, że zawodzą dość często i że na podstawie jedynie tych metod nie mamy prawa rozpoznawać poczynającej się gruźlicy płucnej. Metody te są więc tylko jednym z dalszych ogniw całego szeregu uprzednio zdobytych metod klinicznych i laboratoryjnych rozpoznawania gruźlicy płucnej. Jedynie przez zastosowanie wszystkich dostępnych nam dzisiaj metod i krytyczną ich ocenę w każdym odrębnym przypadku lekarz będzie mógł rozpoznać tak wielce doniosłą dla chorego sprawę, jaką jest poczynająca się gruźlica płuc.

wone ciała krwi z surowicą hemolityczną dla tych ciałek, to w razie nieobecności niweczników (Antikoerper) hemoliza wystąpi. Jeżeli hemoliza nie będzie, to znaczy, że w danej mieszaninie był niwecznik, który pochłoniął (uchylił) dopełniacz.

¹⁾ Metoda CALMETTE'a. Jad Cobry w połączeniu z lecytyną wywołuje hemolizę czerwonych ciałek krwi. Ponieważ surowica osób gruźliczych już we wczesnych okresach zawiera lecytynę, więc jeśli badana krew w połączeniu z jadem Cobry wywołuje hemolizę, to można wnosić, że ona zawiera lecytynę, czyli że pochodzi od osobnika gruźliczego.

²⁾ Również nie opisuję bliżej techniki tak zwanej metody aglutynacyjnej, która podług jej odkrywców, ARLOING'a i COURMONT'a miała stanowić jedną z bardzo ścisłych metod rozpoznawczych poczynającej się gruźlicy; dalsze jednakże doświadczenia licznych bardzo autorów wykazały, że reakcyja ta ma wielce wątpliwą wartość rozpoznawczą dla gruźlicy. Występuje bowiem z jednej strony u osobników niegruźliczych i to w dużym procencie (około 70 podług EISENBERG'a), z drugiej zaś strony u istotnie gruźliczych aglutynacyja występuje zaledwie w połowie przypadków (MARCHETTI 43, ROMBERG 56); stąd też w ostatnich czasach większość autorów uważa metodę aglutynacyjną w rozpoznawaniu gruźlicy za zupełnie bezwartościową. (Bliższe szczegóły znajdzie czytelnik w rozdziale o aglutynacji na str. 710 najnowszego podręcznika „Handbuch der Technik und Methodik der Immunitätsforschung“. KRAUS und LEVADITZ, tom II, 1909).

II.

Rozpoznawanie poczynającej się gruźlicy płucnej stanowi najpoważniejsze, a nieraz i najtrudniejsze zadanie lekarza praktyka; okresy bowiem wyraźnie rozwiniętej choroby w dzisiejszym stanie wiedzy bardzo rzadko stanowiąc będą dla lekarza poważniejsze trudności. Wyjątek pod tym względem przedstawiać mogą niektóre postaci tak zwanych przeze mnie skrycie przebiegających suchot płucnych, o których pokrótce z punktu widzenia rozpoznawczego wspomnieć mi jeszcze obecnie wypada. Nie będę tutaj wyliczał całego szeregu tych skrytych postaci i określał ich bliższej charakterystyki klinicznej; zostały one przeze mnie dokładnie opisane w odrębnej monografii i w moim wykładzie „Chorób dróg oddechowych“, w rozdziale, poświęconym suchotom płucnym. Wspomnę tutaj jedynie o niektórych z tych postaci, zasługujących na uwagę pod względem rozpoznawania ich zapomocą wyżej rozebranych nowoczesnych metod badania.

1) Tak zwana przeze mnie rozedmowa postać suchot płucnych (*phthisis pulm. emphysematosa*)¹⁾ stanowi sprawę o przebiegu wielce przewlekłym (całe lata, a nieraz kilkanaście lat i więcej); przedstawiając w swym długim przebiegu podmiotowo dominujące objawy duszności, a przedmiotowo cechy daleko posuniętej rozedmy płucnej, dawać może często powód do omyłek rozpoznawczych; nieraz nawet sami pacyenci, szczególnie mało inteligentni zapominają zupełnie, lub też nie uważają za właściwe nadmienić lekarzowi, że niegdyś, czasem bardzo dawno, przebywali sprawę gruźliczą, ukończoną pomyślnie, która przy odpowiednich sprzyjających okolicznościach spowodowała rozwój sprawy rozedmowej, maskującej w zupełności istniejące w szczycie płucnym stwardnienia włókniste. A jednakże nieraz po bardzo wielu latach uśpiona sprawa gruźlicza przyjmuje charakter podostry. Chorzy zaczynają marnieć w stanie ogólnym, gorączkować, a brak dokładnej znajomości tej postaci suchot daje pochop do wielce nieścisłych rozpoznań i z niemi związanej nieścisłej terapii; często bardzo chorzy kaszlą, lecz mało lub wcale nie odpluwają, a w płwocinie rzadko dają się wykrywać swoiste laseczniki KOCHA. U tej

¹⁾ Nazwa ta została powszechnie przyjęta przez autorów niemieckich (jak np. A. FRAENKEL'a, autora „Choroby dróg oddechowych“).

to kategorii osobników dokładnie zebrane wywiady i ściśle zbadanie chorego pozwoli wprawdzie na zrobienie o tyle o ile ściślego rozpoznania; jednakże dopiero drogą zastosowania reakcyi swoistej (najlepiej Calmette'owskiej) i z otrzymanego dodatniego wyniku przekonać się można doraźnie o istnieniu w płucach pokrytego rozedną ogniska gruźliczego i postawić istniejącą gorączkę i marnienie z niem w zależności. Jednem słowem, na podstawie tych wszystkich danych możemy rozpoznać ognisko gruźlicze czynne, czyto w płucach samych, czy też wtórne w innym narządzie, jak to się zdarza, np.: w kiszkach, pod postacią gruźlicy jelit, przebiegającej o bardzo nietypowych objawach klinicznych. O słuszności wyżej powiedzianego mogłem się kilkakrotnie przekonać, a ściśłość rozpoznania potwierdzić badaniem pośmiertnem.

2) O wiele mniejszą doniosłość posiadają swoiste metody przy rozpoznawaniu zwykłej postaci włóknistej suchot płucnych. Wyraźne bowiem objawy induracyjne, istniejące w jednym ze szczytów płucnych i typowe wywiady przy dokładniejszym zbadaniu chorego drogą zwykłych metod badania fizykalnego wystarczają w zupełności do ściślego określenia tej postaci suchot płucnych. Reakcyja bowiem swoista, występująca w tej kategorii przypadków, najczęściej dodatnia, niczego bliżej nie objaśnia; określa ona bowiem tylko istotę gruźliczą ogniska, bynajmniej jednakże nie może wykazać jego czynnej, czy też nieczynnej natury, co jedynie badania szczegółowe i obserwacyja kliniczna wykaże (gorączka, chudnienie i tym podobne objawy).

3) Reakcyja swoista może się często okazać bardzo doniosłym rozpoznawczym środkiem w skrytej postaci suchot, zwanej rzekomo - błednicową (*pseudo-chlorosis*), występującej u młodych dziewcząt pod pozorem upartej błednicy. Wprawdzie szereg odpowiednich właściwości tego rodzaju suchot, a szczególnie poruszenia gorączkowe, pozwolą lekarzowi już wcześniej określić tę typową postać, jednakże w wątpliwych przypadkach swoista reakcyja (PIRQUET lub CALMETTE) może potwierdzić poprzednie rozpoznanie kliniczne. Chociaż muszę się tutaj zastrzedz, o czem już wielokrotnie przed tem wspominałem, że i w tej postaci skrytej gruźlicy reakcyja swoista z początku może nie wystąpić; brak więc jej nie powinien nas zachwiać w przypuszczalnym rozpoznaniu klinicznym. *Diagnosticum* zaś swoiste powtórzyć należy po pewnym czasie (po 8-u do 10-u dniach), szczególnie jeżeli poruszenia gorączkowe, choćby nawet nieznaczne, występują stale. Widziałem w tych razach, że reakcyja swoista może wystąpić po dwukrotnem lub trzeciokrotnem jej zastosowaniu.

4) Z postaci gruźlicy płucnej o przebiegu podoстрыm na szczególną uwagę zasługuje zapalenie wysiękowe opłucnej; dołączając się do istniejącego najczęściej od dłuższego już czasu ogniska gruźliczego w płucach i wybuchając w postaci ostrej, a najczęściej podostrej, sprawia wrażenie zwykłego zapalenia opłucnej. Nie miejsce tu bliżej kreślić szczegółowo różniczkowe rozpoznanie cech, właściwych obu tym sprawom; nadmienię tylko, że w pierwszym tygodniu choroby przebieg sprawy mało się różni od zwykłego zapalenia opłucnej (z wyjątkiem wywiadów: skryty początek, krwioplucie, usposobienie dziedziczne i t. p.); po tym terminie nieprawidłowy typ gorączki (mocne zwolnienia ranne), poty, suchy kaszelek i brak poczynającego się wchłaniania wysięku winny zwrócić baczną uwagę lekarza na możliwość gruźliczej natury i w ogóle tła gruźliczego całej sprawy. Wprawdzie posiadamy w tej kategorii przypadków cały szereg metod, pozwalających nam z mniejszą lub większą ścisłością poznać gruźliczą naturę wysięku (tak zwana cytodyagnostyka, badanie wysięku metodą Jousset'a, a wreszcie szczepienie płynu zwierzęciu). Metody te jednakże jedne nie są zupełnie ścisłe (cytodyagnostyka), inne (jak Jousset'a) niezawsze wypadają dodatnio, wymagając przytem aspiracyi wysięku; wreszcie najpozytywniejsza, t. j. szczepienie zwierzęciu, wymaga kilku tygodni czasu, aby wynik mógł być ściśle miarodajnym. Teto ujemne okoliczności wspomnianych metod winny zachęcić lekarza w każdym przypadku surowiczego zapalenia opłucnej, przyjmującym w dalszym przebiegu nietypowy charakter, do zastosowania swoistej metody rozpoznawczej, a wynik istotnie potwierdzi przypuszczenie kliniczne rozwoju sprawy o ciężkim charakterze, o całe niebo różniaczej się co do rokowania od zwykłego zapalenia opłucnej.

5) To samo mniej więcej można powiedzieć o tak zwanej podostrej gruźlicy płuc, przebiegającej pod postacią zwykłego płatowego zapalenia płuc (*tuberculosis pl.n. subcuta psudlobulvis*). Nie typowo przebiegające, pozornie zwykłe zapalenie, nie ulegające w końcu pierwszego tygodnia normalnemu rozejściu się, przeciwnie dalsze trwanie gorączki o typie nieprawidłowym, powtarzające się dreszcze i poty nocne, brak charakterystycznej plwociny i innych cech, właściwych ostremu włóknikowemu zapaleniu płuc, winny w końcu drugiego tygodnia przy ujemnym wyniku badania plwociny na laseczniki pobudzić lekarza do zastosowania również w tej kategorii przypadków swoistych metod rozpoznawczych.

6) Aczkolwiek ubocznie, bo już nie w bezpośrednim związku z zakreślonym przez nas tematem, wspomnieć jeszcze winienem, że metody dyagnostyki swoistej winny znaleźć szerokie zastosowanie w praktyce dziecięcej, w przypadkach ostrych, a bardziej jeszcze podostrych ogniskowych zapaleń płuc (*bronchopneumonia*), będących następstwem ostrych chorób zakaźnych (odra, influenza, koklusz, i t. p.), które u dzieci wątłych, zwłaszcza do gruźlicy usposobionych, często przechodzą w zapalenia gruźlicze. W tych przypadkach, jak stwierdziła bardzo rozległa kazuistyka, metody rozpoznawcze skórne (PIRQUET'a) szybko rozstrzygnąć mogą wątpliwe rozpoznanie. To samo można powiedzieć o gruźliczem zajęciu gruczołów okołoskrzelowych u dzieci (tak zwana *tracheopathia gland. tbc.*) z towarzyszącą tej sprawie, jako jedyny objaw, trwającą nieraz całe miesiące, nietypową i nieznaczną gorączką, stanowiącą niekiedy, w początku rozwoju, cierpienie natury zagadkowej, brane za zimnicę, zwykłą gorączkę gruczołową, (t. z. *Drüsen-Fieber* autorów niemieckich), a nawet gorączkę normalną, towarzyszącą szybkiemu wzrostowi dziecka (t. z. *fièvre de croissance* autorów francuskich). W tych przypadkach reakcja dodatnia metody swoistej od razu wyświeśla ciemną sprawę ściślej, aniżeli zalecane w tym celu w ostatnich czasach badanie promieniami, ROENTGEN'a, które najczęściej w tym kierunku daje wyniki nie zupełnie dokładne; ujawnione bowiem podczas prześwietlenia powiększone gruczoły bynajmniej nie dają żadnych wskazówek że powiększone gruczoły uległy sprawie gruźliczej i że wogóle gorączka ma źródło w powiększonych gruczołach.

III.

Wypada mi obecnie w krótkości krytycznie zestawić Sz. Panom nowoczesne metody leczenia gruźlicy płucnej. O ile wszakże, jak widzieliśmy wyżej, dyagnostyka gruźlicy zrobiła w ostatnich czasach istotne postępy, to niestety o terapii można właściwie powiedzieć rzecz wręcz przeciwną; leczenie gruźlicy, ta najistotniejsza i cierpiącą ludzkość najbardziej trapiąca sprawa, nie tylko nie zrobiła postępu, nie wykryto, ani podano w ostatnich czasach istotnie pożytecznej nowej metody leczniczej, lecz przeciwnie, wstąpiliśmy w okres prawdziwego chaosu; dawniejsze metody, i słusznie, uległy odpowiedniej krytyce, natomiast wkręczyliśmy w dziedzinę bezmyślnej, rzekomo swoistej polifarmaceutycznej

terapii, której podstawę stanowi bezkrytyczna obserwacja, a co gorzej jeszcze, handlowo-przemysłowa tendencja.

Rozpocznam przedewszystkiem od tego ostatniego smutnego zwrotu. W ostatnich latach powstała tak wielką liczba środków lekarskich, jakoby skutecznie leczących gruźlicę, że trudno dziś nawet zapamiętać dokładnie ich nazwy, najczęściej fantazyjne, obliczone na gazetarską reklamę i pokup ich wprost przez publikę, z pominięciem przepisu lekarskiego. Wszystkie te środki, których nawet nie uważam za właściwe wyliczać, po dłuższem i krytycznem ich użyciu w szpitalach i klinikach okazały się zupełnie bezskutecznymi, przynosząc jedynie korzyść ich wytwórcom, najczęściej nie lekarzowi, jeśli je odpowiednio i szeroko reklamować potrafili.

Słusznie też znany publicysta PENZOLDT, w ostatniem wydaniu swojego wybornego podręcznika farmakologii, ostrzega ogół lekarzy przed szkodą, jaką przynosi bezkrytyczne polecanie owych nieściśle lub wcale naukowo nie wyprobowanych przetworów przemysłu chemicznego. Najlepszym środkiem przeciwdziałania ze strony lekarzy będzie stanowcze usuwanie się od polecenia tych leków, dopóki nie zostaną w odpowiednich pracach naukowych należycie ocenione z punktu widzenia krytyki lekarskiej. Zdanie PENZOLDT'a uważam pod każdym względem za słuszne, gdyż od dawna hołdując tej zasadzie, unikam polecenia chorym owych licznych leków; ilekroć stosowałem je (nie w praktyce prywatnej, gdzie działa przedewszystkiem suggestya, lecz w praktyce szpitalnej), zawsze po dłuższej obserwacji najbardziej renomowanych leków, nasyłanych mi masami z fabryk zagranicznych i krajowych, otrzymywałem wyniki jedynie ujemne, a często nawet poboczne szkodliwe działanie (najczęściej na kanał pokarmowy). Nowoczesna więc nasza terapia nie została wzbogacona ani jednym środkiem, istotnie korzystnie na gruźlicę działającym. Pozostają nam w dalszym ciągu jedynie leki objawowe, uprzednio dobrze wypróbowane, wśród których przetwory makowca, chinina, salol, środki balsamiczne (eukaliptus, balsam peruwiański), środki gorzkie: arsenik i t. p. i nadal z korzyścią mogą być chorym zalecane.

Metoda higieniczna odyetyczna, sanatoryjna, a właściwiej od jej twórcy Bremerowską zwana, szczególnie w ostatnich dziesiątkach lat przez zbudowanie niemal we wszystkich krajach Europy bardzo licznych sanatoryjów, przeznaczonych dla ludności biednej lub fabrycznej (sanatoria ludowe) lub też sanatoryjów prywatnych, urządzonych w górach, na równinach, lub

nad morzem, zdawała się poniekąd urzeczywistniać ten piękny cel wyleczania suchot. Wprawdzie droga, prowadząca ku temu, okazała się w praktyce długą i skomplikowaną, a przede wszystkim wielce kosztowną. Otrzymane jednak wyniki były wprost zdumiewające, bo dały około 80% wyleczeń lub znakomitej poprawy poczynających się okresów gruźlicy; z tej liczby przeszło połowa chorych odzyskiwała zdolność do pracy stałą lub na przeciąg szeregu lat (5 do 6). Pomimo więc wielkiej kosztowności tej metody, zaczęto wszędzie ją propagować; samo społeczeństwo niemieckie wydało setki milionów marek na sanatoria, gdyż widziano w nich stanowczy ratunek społeczeństwa przed tą straszną plagą ludzkości. Niestety jednakże, surowa i bezstronna krytyka rozwiła powoli owe świetne illuzye. Niezmiernie ciekawe, a zarazem ważne dane w tej sprawie zawarte są w pracy dra M. TURNAU'a p. t. „Statistik der Dauerfolge aus der Heilstätte Heiligenschwendi bei Thun“; z pracy, opartej na dalszych losach prawie 4-ch tysięcy chorych, leczonych w tem sanatorjum ludowem, wynika, że przeciętna długość życia chorych wynosiła w I-m okresie lat 10, w II—5, w III zaledwie 2 lata. Co się tyczy zdolności do pracy, to przeszło połowa chorych z I i II okresu była w ciągu lat sześciu zdolna do pracy ¹⁾). Metoda sanatoryjna okazała się wysoce skuteczną jedynie u chorych z poczynającą się chorobą, najczęściej nie gorączkujących, a przede wszystkim u takich, u których istnieje normalna skłonność do zatrzymania się sprawy gruźliczej w rozwoju; nowoczesne bowiem badania anatomo-patologiczne wykazały, że przeszło 80% wszystkich zmarłych osobników zapada w pewnym okresie życia na sprawę gruźliczą, gojącą się samodzielnie, a jedynie stosunkowo tylko niewielki procent—8 do 12% umiera na tę chorobę. Do sanatoryjów więc dostają się przede wszystkim te osobniki, które nie uległy od razu złośliwemu zakażeniu lub też były nań mocno odporne, a stąd owe wyniki pozornie świetnej statystyki, której codzienna obserwacja lekarska i statystyki śmiertelności z suchot wyraźny kłam zadawały.

I stanęliśmy nareszcie wobec niesłychanie trudnego zagadnienia, co robić dalej? czy kroczyć ciągle w błędnem zaczarowanym kole, czy zerwać z tradycją i szukać dróg nowych? I z wielką słusnością wzięto się do badań gruntownych nad etyologią gruźlicy w kierunku społecznym, doszedłszy niebawem do wniosku

¹⁾ Zeitschrift für Tuberkulose. 1909 t. XV.

prostego i jasnego, że nie leczenie, lecz zapobieganie chorobie stanowi i stanowić winno w przyszłości podstawową akcję społeczną w walce z gruźlicą. Przekonano się najdokładniej, że wszędzie tam, gdzie wprowadzono wielkie społeczne reformy, nie tylko w dziedzinie higieny, lecz i w poprawie bytu najbiedniejszych warstw społeczeństwa, co urzeczywistnione zostało od kilku dziesiątków lat w Anglii, a w ciągu dwóch ostatnich dziesiątków lat w Niemczech, tam wszędzie zmniejszała się śmiertelność ogólna, a z nią ściśle szedł w parze spadek śmiertelności z gruźlicy płucnej ¹⁾. Ten jednakże najistotniejszy sposób walki z gruźlicą nie tylko na zachodzie, lecz jeszcze bardziej u nas stanowi drogę niesłychanie powolną, wymagającą wielkiej ofiarności rządów i społeczeństw, której jedynie wielkie przemiany społeczne dokonać mogą. Tymczasem pozostaje nam w dzisiejszym stanie wiedzy to, co w danym razie daje względnie najlepsze wyniki, a więc: leczenie sanatoryjne, propagowanie i popieranie przede wszystkim krajowych zakładów, popieranie towarzystw przeciwgruźliczych i przy nich zorganizowanych przychodni dla racjonalnego leczenia i szerzenia profilaktyki gruźlicy, popieranie instytucji, zajmujących się wychowaniem fizycznym i higieną wieku dziecięcego (kolonie letnie, ogródki, zabawy dziecięce, instytuty higieny dziecięcej itp.), a wreszcie praca usilna w pracowniach naukowych i klinicznych, dążąca do osiągnięcia dotychczas nierozwiązanego problemu leczenia i powstrzymywania już rozwiniętej gruźlicy płuc. Zadanie to niesłychanie trudne. Poznawszy bowiem ściśle na drodze badań naukowych biologię lasecznika gruźliczego i rozwój sztucznej gruźlicy u zwierząt, dalecy jeszcze jesteśmy od dokładnego poznania istotnych warunków rozwoju sprawy gruźliczej u człowieka, a przede wszystkim tego podstawowego postulatu, który stanowić będzie kamień węgielny w kierunku leczniczej działalności, to jest, dlaczego i jakie są warunki rozwoju w organizmie ludzkim sprawy gojenia się gruźlicy, sprawy powstawania tak zwanych włóknistych postaci suchot, kwestyi, dlaczego nieraz wśród najlepszych warunków życiowych i pozornie wyborczego organizmu zarazek gruźliczy wywołuje fatalną, niczem powstrzymać się nie dającą chorobę, gdy u innych osobników, żyjących nieraz w najgorszych warunkach społecznych, w organizmach wą-

¹⁾ Bliższe dane w tej sprawie są zawarte w moich pracach, ogłoszonych pod tytułem: Szerzenie się i zwalozanie gruźlicy. (Przegląd Lekarski 1907), oraz Walka z gruźlicą u nas (Czasopismo Gruźlica 1909 r. Nr. I).

tłych, sprawa przyjmuje łagodny charakter i kończy się pomyślnie. Te są wielkie zagadnienia przyszłościowe, a prace laboratoryjne, prowadzone w tym kierunku, muszą iść bezwarunkowo ręką w rękę ze spostrzeżeniami klinicznymi nad człowiekiem, aby dojść w przyszłości do rozwiązania tych wielkich, nie tylko z terapeutycznego, lecz ogólnie społecznego względu, pytań.

Słusznie też w ciągu ostatnich lat wzięto się szczególnie w Niemczech i Anglii ponownie do poszukiwań nad lekami swoistymi dla gruźlicy, przedewszystkiem poddając ścisłej rewizji klinicznej i naukowej działanie przetworów tuberkuliny KOCHA drogą tak zwanego czynnego, lub biernego uodporniania organizmu chorych, dotkniętych gruźlicą. Pierwszą drogą staramy się przez wprowadzenie do organizmu toksyn gruźliczych w bardzo małej ilości pobudzić sam organizm gruźliczy do wytworzenia przeciwtrucizn (*Antikoerper*), w drugiej kategorii, to jest przy uodpornianiu biernem dostarczamy choremu już wyrobionych w innym organizmie (zwierzęcy) gotowych przeciwtrutek. Nie mogę wdawać się tutaj w szczegółowy rozbiór teorii działania na organizm tuberkulin. Wszystkie stanowią dziś jeszcze mniej lub więcej udalnie obmyślane teoretyczne hipotezy, żadna z nich nie wyjaśnia w zupełności sprawy uodporniania organizmu w gruźlicy. Nie czyni tego ani tak zwana allergia PIRQUET'a, ani teoria lizin WOLFF EJSNER'a, ani teoria antytoksyczna SAHLI'ego opsoniczna WHRIGHT'a, WASSERMANN'a i t. d.. Z drugiej zaś strony doświadczenie kliniczne, oparte już na bardzo szerokiem stosowaniu różnorodnych tuberkulin, szczególnie w niemieckich zakładach leczniczych, nie daje nam jeszcze do tej pory ścisłych danych, na których oprzeć moglibyśmy stanowcze wnioski o ich istotnej skutecznej działalności głównie z dwóch następujących powodów:

1) Tuberkulinę KOCHA szczególnie stosuje się szeroko w niemieckich sanatoryach ludowych u chorych przeważnie w początkujących się okresach choroby i to pod warunkiem, że nie gorączkują wcale, a przynajmniej bardzo nieznacznie. Otóż ta kategoria chorych, jak to już wyżej wzmiankowałem, stanowi przypadki, które przy dobrych warunkach, w jakich znajdują się ci chorzy w sanatoryach, same przez się i bez tuberkuliny dawały i dają doskonałe wyniki lecznicze. Wprawdzie lekarze niemieccy, stosują leczenie tuberkuliną i dalej u tychże chorych po wyjściu z sanatorium przez całe miesiące, a nawet i lata, przypisując temu leczeniu dalszy pomyślny stan zdrowia chorych. Jednakże i w tych przypadkach trudno jest ostatecznie orzec, czy i o ile tuberkulina

sama przez się przyczyniła się do dalszej poprawy, osiągniętej przez chorych przede wszystkim przez dłuższy pobyt w sanatoryjach. Główni zwolennicy leczenia tuberkuliną KOCHA [PETRUSCHKY, BANDELIER, ROEPKE i inni] na podstawie dużego materiału sanatoryjnego tak są przekonani o skutecznym wpływie tego rodzaju leczenia, że w nim uważają niemal za rozwiązana sprawę leczenia swoistego gruźlicy, podając bardzo szczegółowe przepisy metodyki tej terapii, rozłożonej na etapy, całe miesiące, nawet i lata trwające; inni jednakże autorowie niemieccy, również lekarze sanatoryjni [SCHROEDER i inni] w ostatnich czasach wypowiadają zdanie wręcz przeciwne, twierdząc, że i bez tuberkuliny, przy leczeniu czysto sanatoryjnym i następczym zachowaniu się higieniczno-dyetycznym można osiągnąć w odpowiedniej kategorii przypadków podobnie pomyślne wyniki, popierając swe twierdzenia również danymi statystycznymi. Toż samo mniej więcej zapatrywanie wypowiedział nasz znany na polu walki z gruźlicą autor DŁUSKI ¹⁾).

2) Tuberkulina KOCHA, pomimo wszelkiej ostrożności wywołuje zawsze ze strony organizmu większą lub mniejszą reakcję, której stopnia nigdy z góry naprzód oznaczyć nie możemy (gorączka, klucie w boku, ogólne rozbitcie i osłabienie, duszący kaszel, a nawet napady zapaści itp.). Objawy te, niezbyt znowu rzadko spostrzegane przy stosowaniu tuberkuliny, były przyczyną zniechęcenia się lekarzy do jej szerszego użycia, szczególnie w praktyce ambulatoryjnej. Ja sam z powyższych względów nie miałem nigdy odwagi stosować tuberkuliny KOCHA u moich chorych w prywatnej lub szpitalnej praktyce. Natomiast spostrzegałem znaczną liczbę chorych, którzy byli leczeni mniej lub więcej długo tą tuberkuliną w różnych sanatoryjach niemieckich lub szwajcarskich. Jedni z tych chorych poprawiali się mniej lub więcej znacznie, trudno jednakże ocenić ściśle, czy poprawa ta zależała od stosowania tuberkuliny, czy też należy ją kłaść na karb leczenia klimatyczno-sanatoryjnego. Natomiast inna kategoria chorych, poddana temuż leczeniu, powracała bez poprawy lub nawet z pogorszeniem swego stanu zdrowia; byli nawet tacy, i to chorzy zupełnie wiarogodni, którzy stanowczo przypisywali tuberkulinie pogorszenie swego zdrowia; jak utrzymywali, dopiero

¹⁾ W ciekawej pracy DŁUSKIEGO „O leczeniu tuberkuliną“, Przegląd Lekarski 1907, znajdzie czytelnik zarys historyczny i szczegółową metodykę leczenia tuberkuliną KOCHA.

z chwilą rozpoczęcia wstrzykiwań stan ich, poprzednio względnie dobry, zaczął się stopniowo pogarszać (zaczęli gorączkować, bardziej kaszlać i wogóle podupadać), a pogorszenie to postępowało dalej, pomimo zaprzestania leczenia tuberkuliną.

Dlatego też, i słusznie, w ostatnich latach lekarze, mający przekonanie do swoistego działania tuberkuliny, wierzący, że tą drogą da się w przyszłości osiągnąć istotnie pozytywne wyniki w leczeniu gruźlicy płucnej, starali się wytworzyć nowe przetwory tuberkuliny, które, nie posiadając wyższych stopni toksyczności, mogły być stosowane u chorych gruźliczych bez wywoływania u nich wyżej opisanych reakcji. Dążenia w tym kierunku doprowadziły do wytworzenia bardzo licznych, mniej lub więcej szczęśliwie pomyślanych środków, jak np. neotuberkuliny KOCHA, tuberkuliny DENYSA, tuberkulolu LANDMANN'a, tuberkuliny BERANECK'a, JACOB'a z Brukselli, bowotuberkuliny SPENGLER'a, stanowiącej preparat, otrzymany z laseczników gruźlicy bydłowej i ludzkiej itp.. Ze stosowania klinicznego wszystkich powyższych przetworów istnieją liczne, lecz bardzo sprzeczne co do ich skuteczności sprawozdania lekarskie. Największe rozpowszechnienie zyskała w ostatnich latach tuberkulina BERANECK'a, pozbawiona niemal w zupełności szkodliwie działających na ustrój ludzki substancji toksycznych. I rzeczywiście, nie wywołuje ona żadnych ubocznych reakcji. Ma ona według SAHLI'ego, wielkiego jej zwolennika, wywoływać stopniowo uodpornianie przez pobudzenie organizmu do coraz obfitszego wytwarzania swoich własnych odtrutek (*Antikörper*). Leczenie to, rozpoczynające się bardzo małymi dawkami, stopniowo i powoli zwiększającymi się, ciągnąć się winno całe miesiące, a nawet lata, dopóki nie nastąpi zupełne zatrzymanie się w rozwoju sprawy gruźliczej. Z tego też ostatniego względu wynikają trudności w ocenie istotnych wyników leczniczych tym przetworem. W każdym razie wiarogodni autorowie, jak SAHLI, BAUER, z wysokim uznaniem odzywają się o tuberkulinie BERANECK'a, inni jednakże nie przypisują jej jakichś wybitniejszych własności leczniczych. Ja sam badałem sporo chorych, którym stosowany był ów przetwór wedle ścisłych wskazówek SAHLI'ego, w sanatorium w Otwocku z mojej porady w ciągu dwóch lat ostatnich. Otóż w przypadkach cokolwiek dalej rozwiniętej gruźlicy wynik był zupełnie ujemny, szczególnie tam, gdzie istniała nawet niewysoka gorączka. W przypadkach lżejszych wynik bywał dodatni; lecz u tej kategorii chorych, jak już wielokrotnie wzmiankowałem, ocena krytyczna jest trudna, o ile

istotnie lekowi temu, a nie sanatoryjnemu leczeniu poprawę przypisać należało. DŁUSKI stosował ją w sanatorium w Zakopanem u 61 chorych, poczynając od dawek większych, niż SAHLI (tj. nie $\frac{1}{10}$ miligr., lecz $\frac{2}{10}$ do $\frac{3}{10}$ milig., nie spostrzegając przytem żadnych powikłań. Poprawę uzyskał w 16-u przypadkach; nie wypowiada się jednakże kategorycznie, o ile poprawę tę przypisać należy leczeniu sanatoryjnemu, czy też tuberkulinie. Przytacza jednakże przypadek ciężkiej postaci gruźlicy płuc i krtani, nie ustępującej przy zwykłym leczeniu sanatoryjnym; dopiero po zastosowaniu jednocześnie tuberkuliny BERANECK'a nastąpiła znaczna poprawa. Inni autorowie opisują podobne przypadki, co razem wzięte zachęca do szerszego stosowania tego przetworu, którego swoistość nie ulega najmniejszej wątpliwości, a który posiada dwie wielkie dodatnie dla chorych właściwości: 1) że jest przetworem, nie powodującym żadnych ubocznych szkodliwych wpływów na organizm, 2) jest przetworem bardzo tanim, łatwym w zastosowaniu nawet w praktyce ambulatoryjnej. To samo można powiedzieć o tuberkulinie JACOB'a z Brukselli, którą od pewnego czasu stosuję u moich chorych szpitalnych; przetwór ten nie wywołuje żadnej reakcji i przez chorych jest dobrze znoszony; dotychczas w kilku przypadkach metodycznego stosowania jego na moim oddziale przy stałej kontroli wskaźnika opsonicznego metodą WRIGHT'a, wyniki wypadły wcale niezłe, pomimo że chorzy przedstawiali zmiany gruźlicze dość rozległe i gorączkowali niewysoko, u jednego z nich stan ogólny znacznie się poprawił, kaszel się zmniejszył, ilość rzężeń w szczytach znacznie się ograniczyła; wskaźnik opsoniczny stale wzrastał. Naturalnie, tylko dalsza obserwacja na większym materiale może wykazać istotną swoistą wartość tego przetworu i jego wyższość nad innymi. Do ujemnych cech tuberkuliny JACOB'a zaliczyć można jedynie dotychczas wysoką jej cenę (jedno wstrzyknięcie kosztuje 2 franki).

O przetworze SPENGLER'a (bowotuberkulina) trudno coś stanowczego orzec, pomimo pochwał, jakie mu autor i jego zwolennicy oddają, tem bardziej, że teoria na której opiera SPENGLER działanie swego przetworu, tj. że zakażenie gruźlicze u człowieka stanowi infekcję mieszaną lasecznika ludzkiego i bydłęcego, bynajmniej nie jest tymczasem stwierdzona naukowo.

Wszystkie powyżej opisane rodzaje tuberkulin stosowane są u chorych pod postacią wstrzykiwań podskórnych, którą to drogą jedynie można skutecznie ścisłe dawkowanie i mieć pewność, że środek w całości dostał się do organizmu. Oprócz podskórnego

stosowania, polecano również użycie tuberkuliny w formie lawatyw, wziewania, jako też wewnątrznie, drogą kanału pokarmowego, pod postacią różnych kapsulek (Tuberoidekapseln, Phthysoremid itp.). Działanie tuberkulin drogą pokarmową jest wielce wątpliwe, ściśle bowiem badania laboratoryjne wykazały, że tuberkulina, podobnie jak jad błoniczy, tężcowy i inne, dostawszy się do kanału pokarmowego, zostaje zupełnie pozbawioną swych swoistych właściwości; jak bowiem twierdzi RAMSON, toksalbuminy niezmiernie powoli przechodzą przez nabłonek kanału pokarmowego, a więc powoli tracą swoje toksyczne właściwości, większość zaś przetworu wydała się zupełnie niezmienną na zewnątrz z kałem. Jedynie tam, gdzie nabłonek kanału pokarmowego jest gdziekolwiek uszkodzony, tuberkulina może tą drogą wywołać swoje pełne działanie. Wreszcie same soki trawienne częściowo rozkładają i osłabiają jej działanie.

Że poglądy te są słuszne mogłem się przekonać osobiście, stosując chorym surowicę MARMORKA drogą wlewań kiszkiowych i podskórnie. Kiedy bowiem przy pierwszym sposobie użycia występowała reakcja tylko wyjątkowo i to w bardzo słabym stopniu, przeciwnie, przy zastrzyknięciu podskórnej tej samej, a nawet połowy dawki, użytej do wlewań, występował stale odczyn nieraz nawet bardzo gwałtowny i długo trwający. Stąd też i użycie wewnętrzne tych najróżnorodniejszych przetworów, pomimo że ich użycia bronią niektórzy autorowie, jak np. w ostatnich czasach MITTULESCU, jest zupełnie bezpożyteczne, narażając chorych na stratę pieniężną, gdyż i za tę kategorię specyfików każą sobie fabrykanci płacić drogo, aby pokryć koszty szerokich reklam gazetarskich. Do tej kategorii środków zaliczyć należy także i wewnętrzne stosowanie tuberkuliny w połączeniu z różnymi innymi środkami, jak: eukaliptus, atoksyl itp.. O zalecanych w ostatnich czasach, jakoby w tym kierunku korzystnie działających na gruźlicę, a wielce skomplikowanych pigułkach i wstrzykiwaniach doktora KROKIEWICZA z Krakowa odzywa się bardzo kompetentny autor SCHROEDER w następujący sposób: „Ze względu na oryginalność i wielostronność pomysłu, robi ten przepis wielki zaszczyt jego wynalazcy, niestety jednakże nie posuwa naprzód sprawy swoistego leczenia gruźlicy, przeciwnie prędzej je mocno zdyskredytować może”¹⁾.

¹⁾ Zeitschrift für Tuberkulose t. 14, str. 510.

O leczeniu gruźlicy płuc zapomocą uodporniania biernego, polegającego, jak wiadomo, na tem, że dostarcza się organizmowi gruźliczemu już gotowych ciał ochronnych, otrzymanych z surowicy krwi zwierząt, które uprzednio poddane były metodycznemu szczepieniu zarazkiem gruźliczym, posiadamy literaturę niezwykle obszerną. Badaniom w tym kierunku poświęcili swe siły pierwszorzędni współcześni uczeni, jak: KOCH, NENCKI, BEHRING, COLLIN, MARAGLIANO, FERRAN, BABES, MARMOREK i bardzo wielu innych. Nie będę tu więc szczegółowo rozbiarał tych prac, przekroczyłoby to bowiem znacznie zakres niniejszego tematu. Wspomnę tylko, że użycie tuberkulin, to jest metoda czynna, wyrugowała w ostatnich czasach niemal zupełnie użycie surowic. Z licznej kategorii tego rodzaju surowic tak zwana surowica MARAGLIANO, stosowana bardzo szeroko we Włoszech i innych krajach, mimo niezwykle dodatnich wyników, ogłaszanych przez jej wynalazcę i wielu innych, szczególnie włoskich autorów, w rezultacie poszła w zapomnienie, nie usprawiedliwiwszy bynajmniej położonego w niej zaufania. Co się tyczy wreszcie surowicy MARMORKA, bardzo polecanej w ciągu kilku lat ostatnich, to akta jej niezupełnie zostały zamknięte. O wynikach jej stosowania, opartego na bardzo szerokiem doświadczeniu licznych autorów we wszystkich niemal większych klinikach i szpitalach europejskich, istnieje wiele spostrzeżeń i sprzecznych zapatrywań. Okazała się ona przeważnie skuteczną w gruźlicy chirurgicznej, natomiast mniej pożyteczną w gruźlicy płucnej, chociaż i w tem cierpieniu niektórzy, a głównie szwedzcy autorowie mieli otrzymać wyniki bardzo dodatnie. Moje osobiste doświadczenie, oparte na niezbyt obszernym materiale, który ogłosiłem szczegółowo w roku zeszłym, nie wypadło bardzo korzystnie, aczkolwiek nie mogę zaprzeczyć, że w pewnych przypadkach gruźlicy, nawet dalej posuniętej, osiągnięta została pewna stanowcza poprawa. Wadę surowicy MARMORKA stanowi to, że stosowanie jej podskórne wywołuje często silną reakcję. Stosowanie zaś jej przez odbytnicę jest zabiegiem wielce kłopotliwym w praktyce i wątpliwej wartości. W każdym razie surowica MARMORKA, jako niezwykle pomysłowo obmyślana, zasługuje jeszcze na uwagę i pod tym względem, że jedna z jej modyfikacji jest jednocześnie skombinowana z wielowartościową surowicą streptokokową, dzięki czemu można ją stosować nawet w dalej posuniętych okresach gruźlicy płucnej z gorączką heptyczną, zależną od wtórnego streptokokowego zakażenia. Jakkolwiek więc dotychczasowe wyniki ze stosowania surowicy MAR-

MORKA w tym kierunku nie usprawiedliwiły nadziei, pokładanej przez jej twórcę, to być może, iż dalsze ulepszanie surowicy przez bardzo pomysłowego i wielce kompetentnego w tej dziedzinie doktora MARMORKA! da w przyszłości wyniki pomyślniejsze; w każdym razie zainteresowanie, trwające dotychczas, surowicą MARMORKA w świecie lekarskim, entuzjazm z jednej strony, a niekorzystne sprawozdania z drugiej przemawiają za tem, że przetwór ten posiada pewną swoistość, a poniekąd i wartość.

Kończąc na tem punkt, dotyczący leczenia swoistego gruźlicy drogą tuberkulin i surowic, po zestawieniu dotychczasowych wyników, przyznać muszę, że leczenie tą drogą gruźlicy płucnej, a szczególnie postaci poczynających się, zdaje się przedstawiać pewne szanse rozwiązania tego niezwykle zawilego problemu. Dziś jednakże jesteśmy z jednej strony w okresie zbierania odpowiedniego materiału, który posłużyć może, przy bardzo obszernem i krytycznem jego oświetleniu, do wypowiedzenia pewnego orzeczenia o wartości tych różnych przetworów, z drugiej zaś stale prowadzone są liczne i bardzo sumienne badania laboratoryjne, dążące do modyfikacji, poprawy, lub wytworzenia nowych, w tym kierunku idących środków. Akta więc tej sprawy nie są zamknięte. Drogi jednakże do uzyskania istotnego, a pomyślnego wyniku w tym kierunku, jeśli nie uprzedzi ich, jak to często bywa w medycynie ślepy traf wynalazcy, są bardzo i bardzo zrudne i powolne; praca to całych pokoleń, dla cierpiącej zaś ludzkości bardzo pilna, jak również i dla lekarza, będącego świadkiem tych heroicznych, a najczęściej bezskutecznych zapasów ustroju z straszną chorobą. Nie dziwny się więc, panowie, że tak łatwo już nie tylko wśród cierpiącej ludzkości, ale i wśród lekarzy znajdują wiare wieści o nowych wynalazkach i lekach w tym kierunku. Dla lekarzy przynajmniej jest to okoliczność łagodząca przy poleceniu reklamowanych leków. Winniśmy jednakże stać stale na stanowisku krytycznem, a nawet, poniekąd zmuszeni będąc nieraz przez trudne okoliczności życiowe do ich stosowania, trzymać się winniśmy zasady HIPPOKRATESA „πρωτον τὸ μὴ βλάπτειν” — przedewszystkiem nie szkodzić choremu!

Na zakończenie rozdziału o najnowszych kierunkach terapii gruźlicy płucnej winien jestem jeszcze rozpatrzyć pokrótce dążenia medycyny nowoczesnej w kierunku czysto chirurgicznego leczenia tej sprawy. Dążenia w tym kierunku bynajmniej nie są nowe, datują dziesiątki lat. W ostatnim jednakże dziesięcioleciu podane zostały pewne nowe metody, rozszerzające znacznie

dawniejsze wskazania, na podstawie zaś nowego materiału poddano całkowitej rewizji omawianą kwestyę (w naszym piśmiennictwie szczegółowo omówił tę sprawę dr. FR. KIJEWSKI w pracy pod tytułem: „O wycinaniu płuc”¹⁾).

KAREWSKI z Berlina w pracy niedawno ogłoszonej²⁾ reasumując wogóle bardzo mizerne wyniki cudze i własne, tak zwanej ścisłej chirurgii płucnej, to jest radykalnego usuwania gruźliczo-zmienionych szczytów lub otwierania i leczenia chirurgicznego jam gruźliczych (to jest zamienienia ognisk gruźliczych na zwykle ropne ogniska), dochodzi do wniosku, że tego rodzaju operacyjne zabiegi dają tak smutne wyniki, mimo zastosowania najnowszych postępów techniki chirurgicznej, iż winny być najlepiej zaniechane zupełnie, a natomiast w odpowiednich przypadkach zastąpione przez pewne inne chirurgiczne metody, mające jednakże bardziej charakter metod zapobiegawczych, paliatywnych. Do nich zaliczyć należy: 1) Metodę FREUND'a, polegającą na wytworzeniu sztucznego stawu (*pseudoarthrosis*) w miejscu pierwszej skróconej i przedwcześnie skostniałej chrząstki pierwszej żebra. Ścisłe przeprowadzone badania anatomo - patologiczne FREUND'a i dalej HANSEMANN'a, HARDT'a, a poprzednio BIRCH-HIRSCHFELD'a i innych, doprowadziły FREUND'a do wniosku, że istotną przyczyną osiedlania się lasecznika gruźliczego w szczytach płucnych z rozwojem następczym sprawy gruźliczej tamże, jest owa sztucznie wytworzona wąskość górnego otworu klatki piersiowej, uniemożliwiająca głębokie oddychanie, dobrą wentylację szczytów, utrudniająca tem samem usunięcie laseczników z pęcherzyków płucnych. Wychodząc więc z tego teoretycznego punktu widzenia, FREUND zalecił wykonanie powyższej operacji już nie tylko w celu zapobiegawczym (co zdawałoby się jeszcze mieć pewną rację bytu), ale nawet w poczynających się okresach gruźlicy płucnej. I w samej rzeczy, chirurgowie niemieccy (KAUSCH i SEIDEL) wykonali kilka podobnych bardzo ciężkich zabiegów chirurgicznych w szybko postępującej gruźlicy szczytu płucnego jakoby z bardzo dodatnim wynikiem u jednego z 5-ciu tą drogą operowanych chorych. Słuszną jednakże pod każdym względem robi KAREWSKI odnośnie do tej ciężkiej operacji uwagę, że może ona być wskazaną jedynie w tych przypadkach poczynającej się gruźlicy płuc, w których wszelka inna nowoczesna terapia, tak dobre wyniki dająca w poczynających się okresach gruźlicy płucnej, za-

¹⁾ Pamiętn. Warsz. Tow. Lek., 1902 r.

²⁾ Zeitschr. f. Tuberk. t. 14, z. 7.

wiodła w zupełności; przytem chirurg winien być pewnym, że szczyt drugiego płuca nie jest dotknięty sprawą gruźliczą. Wynika więc stąd, że istotne wskazania do tego ciężkiego zabiegu mogą być chyba tylko w wyjątkowo rzadkich przypadkach urzeczywistnione. Bo co się tyczy możności wykonania tego rękożynu przy obecności jedynie usposobienia do suchot, to wątpię bardzo, czy znalazłby się lekarz sumienny, który miałby odwagę namówić poniekąd zdrowego człowieka do poddania się operacji, aby uprzędzić u niego w przyszłości rozwój sprawy gruźliczej.

2) Metoda rezekcyi kilku lub więcej nawet żeber, proponowana pierwotnie przez QUINCKE'go, a następnie w czyn wprowadzona przez LENHARZ'a GARRE'go i innych, zalecana bywa w przypadkach jednostronnej, daleko posuniętej rozpadowej gruźlicy płucnej z tendencją do zabliznienia, gdzie jednakże mało podatne żebra nie zakłesają się odpowiednio, a przez to uniemożliwiają ostateczne zabliznienie. Zabieg ten również wykonywany był z powodu ropnych wysięków opłucnej pochodzenia gruźliczego, przebijających się samodzielnie na zewnątrz klatki piersiowej. Oba te rodzaje spraw istotnie napotykają się w klinice u chorych gruźliczych o przebiegu bardzo przewlekłym, z tendencją do tak zwanego zwyrodnienia włóknistego, u osobników będących przeważnie w średnim wieku. U nich powyższy zabieg operacyjny-stosunkowo także ciężki (należy bowiem operować jedynie jako tako odporne jeszcze osobniki), był w ostatnich latach wielokrotnie dokonywany. I tak, z liczby dziesięciu chorych tej kategorii, operowanych przez FRIEDRICH'a, przy rezekcyi niemal całkowitej jednej połowy klatki piersiowej ośmiu przebyło szczęśliwie ów ciężki zabieg, przestało gorączkować, płwocina znacznie się ograniczyła i zmieniła swój czysto ropny charakter, liczba laseczników zmniejszyła się, a chorzy powoli poprawiali się w stanie ogólnym, prowadząc dalej dość znośną egzystencję przez mniej lub więcej dłuższy przeciąg czasu. Słusznie też KAREWSKI, nazywając ten zabieg chirurgiczny wielce heroicznym, sądzi że jedynie jako *ultima ratio* w wyjątkowych przypadkach może znaleźć wskazanie.

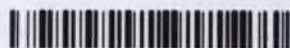
3) Natomiast bardzo zasługuje na uwagę zabieg, stosunkowo mało dla chorego przedstawiający niebezpieczeństwa, to jest wytworzenie sztucznej odmy piersiowej, szeroko stosowany w ostatnich kilku latach na całym szeregu przypadków. Tę metodę operacyjną zawdzięczamy FORLANINIEMU z Pawii, który nie tylko po raz pierwszy zabieg tego w gruźlicy płucnej dokonał, lecz jednocześnie wyrobił technikę i określił ściśle wskazania do jej

zastosowania. Metoda ta została stosunkowo szybko spopularyzowana, dzięki dalszym pracom w tym kierunku: BRAUERA w Marburgu, SAUGMANA w Veile Fjord w Danii i wielu innych. Idea wytworzenia sztucznej odmy piersiowej polegała na tem od dawna zrobionem spostrzeżeniu klinicznym, że widywano czasem znaczną poprawę, a nawet zatrzymanie się w rozwoju szybko przebiegającej gruźlicy płucnej,¹ w której przebiegu powstała samodzielnie odma piersiowa, wykluczając nagle z czynności płuco, które następnie przez stopniowo powstały wysięk zostało całkowicie ugniecionie. Ten więc ucisk, ostatecznie wyłączający płuco z czynności, stawiał je w warunki spokoju, przerywał dalszy postęp sprawy gruźliczej, powodując jednocześnie na drodze mechanicznej zapadanie się wytworzonych jam. Aby ten naturalny zabieg dobroczynny naśladować, starał się FORLANINI, zapomocą nakłucia igłą, wytworzyć sztuczną odmě przez wprowadzenie do jamy płucnej niewielkich ilości powietrza, a co lepiej, jak to w ostatnich czasach robiono, azotu (150 do 400 sześć. centygr.) zapomocą odpowiedniego przyrządu przy stałej kontroli manometrycznej. Zabieg ten odbywa się albo wprost przez przekłucie igłą, jak to robi FORLANINI, SAUGMAN i inni, lub też, jak BRAUER, po uprzednim nacięciu międzyżebra. Samo się przez się rozumie, że zabieg ten może być dokonany jedynie w tych przypadkach, w których listki opłucnej nie są wcale zrosnięte, lub przynajmniej tylko częściowo zlepione. Jeden i drugi sposób operowania ma swoich zwolenników. Jako główny argument, przemawiający przeciw prostemu nakłuciu, uważają możliwość powstania śmiertelnego zatoru płucnego, wskutek przedostania się gazu do rozszerzonej żyły. Natomiast SAUGMAN i inni nie widzieli podobnych ujemnych wyników przy zwykłym przekłuciu. Wogóle metoda zwykłego przekłucia stanowi łatwy i prosty zabieg i tę metodę stosowaliśmy również przy pomocy oryginalnego aparatu (FORLANINI-SAUGMAN) na naszym oddziale w kilku dotychczas przypadkach, które będą później bliżej opisane przez mojego współpracownika na oddziale, kolegę BORZĘCKIEGO. Wdmuchiwanie azotu, biorąc naogół, stanowi zabieg mało bolesny i przez chorych doskonale znoszony, a nie wielkie ilości wtłoczonego gazu nie wywołują bynajmniej jakichkolwiek zaburzeń w krążeniu. Zabieg ten jednakże, który powtarzać należy co kilka dni przez całe miesiące z rzędu, stanowi metodę wysoce zmuśną, i wymagającą wielkiej cierpliwości ze strony lekarza i chorego. Pomimo stosunkowo obszernej kazuistyki i licznych obserwacji, ogłoszonych w sprawie sztucznej odmy, nie

mogłem sobie dotychczas wyrobić należytego sądu o istotnej wartości leczniczej tej metody, na której poparcie zwłaszcza BRAUER podaje liczną, jakoby pomyślną kazuistykę, stwierdzoną badaniami anatomo - patologicznymi, a nawet dowodami doświadczalnymi (BRUNS), przemawiającymi za tem, że metoda ta ma rzeczywiście nie tylko praktyczną, lecz i naukową wartość; u zwierząt bowiem, którym dokonywano sztucznej odmy, miał powstawać rozwój tkanki łącznej, umożliwiającej zabliznienie się sprawy. Co się tyczy tej ostatniej kwestyi, to pozostanie zawsze jeszcze rzeczą sporną, czy wyniki, otrzymane na zdrowym zwierzęciu, dadzą się przenieść i zastosować *sans phrases* na gruźlicą dotkniętego człowieka. Co się zaś tyczy kazuistyki BRAUERA, to przyznać się muszę, że po uważnem jej odczytaniu nie ośmieliłbym się bynajmniej wyprowadzać tych entuzjastycznych wniosków, do jakich dochodzi autor. W każdym jednak razie nie ulega najmniejszej wątpliwości, że u pewnego procentu chorych, i to w przypadkach dość rozpaczliwych, wystąpiła nie tylko podmiotowa poprawa, ale też na co przedewszystkiem nacisk kładą zwolennicy metody, zmniejszenie, a nawet ustąpienie gorączki ze stopniową w stanie ogólnym poprawą, trwającą miesiące, a nawet przeszło dwa lata, jak to miało miejsce w jednym przypadku. O istotnej poprawie świadczą również badania pośmiertne, dokonane w niektórych przypadkach, które wykazały w zmienionych i uciśniętych płucach pewne tendencje do rozwoju bliznowatej tkanki łącznej. Wskazania do odmy sztucznej również nie są dzisiaj jeszcze ściśle sformułowane. Ogólnie mówi się jedynie, że nadają się do tej kategorii leczenia przypadki jednostronnej, szybko przebiegającej gruźlicy, nawet z towarzyszeniem gorączki, w których sprawa jest ograniczona ściśle do jednego tylko płuca, przyczem nie istnieją wcale zrosty opłucnej. Również i w bardziej przewlekłych przypadkach tej kategorii, realizujących dwa ostatnie warunki, może być wskazana sztuczna odma piersiowa. Wiemy jednakże dobrze, jak trudno w klinice, mimo najdokładniejszych metod badania, orzec na pewno o braku zrostów opłucnej i o zupełnym braku zmian gruźliczych w drugim płucu. Stąd też wobec podobnych warunków wskazania do odmy nie mogą być nigdy ściśle i często dopiero podczas operacyi, a nieraz dopiero na stole sekcyjnym wykrywają się nieściśności w tym kierunku. Jeśli dodam przytem, że i sam zabieg, aczkolwiek w większości przypadków dobrze znoszony przez chorych, może jednakże, jak to doświadczenie wykazało, powodować groźne objawy, jako to: mocne bóle międzyżebrowe,

gwałtowną duszność, drgawki, a nawet śmierć nagłą, to dojdziemy jednakże do wniosku, że i ów zabieg, stanowiąc pewien postęp w kierunku nowoczesnej terapii gruźlicy płucnej, nie rozwiązuje bynajmniej owego ciężkiego zagadnienia leczenia dalej rozwiniętych suchot płucnych i, jak twierdzi słusznie KAREWSKI, może mieć zastosowanie u chorych dotkniętych gruźlicą płuc jedynie jako *ultima ratio* po bezskutecznym zastosowaniu u nich wszelkich dotychczasowych metod leczniczych.

Całkowity wykaz literatury cudzoziemskiej znajduje się w pracy: BANDELIER-ROEPKE'go, *Lehrbuch der spezifischen Diagnostik und Therapie der Tuberkulose. 1909*, oraz WOLFF-EISNER'a *Frühdiagnose und Tuberkulose-Immunität, 1909*. W naszym piśmiennictwie w ciągu ostatnich trzech lat ważniejsze w tym kierunku prace w czasopismach lekarskich ogłosili: DŁUSKI, DĘBIŃSKI, CHYBCZYŃSKI, KIJEWSKI, KOROLEWICZ, KROKIEWICZ, KORCZYŃSKI, CETNAROWICZ, GEPNER, A. SOKOŁOWSKI, STARKIEWICZ i inni.



ODCZYTY KLJNICZNE.

- 80 i 81. Papiewski. O karmieniu niemowląt. (Wyczerpany).
82. Zacharin. O użyciu wód mineralnych. (Wyczerpany).
883 i 84. Posner. Dyagnostyka chorób moczowych. (Wyczerpany).

SERYA VIII.

- 85, 86 i 87. Gilles de la Tourette. Histeria [Cz. II]. (Wyczerpany).
88 i 89. Biernacki. Przegląd metod fizykalnych w dyagnostyce chorób serca i płuc.
90, 91 i 92. Gilles de la Tourette. Histeria [Cz. III] (Wyczerpany).
93 i 94. Posner. Leczenie chorób dróg moczowych. (Wyczerpany).
95 i 96. Wassercug. O bólu i jego wartości rozpoznawczej. (Wyczerpany).

SERYA IX.

- 97 i 98. Janowski. O znaczeniu dyagnostycznym i prognostycznym dokładnego badania tętna.
99. W. Erb. Leczenie wiadu rdzenia kręgowego.
100. A. Jaquet. Stanowisko lekarza wobec kwestyi alkoholizmu.
101. S. Sterling. Samozakażenie (*autoinfectio*), jako teoria patologiczna.
102 i 103. K. Rychliński. Kliniczny przebieg bezwładu postępującego.
104. A. Hoche. O rozpoznawaniu wczesnych okresów bezwładu postępującego.
105. W. Leube. O zaburzeniach przemiany materji i ich zwalczaniu. (Wyczerpany).
106. W. Poten. O aseptyce rąk. (Wyczerpany).
107 i 108. G. Klein. Tryper u kobiet.

SERYA X.

- 109, 110 i 111. M. Denucé. Choroba Pott'a.
112. M. Joseph. Choroby włosów i uwłosionej skóry głowy. (Wyczerpany).
113 i 114. Sokolowski. O stosunku cierpień narządów wewnętrznych do zaburzeń w górnym odcinku dróg oddechowych.
115, 116 i 117. Stanisław Kamiński. O właściwościach fizjologicznych ustroju dziecięcego w stosunku do patologii i terapii. (Wycz.).
118. Dohrn. O postępowaniu lekarskiem w okresie łożyskowym.
119. F. Lejars. Przemywanie krwi.
120. Alfred Moll. Cierpienia oczu przy niektórych chorobach zakaźnych.

SERYA XI.

- 121 i 122. T. Dunin. Walka z gruźlicą.
123. M. Rejchman. O przewlekłych błęgunkach, o rozpoznawaniu ich różniczkowem i leczeniu.
124. L. Rydygier. O zapaleniu otrzewnej (*peritonitis*).
125, 126 i 127. F. A. Hoffmann. Kuracje dyetyczne.
128. A. Sokolowski Alkohol w etyologii i terapii chorób dróg oddechowych

- 129, 130, 131 i 132. E. Fraenkel. Terapia ogólna chorób narządów płciowych kobiecych (Wyczerpany).

SERYA XII.

- 133 i 134. R. Bernhardt. Choroby skóry, przez grzybki wywołane. I. Strupień (*Favus*).
135 i 136. A. Gilbe. i Carnot. Organoterapia.
137 i 138. O. Piering. O tronienu. (Wyczerp.).
139. E. Flatau. O zapaleniu żylgu.
140. W. A. Gluziński. O leczeniu wrzodu żołądka.
141, 142, 143 i 144 Angelo Celli. Malaryja według najnowszych badań.

SERYA XIII.

145. L. Rydygier. Zasady leczenia chirurgicznego chorób żołądka.
146 i 147. A. Notthafft i A. Kollmann. Profilaktyka w chorobach dróg moczowych i narządów płciowych (u mężczyzn). (Wyczerpany).
148. F. Ahlfeld. Pochodzenie, zapobieganie i leczenie eklampsji.
149. A. Lesage. Ostry katar żołądka i kiszek u niemowląt.
150. P. Kučera. Dzisiejszy stan nauki o przyczynach raka.
151. W. Janowski. Fizjologia i patologia ogólna wymiotów.
152 i 153. Teodor Dunin. Zasady leczenia neurastenii i histeryi.
154. Konstancy Stróżewski. Leczenie bezwładu tabetycznego za pomocą odpowiednich ćwiczeń.
155 i 156. Wacław Sterling. Trąd.

SERYA XIV.

- 157, 158 i 159. W. Janowski. Semiotyka ogólna wymiotów.
160, 161. L. Bernard. Kryoskopja i jej zastosowanie w klinice.
162, 163, 164 i 165 Władysław Gajkiewicz. O źrenicy w stanie zdrowia i choroby.
166. Józef Jaworski. Surowica przeciwpaciorokowca oraz stosowanie jej w gorączce połogowej.
167, 168. Franciszek Białokur. Gruźlica kiszek ze stanowiska klinicznego.

SERYA XV.

169. C. Keller. (Berlin). Pielęgowanie pępka u noworodków w praktyce.
170. J. Courmont V Montagard. (Lyon). Leukocyty. Technika (Hematologia. Cytologia).
171, 172. P. Carnot Leczenie przeciwiwrzotoczne.
173, 174, 175. B. Riedel. Powstawanie, rozpoznawanie i leczenie kamicy żółciowej. Cz. I.
176. A. Sokolowski. Rozpoznawanie i leczenie ostrego wysiękowego zapalenia płucnej.
177. E. Bumm. Leczenie chirurgiczne gorączki połogowej.

1133

ODCZYTY KLINICZNE.

- 177. A. Theilhaber. Związek między chorobami nerwowymi, a zaburzeniami w narządach płciowych kobiecych.
- 178, 179. Z. Bychowski. Z współdziałaniem głądów na etiologię i patogenezę choroby rdzenia.
- 180. O. Brieger. Cierpienia nerwowe pochodzenia usznego.

SERYA XVII.

- 196, 197, 198, 199 i 200. Edmund Biernacki. O wpływie kąpieli, zwłaszcza kąpielających kwas węglowy, na choroby nerwowe.
- 196, 197, 198, 199 i 200. Edmund Biernacki. Znaczenie lecznicze klimatu wód mineralnych ze szczególnem uwzględnieniem wód Algieru.
- 196, 197, 198, 199 i 200. Edmund Biernacki. Zarys patologii krwi.
- 201, 202. Ch. Achard. Znaczenie soli w terapii.
- 203, 204. Fr. Caruso. O niedokrwistości podczas ciąży.

SERYA XVI.

- 181, 182. J. S. ...
- 183. ...
- 184. ...
- 185. ...
- 186. ...
- 187. ...
- 188. ...
- 189. ...
- 190. ...
- 191. E. Neusser. Bradykardya-Tachykardya.
- 192. Ch. Achard. Znaczenie soli w patologii.

SERYA XVIII.

- 205, 206, 207. St. Kamiński. Zasady żywienia dzieci.
- 208, 209. J. Skłodowski. O rozpoznawaniu i wskazaniach do operacji w kamicy nerkowej niepowikłanej.
- 210. A. Sokołowski. Nowoczesne metody rozpoznawania i leczenia gruźlicy płucnej.

Cena odczytów: zeszyt pojedynczy kop. 30. Nabywać można w Administracji Gazety Lekarskiej (Zielna 11) i we wszystkich księgarniach.

Wydawca D-r. W. Szumlanski.

Redaktor Doc. D-r. J. Fruszyński.

Druk K. Kowalewskiego, Warszawa Mazowiecka 8.

Dr. J. Fruszyński

